
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA E
SAÚDE DA CRIANÇA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**A INFLUÊNCIA DO PEDIATRA E SUAS INTERVENÇÕES NO SUCESSO DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PACIENTES SUBMETIDOS À
CESARIANA ELETIVA**

CAROLINA MENNA BARRETO SILVEIRA

**Porto Alegre
2016**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA E
SAÚDE DA CRIANÇA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**A INFLUÊNCIA DO PEDIATRA E SUAS INTERVENÇÕES NO SUCESSO DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PACIENTES SUBMETIDOS À
CESARIANA ELETIVA**

CAROLINA MENNA BARRETO SILVEIRA

Dissertação de mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Medicina/Pediatria.

Orientador: Prof. Dr. Humberto Holmer Fiori
Co-orientador: Prof. Dr. Renato Machado Fiori

Porto Alegre 2016

DADOS DE CATALOGAÇÃO

S587a Silveira, Carolina Menna Barreto

A influência do pediatra e suas intervenções no sucesso do aleitamento materno exclusivo em pacientes submetidos a cesariana eletiva / Carolina Menna Barreto Silveira. - Porto Alegre: PUCRS, 2016.

71 f. il. : tab.

Orientador: Prof. Dr. Humberto Holmer Fiori.
Co-orientador: Prof. Dr. Renato Machado Fiori.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança.

1. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO. 2. INFLUÊNCIA DO PEDIATRA. 3. PARTO CESÁREA. 4. ESTUDO DE COORTE. I. Fiori, Humberto Holmer. II. Renato Machado Fiori. III. Título.

CDD 618.92

CDU 616-053.2(043.3)

NLM WS 125

Isabel Merlo Crespo
Bibliotecária CRB 10/1201

CAROLINA MENNA BARRETO SILVEIRA

**A INFLUÊNCIA DO PEDIATRA E SUAS INTERVENÇÕES NO
SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
PACIENTES SUBMETIDOS À CESARIANA ELETIVA**

Dissertação de mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Medicina/Pediatria.

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Jorge Luz

Prof. Dr. João Carlos Batista Santana

Porto Alegre, 2016

À minha preciosa família, aos prezados mestres e queridos pacientes, sem os quais este trabalho não seria possível, dedico-lhes esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos professores do Pós Graduação em Pediatria e Saúde da Criança da PUCRS por contribuírem imensamente com o meu amadurecimento científico.

À CAPES, pela bolsa de incentivo à pesquisa.

Aos meus orientadores Prof. Dr. Renato Machado Fiori e Prof. Dr. Humberto Holmer Fiori, pela oportunidade de realizar este projeto e por toda ajuda, compreensão, paciência e ensinamentos.

Aos estimados Liane Unchalo Machado, Manoel Antônio da Silva Ribeiro, Hélien Mielke, Alexandre Lacroix Justo e Tiago Bortolini, pela incalculável ajuda na realização deste trabalho, pelo incentivo e amizade.

Às queridas residentes de Pediatria do Hospital São Lucas da PUCRS Bruna Faccio De Conto, Natália Corrêa de Corrêa e Mariana Miranda Endres pela ajuda na obtenção de dados fundamentais para a realização da pesquisa.

Às secretárias Ana Clara Cardoso e Carla Carmo de Melo Rothmann, pela ajuda sempre eficiente e pela paciência constante.

A todos os professores que tive na minha formação, por toda a dedicação, carinho e por despertar e renovar minha curiosidade.

A todos os pacientes que tive a oportunidade de conhecer durante minha trajetória profissional, por possibilitarem o meu aprendizado de medicina e de compaixão.

Aos brilhantes professores da faculdade de Medicina da PUCRS, por contribuírem com o meu aprendizado e amadurecimento profissional.

Aos grandes mestres da UTI neonatal da PUCRS, pelo exemplo de profissionais e pelos ensinamentos de medicina, de neonatologia e de vida.

Aos estimados médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI Neonatal da PUCRS, UTI Neonatal do Hospital Centenário e UTI Neonatal do Hospital São Camilo, por ajudarem-me a colocar em prática toda a teoria aprendida e também pela compreensão e parceria constantes.

Aos meus amados pais, Jorge Tadeu e Maria Cristina, e queridos avós, Beatriz, Luiz Carlos, Carmelita e Jorge, pelo amor incondicional, por todo o carinho, incentivo e apoio, sobretudo por ensinarem-me, desde cedo, o valor e a importância da educação.

Aos meus queridos irmãos e amigos, pelo companheirismo, pela convivência e por todos os momentos de alegria.

RESUMO

Dados recentes da literatura científica mostram baixas taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil e no mundo, além de uma grande diversidade nos fatores que o influenciam. Contudo, o número de estudos sobre o poder de atuação do pediatra e suas intervenções na duração do AME ainda é limitado.

Objetivo: Verificar a influência do pediatra e suas intervenções no sucesso do AME aos três e seis meses de vida, em recém-nascidos (RNs) a termo, submetidos à cesariana eletiva.

Métodos: Estudo de coorte, em um hospital privado do Brasil. Foram aplicados questionários às mães na alta, aos 7 dias, 3 e 6 meses de vida. No dia da alta, o contato foi presencial, enquanto nas etapas seguintes foi telefônico. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher.

Resultados: A amostra final foi composta por 907 duplas mães-bebês, assistidas por 32 pediatras. A influência do pediatra foi significativa no AME aos 3 meses de vida do bebê ($p=0,001$). A prevalência de complemento na 1ª prescrição variou significativamente entre os pediatras (de 31,6% a 100%; $p<0,001$) e esteve associada negativamente com o AME aos 3 meses ($p=0,003$). Quando comparadas as prevalências de uso de mamadeira e chupeta aos 7 dias, entre os pediatras, houve diferença significativa ($p=0,005$). O uso de chupeta aos 7 dias e 3 meses associou-se ao insucesso do AME no 3º mês de vida ($p<0,001$). RNs que utilizaram mamadeira aos 7 dias apresentaram prevalências de AME mais baixas até o 6º mês de vida.

Conclusão: Este estudo fornece evidências sobre a influência do pediatra e suas intervenções na prevalência e duração do AME no terceiro mês de vida. Isso reforça a necessidade de aprimorar seus conhecimentos, atitudes e práticas sobre a amamentação.

Palavras-Chave: amamentação, influência do pediatra, parto cesárea, neonatos, puericultura

ABSTRACT

Recent data from scientific literature show low exclusive breastfeeding (EBF) rates in the world, and diversity in the factors that influence it. However, the number of studies about the power of pediatricians and their interventions on duration of EBF is still limited.

Objective: To determine the influence of the pediatrician and their interventions on the success of EBF at 3 and 6 months of age in full-term newborns (FNT), undergoing elective cesarean delivery.

Methods: A cohort study in a private hospital in Brazil. Questionnaires to mothers at discharge, at 7 days, 3 and 6 months of life were applied. At the day of discharge, the contact was in person, while the following steps was by phone calling. To evaluate the association between categorical variables, chi-squared tests or Fisher's exact were used.

Results: The final sample consisted of 907 mother-baby pairs, assisted by 32 pediatricians. The influence of the pediatrician was significant in EBF at 3 months of age ($p=0.001$). The prevalence of complement in the first prescription varied significantly among pediatricians (31.6% to 100%, $p < 0.001$) and was negatively associated with the EBF at 3 months ($p=0.003$). When comparing the prevalence of the use of bottles and pacifiers at the first 7 days of life, among the pediatricians, there was a significant difference ($p=0.005$). The use of pacifiers at 7 days and 3 months was negatively associated with the EBF at 3 months ($p < 0.001$). FNTs who used a bottle at 7 days showed lower prevalence of EBF until sixth month of life.

Conclusion: This study provides evidences about the influence of the pediatrician in the prevalence and duration of exclusive breastfeeding at third month of life. This reinforces the need to improve their knowledge, attitudes and practices on breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, influence of the pediatrician, cesarean delivery, newborns, childcare.

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO I

- Figura 1 - Prevalências, com seu respectivo intervalo de confiança, de crianças menores de 6 meses em AME, segundo regiões do Brasil, 2008.21

CAPÍTULO II

- Figura 1 - Associação entre o aleitamento materno no 6º mês, com o retorno das mães ao trabalho no mesmo período. 59
- Figura 2 - Prevalência de prescrição de complemento na 1ª prescrição conforme o pediatra .59
- Figura 3 - Associação entre prescrição de complemento e o recebimento do mesmo na maternidade.....62
-

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO II

Tabela 1 - Caracterização da amostra de mães.....	56
Tabela 2 - Caracterização da amostra de bebês.....	56
Tabela 3 - Dados do seguimento	57
Tabela 4 - Associação do aleitamento materno exclusivo com o pediatra.....	58
Tabela 5 - Associação do uso de chupeta e mamadeira com o pediatra.....	60
Tabela 6 - Associação da prescrição e recebimento de complemento na maternidade e uso de mamadeira e chupeta com o aleitamento materno exclusivo aos 7, 3 meses e 6 meses.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AAP	Academia Americana de Pediatria
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DF	Distrito Federal
DMI	Diabetes Mellitus Tipo I
DP	Desvio Padrão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS/1996	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996
PNDS/2006	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006
PNMIPF/1986	Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar de 1986
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PPAM/Capitais e DF	Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal
RN	Recém-Nascido
RR	Risco Relativo
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science for Windows</i>

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.2 ALEITAMENTO MATERNO	15
1.2.1 Definições	15
1.2.2 Duração do aleitamento	16
1.2.3 Benefícios do aleitamento materno	16
1.2.4 Situação do aleitamento no brasil	19
1.2.5 Situação do aleitamento no mundo.....	21
1.2.6 Fatores que influenciam o aleitamento materno.....	22
1.2.6.1 Introdução precoce de outros alimentos	22
1.2.6.2 Escolaridade e condições sócio-econômicas	23
1.2.6.3 Retorno às atividades profissionais	24
1.2.6.4 Uso de Chupetas e Mamadeiras	24
1.2.6.5 Parto Cesárea	25
1.2.6.6 A Influência dos Profissionais de Saúde	26
1.3 JUSTIFICATIVA	28
1.4 OBJETIVOS	29
1.4.1 Objetivo principal	29
1.4.2 Objetivos específicos	29
1.5 REFERÊNCIAS	30

CAPÍTULO II

2.1 ARTIGO ORIGINAL	38
---------------------------	----

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSOES	64
----------------------	----

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	66
ANEXO II: CÓPIA DA CARTA DE APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA.....	69
ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO.....	70

CAPÍTULO I

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A primeira infância é a fase na qual adquirimos grande parte das nossas habilidades cognitivo-comportamentais. Portanto, os distúrbios incidentes neste período repercutem fortemente nos indivíduos e na sociedade. Dentre as ações mais impactantes para a saúde e desenvolvimento do infante, podemos destacar o aleitamento materno.

A amamentação pode ser definida como um ato de afeto, vínculo e proteção para o recém-nascido (RN) e lactente. Tem efeito singular sobre a mortalidade de crianças pequenas,¹ graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno, que protegem contra infecções comuns, como diarreia^{2,3,4,5} e doenças respiratórias agudas.^{6,7,8} Há evidências, ainda, que o leite materno possa ser um fator protetor contra síndrome da morte súbita do lactente,⁹ diabetes tipo I^{10,11} e tipo II,¹² obesidade,¹³ alguns tipos de linfoma,¹⁴ doença de Crohn e colite ulcerativa.¹⁵ O aleitamento materno exclusivo (AME), nos primeiros meses de vida, está associado à diminuição do risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo a asma.¹⁶

Sabe-se que o leite materno é o único alimento que garante quantidade e qualidade ideais de nutrientes para o lactente, apresentando concentrações de proteínas, açúcares, gorduras, sais minerais e vitaminas, incluindo o flúor, os quais são suficientes e dispensam suplementações.¹⁷ Além das repercussões nutricionais, o aleitamento materno promove forte interação entre mãe-bebê, influenciando em seu desenvolvimento psíquico.

A amamentação também contribui para a saúde da mulher, protegendo contra os cânceres de mama e ovário.¹⁸ Outra vantagem é que proporciona a involução do útero mais rapidamente, com consequente diminuição do sangramento pós-parto e da anemia.

A atual recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é realizar a amamentação exclusiva por seis meses e complementada até dois anos ou mais.^{19,20} Apesar de seus benefícios já serem bem estabelecidos, segundo o Ministério da Saúde (MS),²¹ a taxa de aleitamento materno no Brasil encontra-se muito inferior à recomendada.²² Dentre os fatores envolvidos nas insuficientes taxas, há práticas e crenças culturais, promoção inadequada de substitutos do leite materno, o retorno da mãe ao trabalho,^{23,24} fatores que influenciam na

fisiologia da lactação, falta de confiança da mãe quanto a sua capacidade de amamentar e práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde, entre eles, o pediatra.

Entre os fatores que influenciam na fisiologia da lactação está a realização de cesariana eletiva, a qual foi identificada em alguns estudos como fator determinante da interrupção precoce do AME.²⁵ Nos pacientes nascidos de parto cesárea, a demora na descida do colostro pode estar associada a problemas como choro excessivo, lesões de mamilo devido à sucção prolongada e estresse familiar. Apesar das diferenças em relação aos bebês nascidos por parto vaginal, estes pacientes não têm recebido atenção específica em estudos científicos.

Com relação à atuação dos profissionais de saúde, embora a maioria dos pré-natalistas aconselhe o aleitamento materno, muitos ainda recomendam a complementação com fórmulas lácteas,¹⁷ o que pode estar contribuindo para o desmame precoce. A literatura científica sobre a influência direta do pediatra no sucesso do AME ainda é escassa. Contudo, alguns estudos realizados demonstraram que a atuação de profissionais da saúde na promoção à amamentação pode estar relacionada a um aumento na sua prevalência e duração.^{26,27,28}

Para o sucesso da amamentação é imprescindível o apoio dos profissionais da área pediátrica. Por conseguinte, é indispensável que estejam atualizados tanto a respeito dos reais benefícios do AME quanto dos fatores que possam influenciar negativamente a sua continuidade.²⁹ Deste modo, poderão exercer com eloquência seu trabalho de promoção e apoio à amamentação.

1.2 ALEITAMENTO MATERNO

1.2.1 Definições

As definições utilizadas neste trabalho foram aquelas uniformizadas pela OMS e reconhecidas internacionalmente, as quais estabelecem indicadores precisos para os padrões de aleitamento materno, como segue:³⁰

- Aleitamento materno: a criança recebe leite humano direto do seio ou ordenhado.
- Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite humano, seja de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem o acréscimo de outros alimentos líquidos ou sólidos, exceção feita a gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: o leite humano é a fonte principal da nutrição da criança, porém ela recebe bebida a base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, soluções para terapia de reidratação oral e fluidos rituais (em quantidades limitadas).
- Aleitamento materno complementado: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo os leites não humanos.

Alimentos de Transição são utilizados de forma complementar ao aleitamento, especialmente para os lactentes, até que eles passem a ingerir os alimentos fornecidos pela família. Antigamente estes alimentos eram referidos como “Alimentos de Desmame”, os quais devem ser evitados por darem a falsa impressão de que são utilizados para provocar o desmame e não complementar o leite materno.¹⁷

1.2.2 Duração do aleitamento

A duração do aleitamento materno foi assunto bastante debatido entre os diversos pesquisadores. Seu período natural, sem a influência da cultura, segundo diversas teorias, seria de 2, 5 a 7 anos.¹⁷ Pesquisas etnográficas sugerem que, antes da introdução de leites não humanos para os infantes, a amamentação era continuado por cerca de três a quatro anos.³¹

Kramer e Kakuma,³² em metanálise realizada em 2002, identificaram que o AME por seis meses foi relacionado a menor morbidade por doenças gastrointestinais em relação ao aleitamento complementado e ao AME por três a quatro meses. Neste estudo, não houve evidência de déficit de crescimento nos lactentes com AME por seis meses ou mais, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

A atual recomendação da OMS é realizar a amamentação exclusiva por seis meses e complementada até dois anos ou mais,^{19,20} posição oficialmente adotada pelo MS,³³ pela Academia Americana de Pediatria (AAP)³⁴ e pela Grã-Bretanha.³⁵

1.2.3 Benefícios do aleitamento materno

É unânime a superioridade do leite materno. Uma metanálise realizada pela OMS, baseando-se em seis estudos (Brasil, Gâmbia, Gana, Paquistão, Filipinas e Senegal), reviu o risco de morte por doenças infecciosas entre crianças menores de dois anos não amamentadas. Observaram que bebês menores de dois meses não amamentados apresentaram um risco seis vezes maior de morrer por infecção. E que crianças não amamentadas no segundo ano de vida possuem risco de morte duas vezes maior, comparadas às amamentadas.¹

Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes, por causas preveníveis, em crianças menores de 5 anos.³⁶ Nenhuma outra estratégia isolada alcança este impacto na mortalidade em crianças nesta faixa etária. Segundo a OMS e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), em torno de seis milhões de vidas estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva.

Há evidências que a amamentação, além de evitar a diarreia, também reduz a gravidade de seus sintomas,² principalmente em crianças mais pobres. Crianças não amamentadas tem um

risco três vezes maior de desidratar e de morrer por diarreia, quando comparadas às amamentadas.⁵ É importante destacar que essa proteção pode diminuir com a idade e quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo. Oferecer água ou chás pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros meses.^{3,4}

A proteção do leite materno contra infecções respiratórias foi demonstrada em estudos realizados em diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil.² Esta defesa é maior quando o aleitamento materno é exclusivo nos primeiros seis meses. Em Pelotas – Rio Grande do Sul (RS), a chance de uma criança não amamentada internar por pneumonia nos primeiros três meses foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente.⁶

A amamentação na primeira hora de vida foi identificada como um possível fator protetor contra mortes neonatais.³⁷ O AME também foi associado a uma diminuição do risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma.¹⁶

A OMS publicou revisão, em 2007, em que foram identificados benefícios a longo prazo do aleitamento materno, relacionados a melhora dos níveis pressóricos, redução dos níveis de colesterol total e diminuição do risco de desenvolvimento do diabetes.¹²

A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante determinante do Diabetes Mellitus Tipo I (DM I), podendo aumentar o risco de seu aparecimento em 50%.¹⁰ Medeiros et al. realizaram um estudo caso-controle, em pacientes menores de 18 anos, com o objetivo de avaliar o risco de aparecimento de DM I frente à exposição precoce ao leite de vaca. Neste estudo, inferiram que crianças precocemente alimentadas com leite bovino têm um risco quatro vezes maior de desenvolver DM I, quando comparadas àquelas que tiveram AME por pelo menos quatro meses. Este achado sugere que o maior tempo de amamentação exclusiva tem um papel protetor no surgimento desta doença.¹¹

Não só o indivíduo que é amamentado adquire proteção contra diabetes, mas também a mulher que amamenta. Foi descrita uma redução de 15% na incidência de diabetes tipo 2 para cada ano de lactação.³⁸ Esta proteção foi atribuída à melhor homeostase da glicose nas mulheres que amamentam.

A maioria dos estudos, que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de 3 anos e tipo de alimentação no início da vida, constatou menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas. Em uma revisão da OMS, foi observado que os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar

este desfecho.¹³ É possível também que haja uma relação dose/resposta com a duração do aleitamento materno. Entre os prováveis mecanismos implicados a essa proteção encontram-se um melhor desenvolvimento da auto-regulação da ingestão de alimentos e a composição do leite materno, o qual participa do processo de “programação metabólica”, alterando, por exemplo, o número e/ou tamanho das células gordurosas.³⁹

A amamentação pode contribuir para o desenvolvimento cognitivo. Em metanálise, conduzida por Anderson et al., foi observado um aumento da função cognitiva de 3,16 pontos nas crianças amamentadas, com valores significativamente maiores naquelas entre seis a vinte e três meses de idade. Estas diferenças mantiveram-se estáveis ao longo de idades sucessivas. Os RNs de baixo peso mostraram diferenças maiores (média de 5,18 pontos) quando comparados aos normais (média de 2,66 pontos).⁴⁰

Sabe-se que o alto teor de lactose no leite humano fornece galactose para a mielinização do sistema nervoso central.⁴¹ Contudo, os mecanismos envolvidos na possível associação entre aleitamento materno e melhor desenvolvimento cognitivo ainda não estão totalmente esclarecidos. Alguns defendem que a presença de substâncias no leite materno otimizam o desenvolvimento cerebral, outros acreditam que fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar sejam os responsáveis.

A amamentação é insubstituível na promoção do correto crescimento e desenvolvimento das estruturas e das funções estomatognáticas. Além de promover o posicionamento dentário, a forma das arcadas e prevenir o surgimento de problemas ortodônticos, o aleitamento materno ainda preserva as funções vitais como sucção, mastigação, deglutição, fonação e, principalmente, respiração.^{42,43} Assim, o desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo ocasionar má-oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral.

Acredita-se que o aleitamento traga benefícios psicológicos ao bebê e à mãe. Uma amamentação prazerosa propicia o contato íntimo e contínuo entre mãe e filho, fortalecendo os laços afetivos, oportunizando sentimentos de segurança e proteção na criança, e de autoconfiança e realização na mulher.⁴⁴

1.2.4 Situação do aleitamento no Brasil

Estudos regionais, anteriores à década de 70, identificaram considerável declínio na prática de amamentação nos anos 60 e início dos anos 70.^{45,46} Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) revelou que, apesar de a maioria das crianças brasileiras iniciar a amamentação, a introdução de outros alimentos era frequente logo nos primeiros dias de vida. A duração mediana do aleitamento materno estava muito aquém do desejado (134 dias).⁴⁷

Estudo comparando estimativas nacionais da frequência da amamentação evidenciou uma tendência ascendente entre 1974 e 1989, com sua duração mediana aumentando de 2,5 para 5,5 meses. Esse comportamento foi verificado principalmente em áreas urbanas, na região Centro-Sul do país, entre mulheres de maior renda e escolaridade.⁴⁸ Mais recentemente, pesquisas nacionais sobre demografia e saúde confirmaram a tendência deste aumento, identificando uma duração mediana de 7 meses em 1996⁴⁹ e 14 meses em 2006.⁵⁰

A primeira estimativa nacional fidedigna sobre a frequência do AME em nosso país é a da Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar de 1986 (PNMIPF/1986). Essa pesquisa evidenciou que apenas 3,6% das crianças brasileiras entre 0 e 4 meses de idade recebiam AME. Em face da forma como foi estruturado o questionário alimentar da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS/1996), esta frequência provavelmente foi superestimada, pois não se perguntava sobre o consumo de água, chá e outros alimentos nas últimas 24 horas. Analisando a proporção de crianças entre 0 e 4 meses recebendo leite materno, exclusivo ou não, nos inquéritos de 1986 e 1996, verificou-se um aumento de 33,3% para 55,3%.⁵¹ Dados provenientes da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006 (PNDS/2006), mostraram prevalência da amamentação exclusiva de 38,6% em menores de 6 meses.⁵⁰

O MS coordenou, em 1999, um inquérito sobre aleitamento materno durante a Campanha Nacional de Vacinação em todas as capitais brasileiras (exceto o Rio de Janeiro) e Distrito Federal (DF). Essa pesquisa trouxe contribuições importantes para a análise da situação da amamentação no Brasil e para a formulação de políticas no âmbito dos estados e regiões analisadas. Verificou-se que a situação era bastante heterogênea no país, sendo baixa a prevalência de AME em menores de 4 meses (35,6%). A duração mediana do aleitamento materno no conjunto das capitais e DF foi de dez meses.⁵² E concluiu-se que nos últimos anos têm ocorrido avanços importantes na sua promoção.

Foi realizada, em outubro de 2008, a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM/Capitais e DF),²² estudo transversal, também realizado durante as campanhas de vacinação. Todas as capitais realizaram o inquérito e, em vários estados, houve adesão de outros municípios. O estudo, na sua íntegra, contou com a participação de 266 municípios e aproximadamente 120.000 crianças menores de um ano.

Na região Norte, a maioria dos municípios apresentou prevalências de AME em menores de seis meses inferiores à média nacional, sobretudo no Acre, com quatro municípios com prevalência inferior a 10%. No Pará, 60% dos municípios tiveram prevalências de AME superiores à média nacional, destacando-se Cametá, que apresentou prevalência de 66,4%, a maior da região.²²

Na região Centro-Oeste, a maioria dos municípios apresentou prevalências do indicador inferiores à média nacional. Em Goiás, todos os municípios tiveram médias inferiores, destacando-se Senador Canedo com a menor prevalência (12,9%). No Mato Grosso do Sul, os municípios de Campo Grande, Corumbá e Jardim apresentaram prevalências superiores à média brasileira.²²

Na região Sudeste, a maioria (80 municípios) teve prevalência de AME, em crianças menores de seis meses, inferior à média do Brasil. Nos estados de Minas Gerais (MG) e Rio Janeiro, cerca de 40% dos municípios tiveram prevalências superiores à média nacional e em São Paulo (SP), apenas 25% deles. O município de Peruíbe – SP foi o que apresentou a maior prevalência da região (72,9%).²²

Na região Sul, todos os municípios tiveram prevalências de AME, em crianças menores de seis meses, inferiores à média nacional, excetuando as capitais Curitiba – Paraná e Florianópolis – Santa Catarina (SC), que apresentaram prevalências superiores à média do Brasil. Vacaria – RS apresentou a menor prevalência da região (20,6%).²²

A região Norte foi a que apresentou maior prevalência desta prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). Estes dados estão ilustrados na figura 1.²²

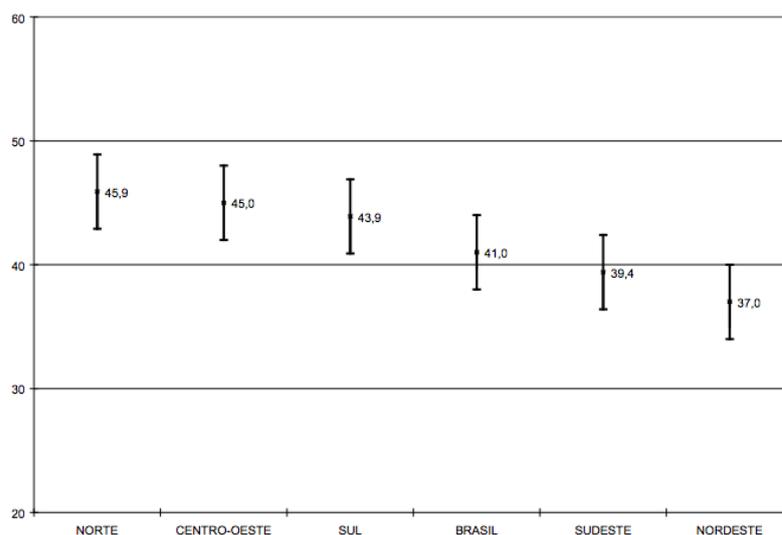


Figura 1 - Prevalências, com seu respectivo intervalo de confiança, de crianças menores de 6 meses em AME, segundo regiões do Brasil, 2008.

1.2.5 Situação do aleitamento no mundo

Xiaodong et al. analisaram dados da UNICEF e observaram que a prevalência de AME em menores de seis meses, em países em desenvolvimento, apresentou um aumento de 33% em 1995 para 39% em 2010. A prevalência aumentou em quase todas as regiões do mundo em desenvolvimento, com o maior avanço visto na África ocidental e central, onde mais do que duplicou, passando de 12% em 1995 para 28% em 2010.⁵³

Apesar das diversas estratégias, a prevalência de AME continua sendo baixa em muitos países em desenvolvimento. Essa revisão de dados de 66 países, cobrindo 74% da população mundial em desenvolvimento, observou cobertura abaixo do ideal, com menos de 40% das crianças menores de seis meses de idade estimadas a serem amamentadas exclusivamente em 2010. Este valor está muito abaixo da meta proposta de 90% de cobertura e sugere a necessidade de uma aceleração urgente de esforços para ampliar os programas eficazes na promoção da amamentação exclusiva.⁵³

1.2.6 Fatores que influenciam o aleitamento materno

1.2.6.1 Introdução precoce de outros alimentos

A introdução precoce de chás e água é muito comum na nossa população, provavelmente devido a crenças e práticas culturais com o intuito de matar a sede da criança, aliviar cólicas, acalmá-la.⁵⁴ A PNDS-1996 mostrou que cerca de um terço das crianças já a utilizavam mamadeiras no primeiro mês e 60% entre os dois e sete meses de vida. Já no segundo ano, mesmo com o consumo de alimentos da família, a mamadeira persiste em aproximadamente 30% das crianças.³³ Issler et al.²³ observaram esta prática em 77,3% das crianças de Porto Alegre - RS, com até um mês de idade, e 90% até o final do primeiro trimestre. Montrone et al.⁵⁵ reportaram seu uso em 20,9% na cidade de São Carlos - SP.

O uso de outros alimentos não deixa de ter grande importância. Na capital gaúcha, entre as mães que amamentaram até o sexto mês, 77% introduziram sucos entre três e seis meses, 37% iniciaram com leite artificial até o terceiro mês e 81% começaram com alimentos sólidos entre o terceiro e o quinto mês.²³ Em São Carlos, Montrone et al. verificaram que cerca de 60% dos lactentes receberam algum tipo de alimentos semi-sólidos até o quinto mês.⁵⁵ Resultado similar foi observado em Contagem e Moema – MG, onde os chás foram introduzidos em um terço dos menores de um mês de idade (56,57). Além disto, o leite em pó foi introduzido em 12,2% desta mesma faixa etária, em Contagem.⁵⁷

Kitoko et al.⁵⁸ observaram o uso da mamadeira em 61,4% das crianças de Florianópolis, menores de um ano, e em 77,7% em João Pessoa, possivelmente para o oferecimento de leite artificial. O consumo de fórmula infantil foi de 12,6% em João Pessoa e o dobro desta proporção em Florianópolis, tendo os demais consumido leite não modificado (integral, pasteurizado, fresco, etc).

Em Los Angeles,⁵⁹ analisaram os fatores relacionados à amamentação em 259 imigrantes latinas e verificaram que a mediana do aleitamento materno foi de 4 meses e que a incidência e duração foi menor nas mulheres latinas quando comparadas às americanas. Houve uma associação significativa do desmame com o uso de fórmulas lácteas e com o retorno das mães ao trabalho.

Audi et al.⁶⁰ em Itapira – SP, verificaram que 23,6% dos lactentes com até três meses utilizavam água e 24,8% chás e, naqueles com menos de seis meses de idade, foi introduzido sucos em 35,9%, papinhas e sopas em 28,7%, mingau em 21% e frutas em 27,1%.

Em Ouro Preto,⁶¹ demonstraram uma mediana de AME muito curta (17 dias), além da introdução precoce de água e chás em 76,4% antes do primeiro mês e 86,9% até o terceiro mês. Ao passo que, na cidade de Santos, a qual apresenta uma das maiores prevalências de amamentação abaixo de um ano do Brasil (71,8% em 2002), apenas 16,91% das crianças de até quatro meses já consumiam chás.²⁴

Marques et al.⁶² analisaram os fatores associados com a introdução de outros leites, nos primeiros meses de vida, em 345 crianças do interior de Pernambuco e observaram que 99% das mães amamentaram seus filhos, porém 80% receberam água e chás. Ao final do primeiro mês, este número aumentou para 88%. Neste mesmo estudo, foi visto que a mediana do AME era zero e da introdução de outros leites era de 24 dias. Além disto, a utilização destes esteve associada com o uso da chupeta, água e chás na primeira semana e alta hospitalar da mãe antes do estabelecimento de amamentação eficaz.

1.2.6.2 Escolaridade e condições sócio-econômicas

Observa-se na literatura mundial uma associação entre duração da amamentação e escolaridade materna. Isto ocorreria porque as mulheres de nível sócio-econômico mais elevado e, conseqüentemente, com uma escolaridade maior, amamentariam mais e por maior tempo, em virtude de uma maior valorização do aleitamento materno. Este comportamento influenciaria posteriormente aquelas mulheres de menor escolaridade e de nível sócio-econômico mais baixo.^{63,64}

Vários estudos observaram esta associação,^{23,24,65,66,67,68} inclusive em estudos de prevalência do aleitamento materno em RNs com peso ao nascer inferior a 2500 gramas (g).⁶⁹ Para Issler et al.²³ os pais sem educação universitária também estariam associados ao desmame precoce. Já para Caldeira et al.⁷⁰ a escolaridade materna teria pouca influência na interrupção da amamentação.

Na Itália, Unmarino et al.⁷¹ mostraram associação significativa entre a curta duração do aleitamento e a introdução precoce de leite bovino com o baixo nível educacional da mãe. Nesta

pesquisa, o grupo de mães com maior tempo de estudo apresentou uma prevalência de AME aos três meses de 65% e aos seis de 48%. Entretanto, no grupo de mães com menor escolaridade, aquelas prevalências foram, respectivamente, 37% e 13%.

1.2.6.3 Retorno às atividades profissionais

O retorno ao trabalho têm sido um importante obstáculo à amamentação para alguns autores.^{23,24} Em Montes Claros - MG, 9,6% das mães relataram que o desmame antes dos quatro meses ocorreu devido à volta ao trabalho.⁷⁰

Issler et al.²³ mostraram os fatores relacionados a amamentação por mais de um ano: a média de amamentação dos outros filhos superior a 3 meses, mãe que não trabalha fora de casa e o auxílio de um membro da família no trabalho doméstico.

1.2.6.4 Uso de Chupetas e Mamadeiras

O uso da chupeta tem mostrado uma relação inversamente proporcional com o tempo de aleitamento materno em vários estudos nacionais^{60,66,72,73} e internacionais.^{74,75}

No Brasil, sua utilização ainda é muito ligada à cultura, observando-se seu uso em 38% das crianças já na primeira consulta pediátrica em Uberaba - MG⁶⁶ e 61,7% até o final do primeiro mês.⁷³ Foi demonstrado, ainda, uma relação direta do seu uso com a introdução da mamadeira, em Santa Maria - RS,⁷² e associação com mães de menor escolaridade.⁷³ Uma pesquisa nas capitais mostrou uma prevalência de 42,6% de seu uso em crianças menores de 12 meses,²² mesmo sendo prática desaconselhada pelo MS.

Karabulut et al.,⁷⁶ em uma metanálise, analisaram estudos observacionais, a maioria coortes prospectivas, e concluíram que o uso de chupeta estava associado à diminuição da duração do aleitamento, exclusivo ou não. Resultados semelhantes foram demonstrados por Parizoto e Kronborg.^{77,78}

Em contraposição, O'Connor et al.⁷⁹ analisaram resultados de quatro ensaios controlados randomizados e não observaram diferença na duração do aleitamento materno, exclusivo ou não, frente às diferentes intervenções utilizando a chupeta. Portanto, a causalidade

dessa associação ainda é controversa. É possível que o uso da chupeta possa ser consequência do insucesso da amamentação, considerando sua utilização como medida de conforto para um bebê que esteja passando por dificuldade para mamar.⁸⁰

A OMS e a UNICEF preconizam o não uso de chupeta e mamadeiras, com o objetivo de evitar ou prevenir o desmame precoce. Com o intuito de difundir essa idéia, criaram os Hospitais Amigos da Criança, em 1991.⁸¹

A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação. Observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando mamam no peito. Alguns autores denominam essa dificuldade de “confusão de bicos”, gerada pela diferença entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira. Contudo, autores sugerem que faltam evidências científicas consistentes sobre o fenômeno de confusão de bicos.^{82,83,84} Desta forma, o uso do copo é recomendado pela OMS nos casos de RNs que sabidamente serão amamentados ou na possibilidade de esterilização precária da mamadeira.⁸⁵ Poucos estudos avaliaram a influência do uso do copo e da mamadeira sobre a amamentação.⁸⁶

1.2.6.5 Parto Cesárea

Entre os fatores que influenciam na fisiologia da lactação está a realização de cesariana eletiva. O parto cesárea foi identificado em vários estudos como fator determinante da interrupção precoce do AME.

Um estudo realizado pela Universidade Federal Fluminense, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Secretaria da Saúde de Queimados - RJ evidenciou menores taxas, tanto de início quanto de duração da amamentação em mães que foram submetidas à cesárea.²⁵

O índice de cesarianas tornou-se abusivo em nosso meio, especialmente em hospitais fora da rede pública de assistência. Nas últimas décadas, tem-se observado aumento global da incidência deste tipo de parto. Em nosso país, essa incidência chegou a 36,4% em 1997 e 27,1% em 1994. Uma das maternidades de São Paulo, que só presta atendimento a gestantes conveniadas ou particulares, teve incidência de 80% no ano de 2003. É importante ressaltar que a OMS considera aceitável incidência de cesárea de 15%.⁸⁷

A decisão da via de parto está associada a fatores relacionados ao médico, à instituição, à mulher e aos aspectos culturais. Quanto à mulher, sua preferência por cesariana está vinculada ao medo da dor e falta de preparo pré-natal para o parto vaginal. Quanto aos fatores culturais, há conceitos populares de que o parto vaginal leva à perda acentuada da função sexual e de que é mais arriscado para o feto.⁸⁸

Nos pacientes nascidos de parto cesárea, a demora na descida do colostro pode estar associada a problemas como: choro excessivo, estresse familiar e lesões de mamilo, devido à sucção prolongada. Apesar das diferenças em relação aos bebês nascidos por parto vaginal, os pacientes nascidos por cesariana não têm recebido atenção específica em estudos científicos. Desta forma, faz-se necessário o estudo dirigido a esta fração significativa dos nascimentos, em nosso meio.

1.2.6.6 A Influência dos Profissionais de Saúde

Embora a maioria dos pré-natalistas aconselhe o aleitamento materno, muitos recomendam a complementação com fórmulas lácteas.¹⁷ Com isso, podem estar contribuindo para o desmame precoce.

Labarere et al., em 2005, realizaram um estudo randomizado prospectivo com 226 pares mãe-bebês, no qual avaliaram a eficácia do apoio à amamentação fornecido por médicos atuantes na atenção básica de saúde, os quais haviam recebido um treinamento, por 5 horas, sobre aleitamento materno. O desfecho primário foi a prevalência do AME, relatado em 4 semanas. Neste estudo, foi observado que as mães do grupo de intervenção foram mais propensas a relatar AME ao final das quatro semanas (83,9% vs 71,9%; taxa de risco: 1,17; intervalo de confiança de 95% [IC 95%]: 1,01-1,34) e maior duração de aleitamento materno (mediana: 18 semanas vs 13 semanas; taxa de risco: 1,40; IC 95%: 1,03-1,92). Elas foram menos propensas a relatar dificuldades na amamentação (55,3% vs 72,8%; taxa de risco: 0,76; IC 95%: 0,62-0,93). Estes resultados sugerem que um curto programa de treinamento para médicos pode contribuir para uma melhora no sucesso do aleitamento materno.²⁶

Foi realizado um estudo transversal, no ano de 2004, com 875 pediatras membros da AAP, com o objetivo de avaliar seus conhecimentos, atitudes e práticas em amamentação e comparar esses resultados com os de um estudo em 1995. Em comparação com os resultados da pesquisa de 1995, em 2004, os pediatras eram menos propensos a acreditar que os benefícios

da amamentação superavam as dificuldades ou inconveniências (odds ratio ajustado 0,60; IC 95%: 0,47-0,76), um menor número destes profissionais acreditava que quase todas as mães são capazes de ter sucesso no aleitamento. Além disso, observaram que houve aumento no número de pediatras que relataram razões para contraindicar a amamentação. Contudo, os pediatras foram mais propensos a recomendar o AME (odds ratio ajustado 1,55; IC 95% 1,23-1,94) e seguir as políticas hospitalares de apoio.²⁷

Ramakrishnan et al. realizaram um estudo longitudinal com 1602 mães, entre os anos de 2005 e 2007, com o objetivo de determinar a associação entre a percepção materna das atitudes dos profissionais de saúde (obstetra e pediatra), com relação a alimentação no período neonatal e AME em 1, 3 e 6 meses. Observaram significativo aumento nas taxas de AME até o terceiro mês, quando houve a percepção materna de que o pediatra e/ou obstetra manifestou-se a favor do AME, quando comparadas àquelas que tiveram a percepção de que o seu profissional havia se posicionado de forma neutra sobre o tema. Esta associação não foi estatisticamente significativa aos 6 meses.²⁸

É indiscutível a importância da atuação dos profissionais de saúde para o sucesso da amamentação. Cabe a estes profissionais a tarefa de ouvir, entender e esclarecer cada mãe sobre suas crenças e tabus, tornando, assim, o ato de amamentar um prazer e não o contrário.

1.3 JUSTIFICATIVA

Motivada pela importância da amamentação exclusiva, pelas suas baixas taxas no Brasil e no mundo, pela diversidade de seus fatores determinantes, pelo número limitado de estudos e pela escassez de dados sobre a influência do pediatra na duração desta prática, foi realizada a presente pesquisa, que pretende contribuir para a aquisição de novos conhecimentos úteis para o planejamento de ações de promoção ao aleitamento materno.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo principal

Verificar a influência do pediatra no sucesso do AME aos três e seis meses de vida, em recém-nascidos a termo, submetidos à cesariana eletiva.

1.4.2 Objetivos específicos

- Analisar a relação do pediatra com a prescrição de complemento no primeiro dia de vida e sua repercussão com AME aos três e seis meses de idade.
 - Verificar a associação do pediatra com o uso de chupeta e mamadeira.
 - Verificar a associação do uso de chupeta e mamadeira à amamentação exclusiva.
 - Verificar a associação do retorno das mães ao trabalho e o AME no sexto mês de vida.
-

1.5 REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: how much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases: a pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet*. 2000 Feb 5;355(9202):451-5.
 2. Victora, CG, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987 Aug 8;2(8554):319-22.
 3. Brown KH, Black RE, Lopez de Romaña G, et al. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*. 1989 Jan;83(1):31-40.
 4. POPKIN BM, et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 1990 Dec;86(6) 874-82.
 5. Victora, CG, et al. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. *Bull. Bull World Health Organ*. 1992;70(4):467-75.
 6. Cesar JA, et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during post-neonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ*. 1999 May 15;318(7194):1316-20.
 7. Albernaz EP, Menezes AM, Cesar JA. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):485-93
 8. Teele DW, Klein JO, Rosner, B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *J Infect Dis*. 1989 Jul;160(1):83-94.
 9. Hauck FR, et al. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2011 Jul;128(1):103-10.
 10. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care*. 1994 Jan;17(1):13-9.
 11. Medeiros, JS, Rivera, MAA, Benigna MJC, et al. Estudo de caso-controle sobre exposição precoce ao leite de vaca e ocorrência de Diabetes Mellitus tipo I em Campina Grande, Paraíba. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife*, 2003, jul./set;3(3):271-80.
 12. Horta, B. L. et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic re-views and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.
-

13. Dewey, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? *J Hum Lact.* 2003 Feb;19(1):9-18.
 14. Bener A, Hoffmann GF, Afify Z, Rasul K, Tewfik I. Does prolonged breastfeeding reduce the risk for childhood leukemia and lymphomas? *Minerva Pediatrica.* 2008 Apr;60(2):155-61.
 15. Klement E, Cohen RV, Boxman J, et al. Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2004 Nov;80(5):1342-52.
 16. Van Odijk J, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy.* 2003 Sep;58(9):833-43.
 17. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr.* 2000;76(3): S253-S62.
 18. COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epi- demiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2000 Jul 20;360(9328):187-95.
 19. _____. Infant and young child nutrition. Fifty-Fourth World Health Assembly. WHA54.2, 18.May. 2001
 20. _____. Department of nutrition for health on development. Department of child and adolescent health and development. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation. WHO/FCH/CAH/01.24. Switzerland: 2002.
 21. 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 – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
 22. 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 – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
 23. Issler R, Giugliani E, Sefrin C, et al. Fatores de risco para o término precoce da amamentação em Porto Alegre. In: XXVI Congresso Brasileiro de Pediatria, 1989, Belo Horizonte. Resumo de Temas Livres. Belo Horizonte. Sociedade Mineira de Pediatria, 1989.
 24. Teruya KM, Bueno LG, Venâncio SI, et al. Monitoramento da situação do aleitamento materno na cidade de Santos, SP: Uma comparação entre 1997 e 2002. In: 32º Congresso Brasileiro de Pediatria, 10º Congresso de Pediatria de
-

- São Paulo,2003, São Paulo. Resumo de Temas Livres. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2003, p. OR858.
25. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, et al. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1998 Jun;32(3):225-31.
 26. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrál AS, et al. Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs. *Pediatrics* 2005 Feb; 115(2):e139-46.
 27. Feldman-Winter LB, Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians and the Promotion and Support of Breastfeeding. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(12):1142-9.
 28. Ramakrishnan R, Oberg CN, Kirby RS. The Association between Maternal Perception of Obstetric and Pediatric Care Providers' Attitudes and Exclusive Breastfeeding Outcomes. *J Hum Lact*. 2014 Feb;30(1):80-7.
 29. Castro LMCP, Araújo LDS. Aspectos socioculturais da amamentação. In: ALEITAMENTO materno: manual prático. 2. ed. Londrina: PML, 2006. p. 41-9.
 30. _____. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007a.
 31. Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: STUART-MACADAM, P.; DETTWYLLER, K. A. (Eds.). *Breast-feeding: biocultural perspectives*. New York: Aldine de Gruyter, 1995. p. 39-73.
 32. Kramer MS, Kakuna R. The optimal duration of exclusive breast-feeding. A systematic review. WHO/FCH/CAH/01.03. Switzerland: World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development, 2002.
 33. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Série A Normas e Manuais técnicos. Brasília, 2005.
 34. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the human milk. *Pediatrics*, New York, v. 100; p. 1035-9, 1997.
 35. SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE ON NUTRITION (SACN). Optimal duration of exclusive breastfeeding and introduction of weaning. Department of Health, United Kingston. SACN/01/07. 2001a
 36. Jones G. et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003 Jul 5;362(9377):65-71.
-

37. Edmond KM, et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006 Mar;117(3):e380-6.
 38. Stuebe AM et al. Duration of lactation and incidence of Type 2 Diabetes. *JAMA*. 2005 Nov 23;294(20):2601-10.
 39. Haisma H, et al. Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. *J Nutr*. 2005 Aug;135(8):1889-95.
 40. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999 Oct;70(4):525-35.
 41. Moura EC. Nutrição. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação. Bases Científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 60-87, cap. 6.
 42. Carvalho GD. Amamentação e o sistema estomatogmático. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação. Bases Científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 37-49, cap. 4.
 43. Baldrigui S, Pinzan A, Zwicker, CV, et al. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofaciais e ortodônticas. *Rev Dent Press Ortod Facial*. 2001;6:111-21.
 44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)
 45. Sousa PLR et al. The decline in breast-feeding in Brazil. *J Trop Pediatr*. 1975;21(4): 212-3.
 46. Zuniga HPP, Monteiro CA. Uma nova hipótese para a ascensão da mortalidade infantil na cidade de São Paulo nos anos 60. In: MONTEIRO, C. A. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 157-73.
 47. Leão MM, et al. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. p. 97-110.
 48. Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev. Bras. Epidemiol*. 1998;1(1): 40-9.
 49. SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças. 1996. Rio de Janeiro, 1997. p. 125-38.
-

-
50. Segall-Correa A AM, et al. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, 2009.
 51. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: Unicef, 1997. (Cadernos de Políticas Sociais. Série Documentos para Discussão).
 52. _____. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, 2001.
 53. Xiaodong C, Tessa W, David WB. Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* 2012, 7:12 doi:10.1186/1746-4358-7-12. Disponível em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/7/1/12>.
 54. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação. Bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 11-24. cap. 2.
 55. Montrone VG, Arantes CL. S. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. *J Pediatr.* 2000;72(.2):138-42.
 56. Gonçalves FM, Rosa SF, Silveira FJF. Situação do aleitamento materno no município de Moema, MG. In: 32º Congresso Brasileiro de Pediatria, 10º Congresso de Pediatria de São Paulo, 2003, São Paulo. Resumo de Temas Livres. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2003: PO265.
 57. Silveira FJF, Botelho CBS, Sant'anna DS, Muritiba , et al. Situação do aleitamento materno em crianças com até 24 meses de idade na área de abrangência da equipe Boa Vista, em Contagem- MG. In: 32º Congresso Brasileiro de Pediatria, 10º Congresso de Pediatria de São Paulo, 2003, São Paulo. Resumo de Temas Livres. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2003: OR799.
 58. Kitoko PM, Réa MF, Venâncio SI, et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saude Publica.* 2000 out.-dez;16(4): 1111-9.
 59. Lamounier JA, Tapsoba LP, Nisembaum R. Aspectos relacionados com o aleitamento materno entre imigrantes latinas. In: XXVII Congresso Brasileiro de Pediatria, 1991, Porto Alegre. Resumo de Temas Livres. Porto Alegre, Sociedade Brasileira de Pediatria/ Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. 1991: AO/43.
 60. Audi CAF, Corrêa MS, Latorre MSDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes de até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1998. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2003;3(1):85-93.
 61. Passos MC, Lamounier JA, Silva CA, et al. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Ver. Saúde Pública.* 2000;34(6) 617-22.
-

62. Marques NM, Lira PIC, Lima MC, et al. Breastfeeding And Early Weaning Practices In Northeast In Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics*. 2001 Oct;108(4):E66.
 63. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, et al. Evolução do padrão do aleitamento materno. *Rev. Saúde Pública*. 2000;34(6):143-8.
 64. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática de amamentação infantil no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev. Bras Epidemiologia*. 1998;1(1):40-9.
 65. Lawoyin TO, Onadeko MO, Olawuyi JF. Factors associated with exclusive breastfeeding in Ibadan, Nigeria. *J Hum Lact*. 2001 Nov;17(4):321-5.
 66. Santiago LB, Betiol H, Barbieri MA, et al. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr*. 2003;79(6): 504-12.
 67. Suarez Gil P, Lorenzo JA, Diaz AL, et al. Prevalencia y duración de la lactancia materna em Astúrias. *Gac Sanit*. 2001 Mar-Apr;15(2):104-10
 68. Gomes MASM, Brasil CLP, Damião JJ, et al. Monitoramento da prevalência do Aleitamento materno em menores de um ano, 1996-2000. . In: XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia, 2001, Florianópolis. *Anais. Florianópolis, Sociedade Brasileira de Pediatria/ Sociedade Catarinense de Pediatria, 2001, p. 199.*
 69. Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo-peso. In: XXVI Congresso Brasileiro de Pediatria, 1989, Belo Horizonte. *Resumo de Temas Livres. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria/ Sociedade Mineira de Pediatria, 1989, p.58.*
 70. Caldeira AP. Estudo da situação do aleitamento materno na zona urbana de Montes Claros (MG), 1996. 1998. Tese. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
 71. Unmarino M, Albano F, De Marco G, et al. Short duration of breastfeeding and early introduction of cow's milk as a result of mothers' low level of education. *Acta Paediatr*. 2003; Suppl 441:S12-7.
 72. Praetzel JR, Saldanha MJQ, Pereira JES, Guimarães MB. Relação entre o tipo de aleitamento e o uso de chupeta. *JBP, J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê*; 2002 Maio-Jun;5(25):235-40.
 73. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, et al. Uso de chupeta e sua relação com desmame precoce em populações de crianças nascidas em hospital amigo da criança. *J Pediatr*. 2003;79(4):309-16.
 74. Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, et al. Breastfeeding Patterns In Relation To Thumb Sucking and pacifier use. *Pediatrics*. 1999 Mar;104(4):10.
-

75. Howard CR, Howard FM, Lamphear B, et al. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*. 1999 Mar;103(3):E33.
 76. Karabulut E, Yalçın SS, Ozdemir-Geyik P, Karaagaoglu E. Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. *Turk J Pediatr*. 2009 Jan-Feb;51(1):35-43.
 77. Parizoto, G. M.; Parada, C. M.; Venâncio, S. I.; Carvalhaes, M. A. Trends And Patterns Of Exclusive Breastfeeding For Under-6-Month-Old Children. *J Pediatr*. 2009; 85: 201-8.
 78. Kronborg, H.; Vaeth, M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth*. 2009 Mar;36(1) 34- 42.
 79. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009 Apr;163(4):378-82
 80. Fein, S. B. Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *J Pediatr*. 2009; 85: 181-2.
 81. United Nations Children's Fund- UNICEF. The global criteria for the WHO/ UNICEF Baby- Friendly Hospital Initiative. New York, NY: UNICEF; 1992.
 82. WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children's Fund). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services (a joint WHO/ UNICEF statement). *Int J Gynecol Obstet*. 1990;31(1):171-83.
 83. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr*. 1995;126:125-9.
 84. Rocha NM, Martinez FE, Jorge SM. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. *J Hum Lact*. 2002;18:132-8.
 85. WHO (World Health Organization). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Ed. Revised Geneva; 1998. (WHO/CHD/98.9).
 86. Pedras CTPA, Pinto EALC, Mezzacappa MA. Cup And bottle feeding and breastfeeding in preterm and term infants: a systematic review. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. Recife, 2008 abr./jun;8(2):163-9.
 87. Belisan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999 Nov 27;319(7222):1397-400.
 88. Francome C, Savage W, Churchill H, Lewison H. *Caesarean birth in Britain*. 1 ed. London: Middlesex University Press;1993.
-