

Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010

doi: 10.5123/S1679-49742012000300008

Prevalence of exclusive breastfeeding until the age of six months and maternal characteristics associated, in coverage area of a Family Health Unit in the Municipality of Pelotas, State of Rio Grande do Sul, Brazil, 2010

Ana Maria Siga Stephan

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

Marina Neves Cavada

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

Cínara Zacca Vilela

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: verificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) até a idade de seis meses, características maternas associadas e motivos para desmame precoce. **Métodos:** estudo transversal realizado em uma unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, entre setembro e dezembro de 2010, mediante entrevistas domiciliares com mães de crianças de seis meses a dois anos de idade, inscritas no programa de puericultura. **Resultados:** das 173 crianças inscritas, foram encontradas 95 mães; a prevalência de AME foi de 33,7%; após análise ajustada, nenhuma variável permaneceu associada ao desfecho; os motivos relatados para o desmame foram diminuição da produção do leite e recusa da criança para mamar. **Conclusão:** até o sexto mês, o AME foi pouco praticado entre as mães participantes; quase metade das crianças (45,0%) não foram localizadas, limitando os resultados do estudo, embora a prevalência encontrada seja semelhante à de outros estudos.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Desmame; Saúde da Criança; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to verify prevalence of exclusive breastfeeding until the age of six months, associated maternal characteristics and reasons for early weaning. **Methods:** cross-sectional study performed in a Family Health unit, in the municipality of Pelotas, state of Rio Grande do Sul, Brazil, from September to December of 2010, through home interview with mothers of children ranging from six months to two years, enrolled in the childcare program. **Results:** from 173 enrolled children, 95 mothers were interviewed; the prevalence of exclusive breastfeeding until the age of six months was 33.7%; after adjusted analysis, no variable remained associated with the outcome; the most frequent reported reasons for an early weaning were reduction on milk production and child rejection to nurse. **Conclusion:** until sixth month, exclusive breastfeeding was little practiced among the interviewed mothers; almost half of the children (45.0%) were not found, which limits the study's results, although the found prevalence was similar to other studies.

Key words: Breastfeeding; Early Weaning; Child Care; Cross-Sectional Studies.

Endereço para correspondência:

Rua São Borja, 471, Laranjal, Pelotas-RS, Brasil. CEP: 96090-660
E-mail: anasstephan@gmail.com

Introdução

O aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida é uma forma inigualável de fornecer o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança, e parte integral do processo reprodutivo, tendo importantes implicações para a saúde materna. Como recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), as crianças deveriam ser amamentadas exclusivamente pelos primeiros seis meses de vida; e as mães deveriam ter acesso a suporte qualificado para iniciar e manter o aleitamento exclusivo por seis meses, assim como ter assegurado o momento certo de introdução da alimentação complementar adequada, enquanto continuam amamentando até os dois anos ou mais de idade da criança.¹

Assegurar a amamentação exclusiva e a preocupação com o desmame precoce são dois aspectos prioritários nas agendas de Saúde Pública; porém, não obstante os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado pela OMS e Ministério.²

O aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida é uma forma inigualável de fornecer o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança.

A IIª Pesquisa Nacional de Aleitamento Materno, realizada nas capitais e Distrito Federal em 2010, mostrou que a prevalência média nacional de AME é de 41,0%, embora nos municípios que participaram da pesquisa, o tempo de AME seja bastante variável. Na Região Sul, as capitais apresentaram prevalências acima da média nacional e todos os municípios pesquisados tiveram prevalências inferiores à média nacional.³

A Estratégia Saúde da Família foi implantada com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde no Brasil, assumindo atividades de promoção e prevenção como ações prioritárias. O incentivo ao aleitamento materno na promoção da saúde materno-infantil é uma das principais ações dos profissionais da Atenção Básica.⁴

Com o propósito de subsidiar ações locais de incentivo ao AME, o objetivo desse estudo foi verificar a duração

do aleitamento materno exclusivo, identificar as características maternas associadas ao aleitamento exclusivo até os seis meses e divulgar os motivos relatados pelas mães para o desmame em comunidade assistida por unidade de Saúde da Família, no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2010.

Métodos

Estudo transversal, realizado em uma unidade de Saúde da Família (USF) do município de Pelotas-RS, que possui 52 unidades básicas de saúde, 17 delas USF.

A USF onde o estudo foi conduzido atende uma clientela adstrita, de cerca de 12 mil pessoas pertencentes à classe de menor poder aquisitivo. Sua área de atuação encontra-se em um bairro com várias moradias de aluguel, o que contribui para a característica flutuante da população. Trabalham na USF quatro equipes, cada uma composta por médico, enfermeiro, auxiliar de saúde e quatro a cinco agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde, não pertencentes às equipes de ESF, exercem suas atividades na mesma USF: dois dentistas, uma assistente social e uma nutricionista. A unidade conta, ainda, com quatro equipes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, formadas por alunos dos cursos de medicina, nutrição, odontologia e enfermagem estagiários na unidade, sob a supervisão de preceptores do quadro de trabalhadores da USF.

O Programa de Puericultura da USF atende as crianças recém-nascidas de mães que fizeram o pré-natal na USF ou em outro serviço de saúde, desde que moradoras na área de abrangência da unidade. O cadastramento das crianças no Programa é realizado mediante o preenchimento do cartão de crescimento, armazenado em arquivo próprio e atualizado a cada consulta.

A população do estudo constituiu-se de todas as crianças que se encontravam na faixa etária de seis meses a dois anos de idade, completados até 31 de julho de 2010, cadastradas no Programa de Puericultura da USF, excluídas aquelas crianças com informação de troca de endereço registrada na ficha do programa. A escolha da faixa etária justifica-se pelo objetivo do estudo: verificar AME até o sexto mês. Desse modo, foram excluídas as crianças menores, e o limite superior de dois anos de idade foi estabelecido para minimizar

erros recordatórios. As crianças foram identificadas e selecionadas a partir do arquivo do Programa de Puericultura, segundo esses critérios.

As entrevistas domiciliares com as mães das crianças selecionadas foram realizadas por duas alunas do PET-Saúde, no período de setembro a dezembro de 2010, utilizando questionário elaborado para investigar as seguintes variáveis de exposição:

- sexo da criança;
- peso ao nascer (até 2.500g e acima de 2.500g);
- tipo de parto (normal ou cesariana);
- idade gestacional (até 37 semanas e acima de 37 semanas de gestação);
- realização de pré-natal (sim ou não) e serviço onde realizou o pré-natal (na unidade básica de saúde do estudo ou em outro local);
- idade da mãe (até 21 anos e 22 anos ou mais);
- cor da mãe observada (branca e não branca);
- escolaridade em anos completos de estudo (até 8 anos e acima de 8 anos);
- trabalho fora de casa (sim ou não);
- ter ou não companheiro;
- com quem mora na residência (somente com os filhos; companheiro e filhos; filhos e outros familiares; companheiro, filhos e outros familiares);
- número de filhos (um filho ou mais de um);
- renda familiar em salários mínimos (até 1 e acima de 1 salário mínimo);
- intervalo entre as duas últimas gestações (única gestação, até dois anos e acima de dois anos de intervalo); e
- tabagismo (sim ou não).

O desfecho foi o tempo de aleitamento materno exclusivo – AME – definido como o número de meses em que a criança recebeu apenas leite materno e nenhum outro alimento ou líquido adicional. Para as mães que aleitaram por menos de seis meses, foram perguntados os motivos da introdução de alimentação artificial.

O cálculo da estimativa do tamanho da amostra levou em conta uma população de 179 crianças, prevalência de aleitamento de 30,0% e erro amostral de 5,0%, sendo necessárias 156 pessoas, com um nível de confiança de 99,9%.

Os dados foram digitados no programa Epi Info 6.0, a análise bruta foi realizada no programa SPSS 13.0 e a análise ajustada, no Stata 9.0. As associações entre as variáveis e o desfecho foram investigadas pelas razões de prevalência, com cálculo dos respectivos intervalos

de confiança e análise da significância estatística pelo teste do qui-quadrado de Pearson e por tendência linear.

A análise ajustada foi realizada utilizando-se a regressão de Poisson, com as variáveis cuja associação com o desfecho apresentou valor de $p \leq 0,20$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL): Ofício nº 36/10, de 31 de agosto de 2010. As mães participantes assinaram um 'Termo de consentimento livre e esclarecido'.

Resultados

Das 179 crianças na faixa etária do estudo inscritas no Programa de Puericultura, foram localizadas 95. A maioria, certamente, havia mudado de endereço ou a mãe havia fornecido o endereço de algum familiar morador da área de abrangência da unidade de saúde.

A análise mostrou que 32 mães amamentaram até o sexto mês, o que corresponde a uma prevalência de 33,7% (IC_{95%}: 24,2-43,2). Entre as mães entrevistadas, 70,5% tinham mais de 21 anos de idade, 71,6% eram de cor branca, 56,8% referiam até 8 anos de estudo, 80,0% tinham companheiro, 75,8% não trabalhavam fora de casa e 42,1% apresentavam renda familiar até 1 salário mínimo (Tabela 1).

Todas as mães que participaram do estudo haviam realizado pré-natal, 57,9% delas na USE, 60% das crianças eram do sexo masculino, 54,7% eram nascidas de parto normal, 89,5% apresentavam peso acima de 3.000g e 90,5% idade gestacional acima das 37 semanas. Para 46,3% das mulheres, era o único filho; e 37,9% daquelas com mais de um filho tiveram intervalo de tempo entre as duas últimas gestações acima de dois anos. A maioria das mães – 72,6% – era não fumante (Tabela 1).

Na análise bruta, encontrou-se associação ao AME até os seis meses em a) mães com 22 anos ou mais de idade e b) com renda superior a um salário mínimo. Mães que moravam com outros familiares, além de companheiro e filhos, amamentaram por um período maior, embora o teste não tenha apresentado significância estatística (Tabela 1).

Após análise ajustada, nenhuma variável permaneceu associada ao desfecho (Tabela 2).

Os motivos mais frequentes para o desmame, relatados pelas mães, foram: não tinha leite/leite fraco ou pouco; a criança não quis mamar; e a mãe preferiu não amamentar (Tabela 3).

Tabela 1 - Frequências das características da amostra de crianças e sua associação com a prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses, em área coberta pela Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010^a

Variáveis	N (%)	Prevalência %	Razão de prevalência IC _{95%}	Valor p
Sexo da criança				0,72
Feminino	38 (40,0)	31,6	1,0	
Masculino	57 (60,0)	35,1	1,05 (0,79-1,41)	
Peso ao nascer (em gramas)				0,74
Até 2.500	11 (11,6)	27,3	1,0	
Acima de 2.500	84 (88,4)	34,5	1,11 (0,65-1,65)	
Idade gestacional				0,98
37 semanas ou menos	9 (9,5)	33,3	1,0	
Acima de 37 semanas	86 (90,5)	33,7	1,01 (0,38-2,67)	
Tipo de parto				0,83
Cesariana	43 (45,3)	32,6	1,0	
Normal	52 (54,7)	34,6	1,03 (0,77-1,37)	
Pré-natal				0,50
Na unidade de Saúde da Família	55 (57,9)	30,9	1,0	
Em outro serviço	40 (42,1)	37,5	1,21 (0,69-2,13)	
Idade da mãe				0,03
Até 21 anos	28 (29,5)	17,9	1,0	
22 anos ou mais	67 (70,5)	40,3	1,38 (1,06-1,79)	
Cor				0,59
Não branca	27 (28,4)	29,6	1,0	
Branca	68 (71,6)	35,3	1,09 (0,80-1,47)	
Escolaridade (em anos de estudo)				0,93
Até 8	54 (56,8)	33,3	1,0	
Acima de 8	41 (43,2)	34,1	1,02 (0,58-1,81)	
Trabalha fora de casa				0,90
Não	72 (75,8)	33,3	1,0	
Sim	23 (24,2)	34,8	1,02 (0,73-1,44)	
Tem companheiro				0,44
Não	19 (20,0)	26,3	1,0	
Sim	76 (80,0)	35,5	1,14 (0,83-1,57)	
Mora com				0,13
Filho(s)	5 (5,3)	20,0	1,0	
Companheiro e filho(s)	59 (62,1)	28,8	1,12 (0,70-1,79)	
Filho(s) e outros familiares	18 (18,9)	33,3	1,20 (0,69-2,07)	
Companheiro, filho(s) e outros familiares	13 (13,7)	61,2	2,08 (0,92-4,70)	
Renda da família (em salários mínimos)				0,05
Até 1 salário mínimo	40 (42,1)	22,5	1,0	
Acima de 1 salário mínimo	55 (57,9)	41,2	1,33 (1,01-1,76)	
Número de filhos				0,94
Mais de um	51 (44,2)	33,7	1,0	
Um filho	44 (46,3)	34,1	1,01 (0,76-1,35)	
Intervalo entre as duas últimas gestações				0,80
Gestação única	44 (46,3)	34,1	1,0	
Até 2 anos	15 (15,8)	26,7	0,90 (0,62-1,30)	
Acima de 2 anos	36 (37,9)	36,1	1,03 (0,75-1,43)	
Tabagismo				0,90
Não	69 (72,6)	33,3	1,0	
Sim	26 (27,4)	34,6	1,02 (0,74-1,41)	

a) N = 95

Tabela 2 - Análise ajustada, com as variáveis de valor $p \leq 0,20$, por regressão de Poisson, das características associadas ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, em área coberta pela Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010^a

Variável	Razão de prevalência	IC _{95%}	Valor p
Idade da mãe			0,42 ^b
Até 21 anos	1,00		
22 anos ou mais	1,17	0,78-1,75	
Mora com			0,89
Filho(s)	1,00		
Companheiro e filho(s)	1,04	0,45-2,43	
Filho(s) e outros familiares	1,09	0,44-2,72	
Companheiro, filho(s) e outros familiares	1,27	0,50-3,22	
Renda da família (em salários mínimos)			0,55
Até 1 salário mínimo	1,00		
Acima de 1 salário mínimo	1,12	0,77-1,61	

a) N = 95

b) Teste de heterogeneidade

Tabela 3 - Frequência das respostas maternas à pergunta sobre os motivos do desmame precoce, em área coberta pela Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010^a

Motivo do desmame	N	%
Não tinha leite/leite fraco ou pouco	25	26,3
Criança não quis mamar	12	12,6
Mãe preferiu não amamentar	8	8,4
Recomendação médica	6	6,3
Trabalho materno	5	5,3
Lesões ou dor nas mamas	4	4,2
Hospitalização da criança	3	3,2

a) N = 63

Discussão

Neste estudo, realizado em área de abrangência de uma unidade de Saúde da Família, a prevalência de AME aos seis meses e os motivos alegados pelas mães para o desmame não foram diferentes dos resultados encontrados em outros locais. A prevalência observada

de aleitamento exclusivo aos seis meses foi semelhante à encontrada por Faleiros e colaboradores em 2002, em área de abrangência de uma unidade de Atenção Básica de Pelotas-RS: as crianças daquele estudo também foram selecionadas a partir dos registros do Programa de Puericultura e a duração da amamentação exclusiva foi calculada por análise de sobrevivência,

desde o nascimento até os seis meses: nesta idade, 35,0% das crianças encontravam-se recebendo leite materno exclusivo.⁵

Embora a recomendação da OMS tenha sido adotada pelo Brasil e vários países, AME até o sexto mês não é – com raras exceções – praticado pelas mulheres, sejam elas de países desenvolvidos ou em desenvolvimento. No Reino Unido, menos de 2,0% das mulheres amamentam exclusivamente até o sexto mês. A prevalência de AME em um país como o Vietnã é de 15,5%, no Timor-Leste, é de 30,7%, e nas Filipinas, de 33,7%.⁶

Artigo recente, de Mary Fewtrell e colaboradores, discutiu as evidências que embasaram a recomendação da OMS para o aleitamento exclusivo por seis meses, além de sugerir a introdução de alimentos sólidos entre o quarto e o sexto mês, ao menos para crianças de países desenvolvidos. A recomendação dos autores estava fundamentada em resultados de estudos que mostraram, nas crianças aleitadas exclusivamente por seis meses, maior deficiência de ferro, maior tendência a alergias alimentares e ocorrência de doença celíaca. Os mesmos autores sugeriram a realização de estudos randomizados que venham a apresentar novas evidências de apoio a uma mudança na política nutricional mundial.⁷ Cabe ressaltar que o artigo referido abordou a introdução mais precoce de alimentos sólidos e a manutenção do aleitamento materno, enquanto no presente estudo, como em outros realizados no Brasil,^{5,8,9} o que se tem observado é a interrupção do aleitamento materno e a substituição por outro leite, além da introdução precoce de outros alimentos, por vezes inadequados.

Estudo conduzido por Victora e colaboradores¹⁰ constatou: crianças que não recebiam leite materno tinham maiores riscos de morrer por diarreia (risco 14,2 vezes maior), doenças respiratórias (risco 3,6 vezes maior) e outros tipos de infecções (risco 2,5 vezes maior) quando comparadas às que recebiam apenas leite materno, sem complementos.

Estudo realizado no Reino Unido, utilizando dados de uma coorte de 15.980 crianças, avaliou a introdução de alimentos sólidos e a amamentação com o risco de hospitalizações por infecções. O risco mensal de hospitalização foi significativamente menor em crianças amamentadas, comparadas àquelas que receberam fórmulas lácteas. O risco de hospitalização, entretanto, não foi maior entre

as crianças que receberam alimentos sólidos, comparadas às que não o receberam, e não houve variação desse risco com a idade de introdução da alimentação complementar.¹¹

Os dados encontrados na literatura, supracitados, mostram que as mulheres reconhecem a importância da amamentação mas não a relevância de sua exclusividade até o sexto mês.^{12,13} Estudos recentes que sugerem a introdução de alimentos sólidos entre o quarto e o sexto mês admitem que se adote uma atitude mais flexível quanto à duração do AME, desde que asseguradas a manutenção do aleitamento e a introdução de alimentos sólidos adequados. Não se pretende desconsiderar a recomendação da OMS, todavia a melhor para países em desenvolvimento, como também não se deve ignorar que anos de campanha em prol do AME até o sexto mês não tenham modificado a atitude das mães.

Uma limitação do estudo foi o grande número de perdas: 45,0% das crianças não foram localizadas pelo estudo porque suas mães não foram encontradas no endereço cadastrado nas fichas do Programa de Puericultura. Uma das funções dos agentes de comunitários de saúde é a atualização periódica do cadastro dos moradores de sua área de abrangência. Na unidade de saúde onde o estudo foi realizado, a regularidade dessa atualização está prejudicada pela falta desses agentes, o que dificulta a cobertura de algumas áreas e comunidades. O pequeno tamanho da amostra (n=95) reduz o poder do estudo: não permite a detecção de diferenças estatisticamente significativas que apareceriam com prevalências semelhantes, caso a amostra fosse maior. Com o 'n' disponível, espera-se que não se encontrem diferenças estatisticamente significativas na análise ajustada.

Apesar de pequeno, o tamanho da amostra permitiu observar dados que indicam a mesma tendência demonstrada em outros estudos:^{8,14,15} crianças nascidas de mães com mais idade e melhor renda, portanto com maior experiência e conhecimento acerca da amamentação, tiveram maior chance de serem amamentadas exclusivamente até os seis meses. Da mesma forma, o fato de as mulheres mais jovens amamentarem seus filhos por menos tempo pode-se atribuir a sua inexperiência ou despreparo, e conseqüentemente, maior susceptibilidade às tendências e pressões do meio no sentido da interrupção da amamentação.⁹ A associação de renda baixa e

desmame expõe as crianças a outros fatores, que aumentam a morbimortalidade infantil.

Alguns autores descrevem a influência do estresse sobre a lactação^{12,13} como causa da diminuição da produção do leite. Em condições de estresse, o organismo da mãe aumenta a liberação de adrenalina, que provoca vasoconstrição generalizada, interferindo no acesso à mama dos hormônios envolvidos na produção do leite. Assim, o desmame precoce pode ser um efeito adverso do enfrentamento de situações estressantes. A pouca experiência das mulheres mais jovens, a sobrecarga de afazeres domésticos sem apoio e o tempo demandado pelo aleitamento exclusivo são algumas das dificuldades geradoras de estresse relatadas pelas mulheres.¹⁶

Ao se observar os motivos para o desmame alegados pelas mulheres entrevistadas, percebe-se, entre os mais frequentes, falta de leite, leite fraco ou pouco, a criança não querer mamar e a mãe preferir não amamentar, situações possivelmente associadas

à falta de preparo dos profissionais de saúde para orientar as mães sobre os procedimentos a serem adotados, especificamente relacionados à estimulação da produção de leite.

O presente estudo e seus resultados sugerem que as equipes de Saúde da Família sejam capacitadas para melhorar seu desempenho na promoção do aleitamento materno exclusivo, tanto nos aspectos técnicos relacionados à lactação como no desenvolvimento de um olhar atento aos aspectos emocionais e da cultura familiar, da rede social de apoio à mulher e outros, reconhecendo a mulher como protagonista do processo de amamentar.²

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram da elaboração do projeto, da análise dos dados e da redação do artigo.

Vilela CZ e Cavada MN foram responsáveis pela coleta dos dados.

Referências

1. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization. Geneva: World Health Organization. United Nations Children's Fund; 2003.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (acessado em 10 de maio de 2011). Disponível em dab.saude.gov.br/atencao_basica.php.
5. Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque PA Jr, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(2):482-489.
6. Reilly JJ, Wells JC. Duration of exclusive breast-feeding: introduction of complementary feeding may be necessary before 6 months of age. The British journal of nutrition. 2005; 94(6):869-872.
7. Fewtrell M, Wilson DC, Booth I, Lucas A. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? BMJ: British medical journal. 2011; 342:c5955.
8. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. Jornal de pediatria. 2006; 82(4):289-294.
9. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. Jornal de Pediatria. 2007; 83(3):241-246.
10. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet. 1987; 2(8554):319-322.
11. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Infant feeding, solid foods and hospitalization in the first 8 months after birth. Archives of Disease in Childhood. 2009; 94:148-150.
12. Lana APB. O Livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica

- comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.
13. Osório CM, Queiroz ABA. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2007; 11(2):261-267.
 14. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *Jornal de Pediatria*. 2010; 86(5):441-444.
 15. Joca MT, Barros SKS, Oliveira RL, Monteiro MAA, Pinheiro AKB. Fatores que contribuem para o desmame precoce. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2005; 9(3):356-364.
 16. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *Journal of Nutrition*. 2001; 131(1):3012S-3015S.

Recebido em 19/09/2011
Aprovado em 23/06/2012