

Prevalência do aleitamento materno e fatores relacionados ao desmame precoce em crianças de 0-1 ano de idade, em hospital na zona norte da cidade de São Paulo

Breastfeeding prevalence and factors related to early weaning in 0-1 year-old children in a hospital of the Northern Zone of Sao Paulo

Karyn Chacon Melo Freire de Castro¹, Larissa De Pietro Furini¹, Aline Niero De Carvalho¹, Ana Karen Ibarra Rodriguez¹, Evelyn Lizett Quinteros Salazar¹, Fátima Regina de Almeida Patiño¹, Gabriela Alves Loyo¹, Jaqueline Da Silva Cota¹, Mitzi Perez Morales¹

¹Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Pediatria - São Paulo - São Paulo - Brasil.

Palavras-chave:

Aleitamento Materno. Desmame. Pediatria.

Keywords:

Breast Feeding. Weaning. Pediatrics.

Resumo

No Brasil, a maioria das mulheres iniciam o aleitamento materno (AM) na primeira hora de vida, porém mais da metade suspendem o aleitamento materno exclusivo (AME) no primeiro mês. Nosso objetivo foi avaliar a prevalência do AM e identificar fatores relacionados ao desmame precoce. Estudo observacional transversal, com 451 pacientes de 0-12 meses, de setembro de 2017 a agosto de 2018. Critérios de inclusão: crianças de 0-12 meses. Foram excluídos: crianças com doenças neurológicas e cardíacas, institucionalizadas, mães sabidamente portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e do Vírus T-linfotrópico Humano (HTLV). Obtidos 451 pacientes, média de idade de 147,7 dias. O AME foi de 7 % até os 6 meses e a duração do AM foi de 91,8 dias. Identificamos que mães que frequentavam Unidade Básica de Saúde - UBS ($p < 0,001$), que amamentaram anteriormente ($p = 0,028$), introduziram alimentos sólidos aos 6 meses ou após ($p < 0,001$) tiveram maior tempo de AME. Mães jovens ($p = 0,015$), usuárias de drogas ($p < 0,001$), o uso de chupetas e mamadeiras ($p = 0,001$ e $0,033$ respectivamente), os pré-termos ($p = 0,001$), a introdução de fórmula láctea ($p < 0,001$) e uso de leite de vaca integral ($p = 0,042$) foram as variáveis relacionadas ao menor tempo de AM. As causas do desmame precoce identificadas podem ser evitadas com as orientações dos profissionais de saúde. Uma melhoria na qualidade da assistência à saúde materno-infantil é de extrema importância para o aumento nos índices do AM.

Abstract

In Brazil, most women start breastfeeding in the first hour of life, but more than half suspend exclusive breastfeeding in the first month. We aimed to assess the prevalence of BF and to identify factors related to early weaning. Cross-sectional observational study of 451 patients aged 0-12 months, from September 2017 to August 2018. Inclusion criteria: children aged 0-12 months. The following were excluded: neurological and cardiac diseases, institutionalized, mothers known to have Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Human T-lymphotropic Virus (HTLV). Obtained 451 patients, mean age 147.7 days. The exclusive breastfeeding was 7% up to 6 months and duration of breastfeeding was 91.8 days. We identified that mothers who attended in Primary Health Unit ($p < 0.001$), who previously breastfed ($p = 0.028$), introduced solid foods at 6 months or after ($p < 0.001$) had longer exclusive breastfeeding time. Young mothers ($p = 0.015$), drug users ($p < 0.001$), the use of pacifiers and baby bottles ($p = 0.001$ and 0.033 , respectively), preterm infants ($p = 0.001$), the introduction of milk formula ($p < 0.001$) and use of whole cow milk ($p = 0.042$) were the variables related to shorter breastfeeding time. The causes of early weaning identified can be avoided with the advice of health professionals. An improvement in the quality of maternal and child health care is extremely important for the increase in breastfeeding rates.

Introdução

A amamentação é a maior intervenção na redução da morbi-mortalidade infantil, trazendo inúmeros benefícios às mães e crianças.^{1,2} A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais.¹

Segundo dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, o Brasil ainda está muito aquém das recomendações da OMS. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a da amamentação foi de 341,6 dias (11,2 meses), mostrando que 41% das crianças menores de 6 meses estavam em AME, quando o desejado pela OMS é que 90% a 100% recebam essa alimentação.³

O desmame precoce é consequência da inserção da mulher no mercado de trabalho, da intensa propaganda dos leites industrializados e do uso de bicos artificiais.^{4,6} A idade materna, a experiência anterior com amamentação, as orientações do profissional de saúde no pré-natal, no pós-parto e na puericultura são fatores que podem influenciar o desmame.^{5,7}

Este estudo tem como objetivo identificar a prevalência de aleitamento materno (AM) em crianças de até um ano de idade internadas na enfermaria de um hospital estadual da zona norte de São Paulo e avaliar os fatores que podem influenciar no desmame precoce.

Metodologia

Estudo observacional transversal realizado através de aplicação de questionário às mães de crianças de até 1 ano de idade, internadas na enfermaria de um hospital terciário no período de 16/09/2017 a 24/08/2018.

O critério de inclusão foram todas as crianças de 0-1 ano de idade internadas na enfermaria de pediatria no período citado. Os de exclusão foram: pacientes com doenças neurológicas, cardíacas, institucionalizados e os filhos de mães sabidamente portadoras de HIV e HTLV. As reinternações não foram incluídas na pesquisa. As mães que não aceitaram participar da pesquisa foram consideradas como perdas, totalizando 4%.

No momento da internação, foi explicado à mãe a pesquisa e após o seu consentimento, foi aplicado um questionário com 37 questões, com o objetivo

de investigar a prevalência do aleitamento materno. O inquérito continha dados referentes à identificação do paciente, como: idade, sexo, nacionalidade; dados maternos como: idade, estado civil, religião, escolaridade, uso de drogas ilícitas, tabagismo e etilismo, número de filhos e sobre a experiência anterior de amamentação. A avaliação socioeconômica foi composta por informações sobre: ocupação materna e paterna, renda familiar e a presença ou não de ajuda de programas sociais.

A segunda parte era composta por dados sobre antecedentes perinatais, calendário vacinal e internações. Compunham dados perinatais: realização de pré-natal (mínimo 6 consultas), informações sobre o tipo de parto, idade gestacional, peso de nascimento. Dados como a realização de consultas de rotina em Unidade Básica de Saúde (UBS), atualização vacinal e internações também foram pesquisadas, sendo a atual também contabilizada. O AM foi investigado através de informações como: amamentação na primeira hora de vida, orientações sobre as técnicas e fontes destas orientações, o tempo e o período de aleitamento exclusivo e a utilização de bicos artificiais. A introdução de alimentos sólidos, leite de vaca integral (LVI), fórmulas infantis e seu preparo foram as variáveis pesquisadas.

Dados antropométricos foram verificados através de uma única medida pelos membros do estudo, no ato da internação, de acordo com as normas do MS. O peso e a estatura foram obtidos com a criança devidamente despida, na balança eletrônica pediátrica portátil, calibrada, com capacidade 10-15 kg da marca MIC Baby ou Mobile Baby, e na régua antropométrica pediátrica portátil de 105 cm. Após as medidas, foi utilizado o programa *software* Anthro, que é em calculadora antropométrica para avaliação nutricional do indivíduo utilizando como parâmetro o gráfico de peso x estatura, seguindo os pontos de corte do escore-z (magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade).

Os dados do questionário foram passados à planilha do Excel e foram analisados pelo *software* R versão 3.5.1. O banco de dados continha informações de 483 pacientes, dentre os quais 18 se recusaram a responder, outros 13 foram desconsiderados por serem reinternações e um questionário foi inutilizado por não estar preenchido adequadamente, restando 451 observações válidas.

Os dados foram descritos por tabelas de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, médias e

desvios padrão para variáveis contínuas. Comparações entre variáveis categóricas duas a duas foram realizadas pelo teste Qui-quadrado e comparações entre escalas das variáveis contínuas entre dois grupos pelo teste de t-Student. Quando as variáveis de comparação avaliavam três ou mais grupos, utilizou-se ANOVA para comparar as médias entre os grupos. Os testes consideraram nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada em 22 de setembro de 2017 pelo Comitê de Ética em pesquisa do Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CAAE 75105317.1.0000.5551). O termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue às mães e devolvidos devidamente preenchidos e assinados, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196/1996.

Resultados

Obtivemos 451 questionários, 38,8% (n = 175) das crianças tinham menos de 2 meses de idade, 10,1% (n = 46) de 90 a 120 dias de vida, 15,07% (n = 68) entre 121 a 180 dias e 35,9% (n = 162) maiores de 6 meses. Amostra foi composta por brasileiros (99,3%), meninos (57,6%), com idade média de 147,7 dias de vida.

Em relação às variáveis maternas, 81,8% das mães tinham idade igual ou superior a 21 anos, 60,8% eram casadas ou tinham união estável, 85,6% realizaram pré-natal, 68,2% amamentaram na primeira hora de vida, 81,8% foram orientadas sobre técnicas de amamentação e 58,2% já haviam amamentado anteriormente. Quanto aos bebês, 63,1% usavam chupeta, 69,9% mamadeira, 80,8% tinham vacina atualizada, 82,3% frequentavam UBS.

Quanto ao aleitamento, 416 receberam AME, sendo que apenas 7% o realizaram exclusivamente, por pelo menos 6 meses. A duração do AM foi de 91,8 dias, 59,2% dos bebês começaram a usar fórmula no primeiro mês de vida e 56,9% iniciaram leite de vaca integral antes dos 6 meses.

A tabela 1 mostra que mães empregadas amamentaram exclusivamente em um percentual menor por um período maior ou igual a 6 meses (31%) comparadas àquelas que amamentaram de 0-2 meses e 3-5 meses (40,2% e 53%, respectivamente), $p=0,026$. Outra variável significativa foi a regularidade nas consultas em UBS, $p<0,001$, identificando as crianças que frequentavam a UBS como aquelas com mais tempo de AME. O uso de chupeta influenciou significativamente ($p=0,017$) no AME, sendo aqueles que amamentaram exclusivamente por maior tempo os que menos utilizaram o bico artificial.

A tabela 2 relaciona algumas variáveis com o período de AME. Observa-se que o fato de a mãe ter amamentado anteriormente relacionou-se com maior tempo de aleitamento exclusivo ($p=0,028$). Dado interessante foi que 272 crianças com AME suspenso antes dos 2 meses, a média de aleitamento materno foi significativamente menor, 51,2 dias. Quanto à introdução de alimentos sólidos, observamos que mães que os introduziram a partir dos 6 meses foram as que mais tempo realizaram AME (92,6%), $p<0,001$. A introdução de fórmula láctea e a utilização do leite de vaca também mostraram significância estatística ($p<0,001$), mostrando que a introdução precoce dos mesmos se associou ao menor tempo de AME.

Na tabela 3, avaliamos o tempo de AM. Quando comparamos a idade materna ao tempo de aleitamento, houve significância ($p=0,015$). Observou-se que as mães mais jovens tiveram menos tempo de aleitamento materno. O estado civil foi outra variável significativa ($p=0,009$), mostrando que mães casadas ou com união estável foram as que amamentaram por mais tempo. Quanto aos vícios, mulheres que nunca amamentaram tiveram prevalência maior de uso de drogas ilícitas (n = 8), e nenhuma amamentou mais de 120 dias ($p<0,001$). Mães que realizaram o pré-natal mantinham AM por mais tempo ($p<0,001$). O uso de chupetas e mamadeiras mostrou significância estatística ($p=0,001$ e $p=0,033$, respectivamente). Aquelas que não tiveram AM, 66,7% utilizaram chupeta comparadas a 39,3% das que amamentaram por mais de 180 dias. Outras variáveis como idade gestacional e frequência à UBS também evidenciaram significância estatística ($p=0,001$ e $p<0,001$, respectivamente), demonstrando relação com tempo de AM.

A tabela 4 mostra que a variável "mamou na primeira hora de vida" traduziu maior aderência ao AM para mães que ofertaram seio já na primeira hora de vida ($p<0,001$). Mães que amamentaram na primeira hora de vida mostraram um percentual maior de AM até 120 dias (71,3%). Comparando o AME com o tempo de AM, aquelas com AME entre 3-5 meses foram as que mais tempo amamentaram ($p<0,001$).

Nossos resultados identificaram que mães que introduziram os alimentos sólidos a partir dos 6 meses foram aquelas que amamentaram por um período maior ($p=0,006$). Em relação à introdução de fórmula láctea, quanto mais precoce foi sua introdução, menor a duração do aleitamento materno ($p<0,001$). A comparação das variáveis leite de vaca integral e tempo de AM também foi significativa ($p=0,042$); observou-se

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas relacionadas ao aleitamento materno exclusivo em crianças de 0-1 ano de idade, internadas em hospital da zona norte de São Paulo, 2017-2018.

Variáveis socioeconômicas	0-2 meses (n=272)	3-5 meses (n=115)	6 meses ou mais (n=29)	P
Idade do lactente; média ± dp	107,3 ± 95 (n=272)	213,3 ± 86,5 (n=115)	282,1 ± 64,7 (n=29)	< 0,001
Sexo (Feminino)	113/272 (41,5%)	54/115 (47%)	11/29 (37,9%)	0,531
Nacionalidade (Brasileira)	267/268 (99,6%)	113/113 (100%)	28/28 (100%)	0,768
Idade materna:				
≤ 15 anos	4/272 (1,5%)	0/15 (0%)	0/29 (0%)	0,156
16 - 20 anos	58/272 (21,3%)	13/115 (11,3%)	3/29 (10,3%)	
21-30 anos	134/272 (49,3%)	66/115 (57,4%)	16/29 (55,2%)	
> 30 anos	76/272 (27,9%)	36/115 (31,3%)	10/29 (34,5%)	
Estado civil:				
Solteira	108/272 (39,7%)	41/115 (35,7%)	7/29 (24,1%)	0,256
Casada	74/272 (27,2%)	31/115 (27%)	11/29 (37,9%)	
Divorciada	1/272 (0,4%)	3/115 (2,6%)	1/29 (3,4%)	
União estável	89/272 (32,7%)	40/115 (34,8%)	10/29 (34,5%)	
Escolaridade:				
Analfabeto	1/272 (0,4%)	0/115 (0%)	0/29 (0%)	0,908
Ens. Fundamental Completo	32/272 (11,8%)	15/115 (13%)	6/29 (20,7%)	
Ens. Médio Completo	116/272 (42,6%)	52/115 (45,2%)	10/29 (34,5%)	
Ens. Superior Completo	18/272 (6,6%)	9/115 (7,8%)	1/29 (3,4%)	
Tabagismo	42/272 (15,4%)	16/115 (13,9%)	6/29 (20,7%)	6/29 (20,7%)
Etilismo	29/271 (10,7%)	13/115 (11,3%)	2/29 (6,9%)	2/29 (6,9%)
Drogas ilícitas	5/270 (1,9%)	0/115 (0%)	0/29 (0%)	0/29 (0%)
Fez pré-natal	234/272 (86%)	99/115 (86,1%)	27/29 (93,1%)	27/29 (93,1%)
Parto Cesáreo	114/272 (41,9%)	43/115 (37,4%)	8/29 (27,6%)	8/29 (27,6%)
I. Gestacional:				
Pré-termo	34/271 (12,5%)	14/114 (12,3%)	4/29 (13,8%)	0,763
Termo	233/271 (86%)	96/114 (84,2%)	24/29 (82,8%)	
Pós-termo	4/271 (1,5%)	4/114 (3,5%)	1/29 (3,4%)	
Frequente UBS	211/272 (77,6%)	107/115 (93%)	27/29 (93,1%)	< 0,001
Vacinação	214/269 (79,6%)	91/114 (80,7%)	26/29 (89,7%)	0,426
Chupeta	189/271 (69,7%)	65/115 (56,5%)	13/29 (44,8%)	0,017
Mamadeira	189/271 (69,7%)	76/115 (66,1%)	16/28 (57,1%)	0,353
Mãe empregada	109/271 (40,2%)	61/115 (53%)	9/29 (31%)	0,026
Renda familiar:				
< 1 SM (< R\$ 985)	60/269 (22,3%)	19/115 (16,5%)	6/29 (20,7%)	0,558
> 2 SM (R\$ > 1,970)	89/269 (33,1%)	38/115 (33%)	7/29 (24,1%)	
Recebe ajuda do estado	51/272 (18,8%)	28/115 (24,3%)	9/29 (31%)	0,188

Fonte: Dados dos questionários aplicados na pesquisa: prevalência do aleitamento materno em crianças de 0-1 ano de idade, em hospital estadual da zona norte da cidade de São Paulo, de 16 setembro de 2017 a 24 de agosto de 2018. Dp: desvio padrão; n: número de crianças; SM: Salário-Mínimo; UBS: Unidade Básica de Saúde; p: significância estatística. Testes: Qui-quadrado, ANOVA.

que quanto mais precoce a introdução, menos tempo de aleitamento.

Com relação ao peso de nascimento, a maior parte dos bebês que mantiveram AM por mais tempo foram os que nasceram com peso entre 2,5 kg-3,9 kg.

Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência do AM em crianças de 0-1 ano de idade, no período de 16/09/2017 a 24/08/18, internadas na enfermaria da pediatria de um hospital terciário que não faz parte

Tabela 2. Distribuição das variáveis de hábitos alimentares e estado nutricional relacionadas ao aleitamento materno exclusivo, em crianças de 0-1 ano de idade, internadas em hospital da zona norte de São Paulo, 2017-2018.

Hábitos alimentares	0-2 m (n=272)	3-5 m (n=115)	6 meses ou mais (n=29)	P
Mamou na 1ª hora de vida	187/271 (69%)	93/115 (80,9%)	21/29 (72,4%)	0,058
Foi orientada sobre técnica	225/272 (82,7%)	96/115 (83,5%)	24/29 (82,8%)	0,983
Amamentou anteriormente	149/272 (54,8%)	77/115 (67%)	21/29 (72,4%)	0,028
Duração do aleitamento materno; média ± dp	51,2 ± 51 (n=272)	156 ± 71,2 (n=114)	259 ± 75,3 (n=29)	<0,001
Introdução dos alimentos sólidos ≥ 6 meses	22/72 (30,6%)	27/75 (36%)	27/27 (92,6%)	<0,001
Introdução da fórmula láctea:				
0 - 1 m	141/183 (77%)	0/67 (0%)	0/10 (0%)	<0,001
2 - 3 m	42/183 (23%)	29/67 (43,3%)	0/10 (0%)	
4 - 5 m	0/183 (0%)	36/67 (53,7%)	0/10 (0%)	
≥ 6 m	0/183 (0%)	2/67 (3%)	10/10 (100%)	
Leite de vaca:				
≤ 3 m	30/54 (55,6%)	3/35 (8,6%)	0/8 (0%)	<0,001
4 - 5 m	9/54 (16,7%)	12/35 (34,3%)	0/8 (0%)	
6 - 9 m	12/54 (22,2%)	17/35 (48,6%)	6/8 (75%)	
> 9 m	3/54 (5,6%)	3/35 (8,6%)	2/8 (25%)	
Peso no nascimento:				
< 2,500g	25/270 (9,3%)	8/114 (7%)	3/29 (10,3%)	0,522
< 2,500 - 2,999g	63/270 (23,3%)	33/114 (28,9%)	3/29 (10,3%)	
< 3,000 - 3,999g	170/270 (63%)	69/114 (60,5%)	21/29 (72,4%)	
> 4,000g	12/270 (4,4%)	4/114 (3,5%)	2/29(6,9%)	

Fonte: Dados dos questionários aplicados na pesquisa: prevalência do aleitamento materno em crianças de 0-1 ano de idade, em hospital estadual da zona norte da cidade de São Paulo, de 16 setembro de 2017 a 24 de agosto de 2018. Dp: desvio padrão; n: número de crianças; p: significância estatística. Testes: Qui-quadrado, ANOVA.

do programa Hospital Amigo da Criança, localizado na zona norte do estado de São Paulo. O estudo verificou que a prevalência de crianças que mamaram na primeira hora de vida (68,2%) foi maior que os índices observados em São Paulo (62,4%), e que a média nacional (67,7%), quando comparados à II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal.³ Este dado pode estar relacionado à implementação de novas estratégias de promoção ao AM nas diferentes maternidades, o que foi corroborado pelo percentual de 81,8% de mães que referiram ter recebido orientações sobre técnicas de amamentação.¹⁰ Silva et al.⁵ mostraram uma prevalência de 60,2 % de AM na primeira hora de vida; já nossos dados identificaram que as crianças que tiveram AM na 1ª hora de vida foram aquelas que tiveram maior tempo de AME e duração do AM. Neves et al.,⁸ avaliando AME na Amazônia e Nordeste, identificaram que o aleitamento materno na primeira hora de vida funcionou como fator protetor ao AME. O mesmo foi observado por Ramos et al.,⁹ no Piauí, onde o aleitamento foi significativamente maior entre

as crianças que foram amamentadas no primeiro dia de vida.

Quanto ao AME, este estudo evidenciou uma taxa mínima de AME até seis meses ou mais (7%), dado que vai contra a recomendação da OMS, que orienta nesta idade apenas LM.²⁶ Este resultado pode ter sido influenciado pelo desenho do estudo, pois a maioria dos participantes eram bebês menores que 5 meses. Dado que válida esta teoria é o maior percentual de crianças amamentadas exclusivamente até o 5º mês (27,5%), que entretanto ainda continua sendo muito inferior ao esperado.

Verificamos que a média de duração do AM em menores de um ano foi de 91,8 dias, dado inferior à média estadual e nacional de 292,82 e 341,59 dias, respectivamente.³ Identificamos, ainda, que 58,2% das mães haviam amamentado anteriormente e 72,4% daquelas que amamentaram por 6 meses ou mais haviam amamentado em gestações anteriores. A amamentação, quando bem-sucedida e encarada como um acontecimento positivo, pode funcionar como fator protetor frente à experiência do AM.^{11,26}

Tabela 3. Distribuição das variáveis socioeconômicas relacionadas ao tempo de aleitamento materno em crianças de 0-1 ano de idade, internadas em hospital da zona norte de São Paulo, 2017-2018.

Variáveis socioeconômicas	0 dias (n=18)	Até 120 dias (n=314)	121 a 180 dias (n=57)	Mais de 180 dias (n=61)	P
Idade do lactente; média ± dp	161,2 ± 98,2 (n=18)	111,9 ± 96,3 (n=314)	203,3 ± 76,4 (n=57)	272 ± 63 (n=61)	< 0,01
Sexo (Feminino)	7/18 (38,9%)	138/314 (43,9%)	23/57 (40,4%)	23/61 (37,7%)	0,79
Nacionalidade (Brasileira)	17/18 (94,4%)	307/309 (99,4%)	56/56 (100%)	60/60 (100%)	0,067
Idade materna:					
≤ 15 anos	0/18 (0%)	5/314 (1,6%)	0/57 (0%)	0/61 (0%)	0,015
16 - 20 anos	0/18 (0%)	63/314 (20,1%)	2/57 (3,5%)	12/61 (19,7%)	
21 - 30 anos	13/18 (72,2%)	160/314 (51%)	37/57 (64,9%)	25/61 (41%)	
> 30 anos	5/18 (27,8%)	86/314 (27,4%)	18/57 (31,6%)	24/61 (39,3%)	
Estado civil:					
Solteira	6/18 (33,3%)	126/314 (40,1%)	19/57 (33,3%)	18/61 (29,5%)	0,009
Casada	3/18 (16,7%)	82/314 (26,1%)	20/57 (35,1%)	18/61 (29,5%)	
Divorciada	2/18 (11,1%)	1/314 (0,3%)	2/57 (3,5%)	3/61 (4,9%)	
União estável	7/18 (38,9%)	105/314 (33,4%)	16/57 (28,1%)	22/61 (36,1%)	
Escolaridade:					
Analfabeto	0/18 (0%)	1/314 (0,3%)	0/57 (0%)	0/61 (0%)	0,928
Ens.Fundamental Completo	3/18 (16,7%)	38/314 (12,1%)	8/57 (14%)	7/61 (11,5%)	
Ens. Médio Completo	6/18 (33,3%)	129/314 (41,1%)	25/57 (43,9%)	24/61 (39,3%)	
Ens. Superior Completo	0/18 (0%)	21/314 (6,7%)	7/57 (12,3%)	3/61 (4,9%)	
Tabagismo	6/18 (33,3%)	49/314 (15,6%)	6/57 (10,5%)	10/61 (16,4%)	0,146
Etilismo	3/18 (16,7%)	36/313 (11,5%)	3/57 (5,3%)	6/61 (9,8%)	0,441
Drogas ilícitas	3/18 (16,7%)	5/312 (1,6%)	0/57 (0%)	0/61 (0%)	<0,001
Fez pré-natal	9/18 (50%)	273/314 (86,9%)	51/57 (89,5%)	52/61 (85,2%)	<0,001
Parto Cesáreo	8/18 (44,4%)	132/314 (42%)	23/57 (40,4%)	23/61 (37,7%)	0,921
I. Gestacional:					
Pré-termo	9/18 (50%)	38/313 (12,1%)	6/57 (10,5%)	11/60 (18,3%)	0,001
Termo	9/18 (50%)	269/313 (85,9%)	50/57 (87,7%)	46/60 (76,7%)	
Pós-termo	0/18 (0%)	6/313 (1,9%)	1/57 (1,8%)	3/60 (5%)	
Frequente UBS	14/18 (77,8%)	245/314 (78%)	56/57 (98,2%)	56/61 (91,8%)	<0,001
Vacinação	11/18 (61,1%)	251/311 (80,7%)	51/57 (89,5%)	47/60 (78,3%)	0,058
Chupeta	12/18 (66,7%)	211/313 (67,4%)	36/57 (63,2%)	24/61 (39,3%)	0,001
Mamadeira	17/18 (94,4%)	212/313 (67,7%)	45/57 (78,9%)	39/60 (65%)	0,033
Mãe empregada	8/18 (44,4%)	129/313 (41,2%)	31/57 (54,4%)	24/61 (39,3%)	0,288
Renda familiar:					
< 1 SM (< R\$ 985)	3/18 (16,7%)	68/312 (21,8%)	8/56 (14,3%)	12/61 (19,7%)	0,577
>2 SM (R\$ > 1,970)	8/18 (44,4%)	96/312 (30,8%)	24/56 (42,9%)	20/61 (32,8%)	
Recebe ajuda do estado	2/18 (11,1%)	68/314 (21,7%)	13/57 (22,8%)	11/61 (18%)	0,664

Fonte: Dados dos questionários aplicados na pesquisa: prevalência do aleitamento materno em crianças de 0-1 ano de idade, em hospital estadual da zona norte da cidade de São Paulo, de 16 setembro de 2017 a 24 de agosto de 2018. Dp: desvio padrão; n: número de crianças; SM: Salário-Mínimo; UBS: Unidade Básica de Saúde; p: significância estatística. Testes: Qui-quadrado, ANOVA.

Observamos que mães empregadas amamentaram exclusivamente até 6 meses num percentual menor, apresentando um risco de desmame entre 3-5 meses (53%). Damião et al.¹² encontraram associação negativa entre AME e trabalho materno (OR= 0,59) e Queluz et al.¹³ observaram que mães que trabalhavam fora sem licença maternidade, apresentavam maior chance de interrupção do AME. Quanto à idade materna, mães

menores de 20 anos tiveram menor frequência de AM. Quadros et al.,¹⁴ em 2016, observaram que a maior prevalência de amamentação ocorreu nas idades de 31-40 anos, declinando em mães menores de 20 anos para 9,5% e nas maiores de 40 anos para 4,2%, fato que mostra que as idades intermediárias parecem ter um caráter protetor para AM.

Tabela 4. Distribuição das variáveis de hábitos alimentares e estado nutricional relacionadas ao tempo de aleitamento materno, em crianças de 0-1 ano de vida, internadas em um hospital da zona norte de São Paulo, 2017-2018.

Hábitos alimentares	0 dias (n=18)	Até 120 dias (n=314)	121 a 180 dias (n=57)	Mais de 180 dias (n=61)	P
Mamou na 1ª hora de vida	3/17 (17,6%)	224/314 (71,3%)	39/57 (68,4%)	41/61 (67,2%)	<0,001
Amamentou anteriormente	9/18 (50%)	178/313 (56,9%)	37/57 (64,9%)	37/61 (60,7%)	0,587
Foi orientada técnica de amamentação	13/18 (72,2%)	255/314 (81,2%)	47/57 (82,5%)	53/61 (86,9%)	0,521
Aleitamento materno exclusivo:					
0-2 m	3/3 (100%)	246/302 (81,5%)	15/51 (29,4%)	8/59 (13,6%)	<0,001
3-5 m	0/3 (0%)	56/302 (18,5%)	28/51 (54,9%)	30/59 (50,8%)	
até 6 m	0/3 (0%)	0/302 (0%)	8/51 (15,7%)	19/59 (32,2%)	
> 6 m	0/3 (0%)	0/302 (0%)	0/51 (0%)	2/59 (3,4%)	
Duração do aleitamento materno; média ± dp	0 ± 0 (n=18)	51,8 ± 36,4 (n=314)	152,3 ± 17 (n=57)	268,5 ± 60,2 (n=61)	<0,001
Introdução dos alimentos sólidos ≥ 6 meses	2/11 (18,2%)	25/81 (30,9%)	19/34 (55,9%)	32/60 (53,3%)	0,006
Introdução da fórmula láctea:					
0-1m	16/16 (100%)	134/202 (66,3%)	15/39 (38,5%)	6/32 (18,8%)	<0,001
2-3m	0/16 (0%)	55/202 (27,2%)	8/39 (20,5%)	7/32 (21,9%)	
4-5m	0/16 (0%)	13/202 (6,4%)	12/39 (30,8%)	11/32 (34,4%)	
≥ 6 m	0/16 (0%)	0/202 (0%)	4/39 (10,3%)	8/32 (25%)	
Leite de vaca:					
≤ 3 m	2/7 (28,6%)	29/62 (46,8%)	4/13 (30,8%)	1/20 (5%)	0,042
4-5 m	3/7 (42,9%)	12/62 (19,4%)	2/13 (15,4%)	5/20 (25%)	
6-9 m	2/7 (28,6%)	17/62 (27,4%)	7/13 (53,8%)	11/20 (55%)	
>9 m	0/7 (0%)	4/62 (6,5%)	0/13 (0%)	3/20 (15%)	
Peso no nascimento:					
<2.500g	8/18 (44,4%)	32/311 (10,3%)	2/57 (3,5%)	6/61 (9,8%)	<0,001
2.500g-2.999g	3/18 (16,7%)	70/311 (22,5%)	22/57 (38,6%)	12/61 (19,7%)	
3.000g-3.999g	5/18 (27,8%)	195/311 (62,7%)	30/57 (52,6%)	39/61 (63,9%)	
>4.000g	2/18 (11,1%)	14/311 (4,5%)	3/57 (5,3%)	4/61 (6,6%)	

Fonte: Dados dos questionários aplicados na pesquisa: prevalência do aleitamento materno em crianças de 0-1 ano de idade, em hospital estadual da zona norte da cidade de São Paulo, de 16 setembro de 2017 a 24 de agosto de 2018. Dp: desvio padrão; n: número de crianças; p: significância estatística. Testes: Qui-quadrado, ANOVA.

A fórmula láctea foi introduzida precocemente nos bebês, e o maior percentual de início de fórmulas infantis ocorreu em crianças menores de 1 mês (59%). Quanto mais precoce o início de fórmulas lácteas, menor a duração do AM, dado corroborado por Saldanha et al.,¹⁵ que identificaram consumo de 74,2% de leite integral em crianças de 6-11 meses. Carvalho et al.,¹⁶ em uma coorte, observaram redução do consumo de leite materno (LM) ou predominante, diferentemente do leite de vaca (LV) e fórmulas lácteas, que apresentaram comportamento ascendente. Bortolini et al.¹⁷ também identificaram o leite de vaca como principal substituto do LM.

As mães que realizaram o pré-natal adequadamente foram as que mais amamentaram (85,6%) e por mais que 180 dias. No Rio de Janeiro, Domingues et al.,¹⁸ avaliando o pré-natal no SUS, concluíram que as gestantes que tinham um número menor de

consultas não recebiam orientação adequada quanto à amamentação.

Percebemos que 98,2% dos bebês que amamentaram entre 121-180 dias frequentaram as consultas de rotina, enquanto que dos bebês que nunca amamentaram, somente 77,8% frequentaram UBS. Este dado reforça a ideia de uma estratégia nacional de incentivo ao AM ter como base o fortalecimento das ações nas UBS.^{1,19}

Outra variável que está fortemente relacionada com a manutenção do aleitamento materno é o peso ao nascer, pois mostra as condições do pré-natal, a nutrição intrauterina e a sobrevivência infantil.²⁰ Observamos que crianças que apresentaram menor peso ao nascimento mantiveram AM por menos tempo, resultado descrito também por Chaves et al.²⁰ Baptista et al.²¹ identificaram que o risco de interrupção do AM nas crianças com peso ao nascimento inferior ou igual a 2,5 kg foi aproximadamente quatro vezes maior

do que aquelas com peso superior a 2,5kg. Também verificamos que os prematuros tiveram menos tempo de AM, dado que pode ser justificado pelas dificuldades experimentadas durante a internação hospitalar e o início tardio do AM neste grupo de pacientes.²²

Sobre o estado civil, observou-se que as mães solteiras ou divorciadas amamentaram por menos tempo, resultado semelhante ao encontrado por Margotti e Margotti,²⁷ que relacionaram a estabilidade conjugal ao AME. Rocci e Fernandes,²³ em uma coorte, observaram que a maioria das mulheres que amamentaram (70,3%) tinham companheiro fixo, mas a análise dos dados não mostrou correlação entre tempo de AM e o estado civil.

O uso de chupetas e mameiras tiveram significância estatística ($p = 0,001$ e $p = 0,033$, respectivamente) em nosso estudo, relacionando seu uso ao desmame. Vieira et al.,²⁴ comparando grupo de crianças amamentadas e não amamentadas, identificaram prevalência maior do uso de chupetas naquelas não amamentadas. Batista et al.²⁵ demonstraram que bebês que usam chupeta e/ou mamadeira apresentam maior frequência de indicadores de dificuldades na amamentação.

Uma dificuldade na análise dos nossos dados foi o fato de não termos investigado, em nosso questionário, o período em que foram introduzidos e mantidos os bicos artificiais e as relações das causas das internações com o aleitamento. Vale ressaltar que, apesar do rigor na coleta dos dados, nosso estudo tem limitações, por se tratar de um estudo transversal com viés de memória.

Conclusão

A prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses em nosso estudo foi de apenas 7%, e a duração do AM foi de 91,8 dias, índice muito abaixo do recomendado pela OMS. O sistema de saúde tem papel importante na amamentação, pois as mães que realizaram pré-natal adequado, que amamentaram na primeira hora de vida, que frequentavam UBS e com vacina atualizada tiveram maior duração do tempo de amamentação.

A introdução precoce de fórmulas lácteas, leite de vaca integral, alimentos sólidos e utilização de bicos artificiais foram relacionados com menor tempo de aleitamento. Alguns fatores relacionados ao desmame precoce foram: uso de drogas ilícitas, mães jovens, solteiras e desempregadas.

As causas do desmame precoce podem ser evitadas com orientações prestadas pelos profissionais de saúde. A ampliação dos conhecimentos sobre fatores que interferem na amamentação pode servir de subsídio para políticas de saúde pública, e a melhoria da assistência à saúde materno-infantil pode ser uma medida de extrema importância para aumentar os índices do aleitamento materno.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.: il. ISBN 978-85-334-2215-5
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 978-85-334-1607-9.
4. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. *J Perinatol.* 2015;35(11):895-9.
5. Silva VA, Caminha MF, Silva SL, Serva VM, Azevedo PT, Batista Filho M. Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. *J Pediatr (Rio J).* 2019;95:298-305.
6. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatría (Rio J)* 2003;79(4):309-16.
7. Torigiama ATM, Fujimori E, Palombo CNT, Duarte LS, Borges ALV, Chofakian CBN. Aleitamento materno: o que mudou após uma década?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Vol.25. Ribeirão Preto, 2017.
8. Neves ACM, Moura EC, Santos W, Carvalho KMB. Factors associated with exclusive breastfeeding in the Legal Amazon and Northeast regions, Brazil, 2010. *Rev Nutr.* 2014; 27(1):81-95.
9. Ramos CV, Almeida JAG, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1753-1762.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Ferreira HLOC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino PS, Pinheiro AKB. Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 3 [Acessado 30 Julho 2020] pp. 683-690. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016>.

12. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho materno no aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(3): 442-52, 2008.
13. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, 2012..
14. Quadros D, Schmidt L, Deon RG. Prevalência de aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade. *Revista de Enfermagem FW*, v. 13, n. 13, p. 29-40, 2017
15. Saldana PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, Vieira DG, Mello DF. Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(4):407-414.
16. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Nobre LN, Silva MA, Pessoa MC, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SCC. Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11):3699-3709, 2017.
17. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(6):608–613.
18. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(3): 425-437, março, 2012.
19. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2343-2354, dez, 2010.
20. Chaves RG, Lamounier JÁ, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(3) 241-6.
21. Baptista GH, Andrade AHHKG de, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3): 596-604.
22. Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SCC. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34 (2): 189-196.
23. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2014; 67(1): 22-7, jan-fev.
24. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4:143-50.
25. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento MDSB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 94:596-601.
26. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of Expert Consultation. Geneva, Switzerland, march 2001.
27. Margotti E, Margotti W. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 860-871, set. 2017.