

Introducción

Es notorio que la práctica de la lactancia materna (LM) está asociada a buenas condiciones de salud infantil, con un efecto primordial en la reducción de la incidencia y gravedad de las enfermedades más prevalentes en la niñez, así como de la mortandad infantil⁽¹⁻²⁾. Igualmente, ya se ha constatado su efecto positivo en el coeficiente intelectual, desempeño escolar e ingreso en la edad adulta, que se traducen en ventajas para las familias y la sociedad⁽³⁻⁴⁾.

A pesar de los numerosos beneficios, la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes todavía no alcanza el 40% de los niños a nivel mundial⁽⁴⁾. Esto también ocurre en Brasil, donde la prevalencia de la LME en menores de seis meses se mantiene en el 41%, valor superior a los 3% de la década de 1980, que sin duda es una consecuencia de la inversión en políticas públicas de promoción de la LM, que resultaron en mejoras considerables en los indicadores en el país. La mediana de duración de la LM también aumentó de 2.5 meses en 1975, para 11.3 meses en 2008⁽⁵⁾; pero permanece lejos de los 20 meses, que caracterizan el nivel satisfactorio⁽⁶⁾.

Los avances en los indicadores de LM presentan un comportamiento bastante heterogéneo entre las capitales y regiones de Brasil. La prevalencia de la LME en menores de seis meses varía de 27% en Cuiabá al 56%, en Belém, con una mediana de duración de 0.7 a 88.8 días, respectivamente. La duración de la LM, a su vez, oscila de 293 días (3.1 meses) en São Paulo, a 601 días (20 meses) en Macapá⁽⁷⁾.

Tal comportamiento tan diverso refuerza la necesidad de realizar investigaciones locales para la evaluación y monitoreo de sus propios indicadores y determinantes, pues el establecimiento y la mantenimiento de la LM se ven influenciados por las características socioeconómico-culturales, familiares, maternas e infantiles de cada población, tales como ingreso familiar, edad, escolaridad, situación conyugal y trabajo materno, sexo, peso al nacer, orden de nacimiento y uso de chupón⁽⁸⁻¹⁰⁾. Además, se constató que la práctica de la LM de igual manera se determina según las acciones incentivas a la LM en la atención prenatal, maternidad y puericultura⁽¹¹⁾.

En esta perspectiva, al inicio de la década del 2000, en un estudio desarrollado en un pequeño municipio del Estado de São Paulo, se identificó una prevalencia de LM de 41% en los menores de 24 meses, y de LME en

el 13% de los menores de seis meses, con una mediana de duración de 7.2 meses de LM y sólo de 28 días de LME. Fueron determinantes de menor mediana de LM: primogénito y uso de chupón⁽¹²⁾. Ante la implementación de políticas públicas de promoción, protección y apoyo a la LM y expansión de la atención básica ocurridas en la última década, y de la realización de un nuevo estudio sobre las condiciones de salud y nutrición en el mismo municipio, se consideró pertinente y oportuno analizar los cambios ocurridos en la prevalencia, mediana de duración y determinantes de la duración del LM entre 2001 y 2013; esto constituyó el objetivo de este estudio.

El estudio se llevó a cabo con base en la hipótesis de que la prevalencia y la mediana de duración de la LM aumentaron en el período de análisis, que las determinantes de la mediana de la LM no se alteraron y que las acciones incentivas a la LM (orientación sobre LM en el prenatal y parto, LM en la primera hora de vida, LME en la maternidad, acompañamiento de puericultura y orientación sobre LM en las consultas de puericultura) tuvieron efecto positivo en la mediana de duración de la LM en 2013.

Método

Estudio transversal, desarrollado en un pequeño municipio del Estado de São Paulo en 2013, con datos comparados al de otro estudio de metodología similar realizado en el año 2001 en el mismo municipio⁽¹²⁾.

En 2001, en el municipio en estudio se contaban 26 mil habitantes y la red de atención a la salud estaba formada por un centro de salud, siete Unidades Básicas de Salud (UBS), un Centro de Asistencia Psicosocial (CAPS) y un pequeño hospital municipal (50 camas). En 2013, la población aumentó a 48 mil habitantes y la red de servicios pasó a contar con 12 UBS, tres ambulatorios, mantenimiento del CAPS y del hospital municipal⁽¹³⁾.

El primero estudio fue de base poblacional realizado con una muestra representativa de 261 niños menores de dos años de edad⁽¹²⁾. El segundo estudio, desarrollado en 2013, integró un proyecto más amplio aprobado por el Comité de Ética en Investigación (Proceso nº 193.468), en el que se evaluó la salud y la nutrición de niños menores de tres años registrados en las UBS, en una muestra representativa y proporcional al número de niños de cada UBS. En el cálculo muestral que se obtuvo con el *software* Epi-info 6.04 se indicó una muestra de 350 niños, nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%. Los criterios

de inclusión fueron los siguientes: niños registrados en una de las 12 UBS y comparecencia al servicio de salud con la madre en el período de recolección de datos. De 399 madres abordadas, 35 se rehusaron, una no se ajustó a los criterios de inclusión y cinco fueron excluidas (tres gemelos, un adoptivo y una con enfermedad neurológica). Del total de 358 niños de cero a tres años que compusieron la muestra, en este estudio se analizaron 302 niños menores de dos años (el 84.4%), para hacer una comparación con el estudio anterior.

La colecta de datos se realizó de febrero a abril de 2013, por 11 enfermeras y una graduanda en enfermería, todas debidamente calificadas. Las madres fueron entrevistadas en las UBS, con una encuesta pre aprobada. Se obtuvo información referente a las características familiares (ingreso familiar *per capita* y escolaridad del padre), maternas (edad, escolaridad, situación conyugal, trabajo), infantiles (edad, sexo, peso al nacer, orden de nacimiento, uso de chupón) y acciones incentivadas a la LM (directrices en el prenatal y en el parto, ocurrencia de la LM en la primera hora de vida, ocurrencia de la LME en la maternidad, seguimiento de puericultura y orientación sobre la LM en las consultas de puericultura). De ese último bloque, en el estudio conducido en 2001, solo se obtuvo información sobre las directrices de la LM en el prenatal y en el parto. Aun en 2001, el uso del biberón fue asociado a una menor duración de la LM; pero se ha optado por no utilizar esa variable, dada su consagrada e indiscutible relación con el fin de la lactancia.

Los datos se introdujeron en bancos de datos elaborados con el *software Epi-info* 6.04, con doble tipificación para la verificación de consistencia, y los análisis estadísticos fueron procesados con el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 17. Las variables dependientes fueron la mediana de duración y la prevalencia de la LME y de la LM estimadas para los grupos de edad recomendados por la Organización Mundial de Salud (OMS): menores de cuatro y menores de seis meses para LME y LM, además de seis a nueve, 12 a 15, 20 a 24 y de 0 a 24 meses para LM. La LME se definió como situación en la que el niño recibía exclusivamente la leche materna, sin agregar agua o cualquier otro líquido; mientras que la LM se definió como la situación en la que el niño recibía la leche materna con cualquier otro régimen alimentario⁽¹⁴⁾.

La mediana de duración de la LME y la LM se verificó por medio del análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. Esa técnica permite analizar el tiempo

transcurrido hasta la ocurrencia de determinado evento que, en este estudio, se refirió al tiempo de la LM hasta la interrupción definitiva de la lactancia. Esa técnica ha sido ampliamente utilizada en otros estudios de lactancia materna ya que confiere la ventaja de analizar tanto información de niños ya no lactantes como de aquellos todavía lactantes en el momento de la entrevista⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Para el niño que aun recibía la leche materna en el momento de la entrevista (niño censurado), el tiempo de LM se refirió a su propia edad. Para evaluar la diferencia entre las medianas de LM en el análisis univariado, se utilizó la prueba de log-rank.

La identificación de las determinantes de duración de la LM se realizó por medio del análisis múltiple de Cox (Modelos de Riesgos Proporcionales de Cox). Para tanto, las variables se seleccionaron conforme las hipótesis en el estudio, y se construyeron dos modelos. En el modelo 1, se consideraron como variables independientes solo aquellas que fueron estadísticamente asociadas a la duración de la LM en 2001 (orden de nacimiento y uso de chupón). El modelo 2 fue construido tomando en cuenta también el posible efecto de las variables relativas a las acciones incentivadas de la LM que no se investigaron en 2001 (orientación sobre LM en el prenatal y parto, LM en la primera hora de vida, LME en la maternidad, seguimiento de puericultura y orientación sobre LM en las consultas de puericultura). Variables maternas clásicamente asociadas a la duración de la LM se tomaron en cuenta para el ajuste del modelo: situación conyugal y escolaridad materna^(8,17). Los dos modelos se construyeron insertando las variables de forma simultánea. En el modelo de regresión de Cox, la medida de asociación en el Cociente de Riesgo es semejante al Riesgo Relativo e indica la probabilidad de un sujeto, que no tuvo el evento, de tenerlo en aquel momento. El nivel de significancia del 5% se consideró estadísticamente significativo en el modelo final. El test de Schoenfeld se utilizó para verificar la adecuación de los modelos de Cox, y todas las variables cumplieron los presupuestos de proporcionalidad de los riesgos.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los cambios en el perfil de la muestra estudiada en 2013 (n=302) en relación a la población del estudio de 2001 (n=261)⁽¹²⁾. Se verificó un porcentaje estadísticamente mayor de familias con ingreso *per capita* mayor o igual a 1.8 salarios-mínimos, una reducción en la proporción de madres con tres años o más de estudio y un aumento de madres con trabajo

($p<0.001$). Hubo un aumento del 20% en la orientación sobre LM en el prenatal y en el parto ($p<0.001$) y reducción en el uso de chupón ($p=0.05$).

Entre los años 2001 y 2013, la prevalencia de LME aumentó significativamente en el municipio estudiado ($p<0.05$), un aumento del 40.8% en niños menores de cuatro meses y del 33.4% en los menores de seis meses, con prevalencia en 2013 del 58.6 y el 46.1%, respectivamente.

La prevalencia de LM en el municipio fue del 61.9%, un aumento del 20.9% ($p<0.001$) en el período de 2001 a 2013, sobre todo en el grupo de edad de seis a nueve meses con prevalencia del 68.4% en 2013, un aumento del 53.5% en el período, y un grupo de edad de 12 a 15 meses con prevalencia del 42.9% en 2013 y un aumento del 27.7% en el período (Tabla 2).

En la Figura 1 se muestra que hubo mayor proporción de niños lactando en 2013, tanto en LME como en LM. La mediana de duración del LME fue de cuatro meses en 2013 y de 28 días en 2001, mientras

que la del LM pasó a 12 meses en 2013 frente a 7.2 meses en 2001, lo que representa un aumento de 4.8 meses en el período.

En el análisis univariado, las variables asociadas estadísticamente a la mediana de duración del LM en 2013 fueron: situación conyugal, orden de nacimiento y uso de chupón (Tabla 3). La mediana de duración del LM fue menor en niños de madres sin pareja, primeros hijos y que llevaban chupón. En el análisis de la diferencia en la mediana de duración del LM entre 2001 y 2013, según características familiares, maternas, infantiles e incentivas a la LM, se mostró que la duración aumentó cerca de cinco meses para muchas de las categorías analizadas; pero disminuyó o aumentó menos en niños con padres de escolaridad inferior a tres años, madres sin pareja y con menos de 20 años, primeros o segundos hijos, niños que usaban chupón y en situaciones en las cuales no hubo orientación prenatal y después del parto. La mediana de duración de la LM fue de siete meses en niños que llevaban chupón.

Tabla 1 - Características familiares, maternas, infantiles y de acciones incentivas a la lactancia materna presentadas en el estudio de 2013, diferencia porcentual y valor de p en relación al estudio de 2001. Municipio del Estado de São Paulo, Brasil, 2013

Características	2013 (%)	Diferencia porcentual entre 2013 y 2001 y valor de p	
		(%)	p*
Familiares[†]			
Ingreso familiar <i>per capita</i> : ≥ 1.8 salarios-mínimos	95.7	+13.3	<0.001
Escolaridad del padre: ≥ 3 años de estudio	80.5	+3.5	0.157
Maternas			
Edad: >20 años	82.1	-2.6	0.707
Situación conyugal: con pareja	81.5	-5.5	0.316
Escolaridad: ≥ 3 años de estudio	67.2	-22.4	<0.001
Con trabajo: sí	61.9	+33.5	<0.001
Infantiles			
Sexo: masculino	57.6	+3.6	0.392
Peso al nacer: ≥ 2.500 g	89.1	-3.2	0.418
Orden de nacimiento:			0.210
1° hijo	45.0	+7.1	
2° hijo	29.5	-5.4	
3° hijo o más	25.5	-1.7	
Uso de chupón: sí	45.0	-8.2	0.052
Acciones incentivas a la LM[‡]			
Orientación sobre la LM [‡] en el prenatal y en el parto: sí	70.2	+20.0	<0.001
LM [‡] a la primera hora de vida: sí [§]	22.2	-	-
LM [‡] exclusivo en la maternidad: sí [§]	24.2	-	-
Seguimiento de puericultura: sí [§]	74.8	-	-
Orientación sobre LM [‡] en la puericultura: sí [§]	23.2	-	-

*Test de chi-cuadrado; [†]Sin información para la totalidad de la muestra; [‡]LM: lactancia materna; [§]Datos investigados solo en el estudio de 2013.

Tabla 2 - Prevalencia de lactancia materna e intervalo de confianza, según los grupos de edad presentados en el estudio de 2013, diferencia porcentual en la prevalencia entre 2013 y 2001 y valor de p. Municipio del Estado de São Paulo, Brasil, 2013

Grupo de edad (meses)	Prevalencia en 2013 (%)	(IC 95%)	Diferencia porcentual en la prevalencia de LM (2013-2001) y valor de p	
			%	p*
AME†				
<4	58,6	(48,3-69,0)	+40,8	0,003
<6	46,1	(37,5-54,7)	+33,4	<0,001
AM‡				
<4	88,5	(81,8-95,2)	+10,7	0,103
<6	82,0	(75,4-88,7)	+10,2	0,094
6-9	68,4	(56,3-80,5)	+53,5	<0,001
12-15	42,9	(27,9-57,8)	+27,7	0,090
20-24	27,0	(12,7-41,3)	-40,6	0,665
0-24	61,9	(56,3-67,4)	+20,9	<0,001

*Test de chi-cuadrado; †LME: lactancia materna exclusiva; ‡LM: lactancia materna

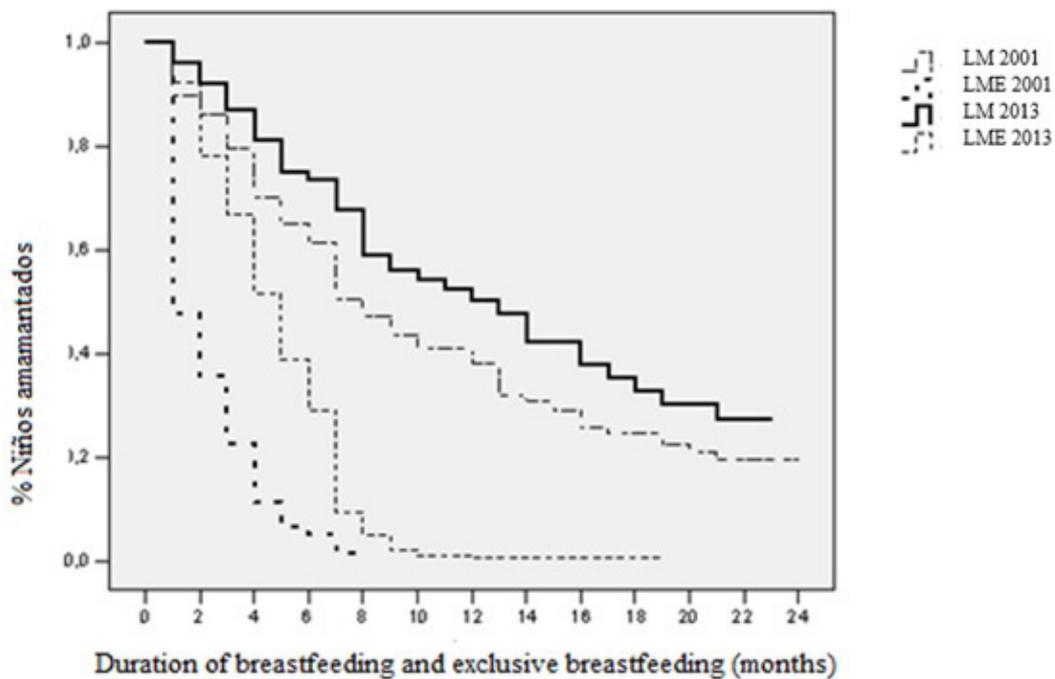


Figura 1 - Mediana de duración de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna en los años 2001 y 2013. Municipio del Estado de São Paulo, Brasil, 2013

En el Modelo 1 de la regresión múltiple de Cox se mostró que el uso del chupón y el orden de nacimiento se mantuvieron como determinantes de la mediana de duración del LM en 2013: los primogénitos presentaban mayor riesgo de dejar de ser lactantes, comparados a los de la posición tres del orden de nacimiento, y los niños que llevaban chupón tenían riesgo casi cinco veces

mayor de dejar de ser lactantes ($p < 0.05$). Además de las variables analizadas en el Modelo 1, se incluyeron en el Modelo 2, las variables relativas a las acciones incentivadas a la LM. Solamente el uso de chupón y ser el primogénito se mantuvieron como riesgos para dejar de ser lactantes, sin asociación a las acciones incentivadas a la LM (Tabla 4).

Tabla 3 - Mediana de duración de la lactancia materna en 2013 y diferencia entre 2001 y 2013, según características familiares, maternas, infantiles y acciones incentivas a la lactancia materna. Municipio del Estado de São Paulo, Brasil, 2013.

Características	Mediana de duración del LM (en meses)	p-valor*	Diferencia en la mediana de duración de la LM (2013–2001) (en meses)
Familiares†			
Ingreso familiar <i>per capita</i> (salario-mínimo)		0.457	
<1.8	8		1.2
>1.8	10		1.2
Escolaridad del padre (años de estudio)		0.292	
<3	17		-7
>3	13		5.4
Maternas			
Edad (años)		0.093	
<20	7		-3.8
>20	13		5.5
Situación conyugal		0.004	
Sin pareja	7		2.5
Con pareja	13		5.0
Escolaridad (años de estudio)		0.171	
<3	12		-0.6
>3	12		4.5
Trabajo		0.474	
No	13		5.1
Sí	11		4.9
Infantiles			
Sexo:		0.847	
Masculino	13		6.1
Femenino	10		2.2
Peso al nacer (gramos)		0.764	
<2.500	12		4.7
≥2.500	13		5.4
Orden de nacimiento		0.058	
1º hijo	9		2.9
2º hijo	11		2.7
3º hijo o más	17		6.8
Uso de chupón		<0.001	
No	7		2.4
Sí†	-		-
Acciones incentivas a la LM			
Orientación en el prenatal y en el parto		0.400	
No	11		3.2
Sí	12		4.7
LM en la primera hora de vida§		0.098	
No	8		-
Sí	12		-
LME en la maternidad§		0.069	
No	11		-
Sí	12		-
Seguimiento de puericultura§		0.854	
No	12		-
Sí	13		-
Orientación sobre LM en las consultas de puericultura§		0.656	
No	10		-
Sí	13		-

*Test de log-rank (test de significancia para comparar grupos en análisis de supervivencia univariada); †Sin información para la totalidad de la muestra; ‡No fue posible estimar, pues la mayoría de los niños que no llevaban chupón todavía estaban en LM; §Datos investigados solo en el estudio de 2013.

Tabla 4 - Regresión múltiple de Cox - Hazard Ratio y significancia estadística para asociación a dejar de ser lactante. Modelo 1: variables estadísticamente significativas en 2001. Modelo 2: variables estadísticamente significativas en 2001 y acciones incentivas a la lactancia materna en 2013. Municipio del Estado de São Paulo, Brasil, 2013.

Variables*	Modelo 1†			Modelo 2†		
	HR‡	(IC 95%)	valor-p§	HR‡	(IC 95%)	valor-p§
Uso de chupón						
No	1			1		
Sí	4.886	(3,08-7.74)	<0.001	5.604	(3.38-9.30)	<0.001
Orden de nacimiento						
1° hijo	1.652	(1.02-2.68)	0.042	1.737	(1.01-2.98)	0.044
2° hijo	1.129	(0.65-1.97)	0.667	1.182	(0.65-2.16)	0.587
3° hijo o más	1			1		
Orientación sobre LM en el prenatal y parto						
No				1		
Sí				1.134	(0.75-1.72)	0.554
LM en la primera hora de vida						
No				1		
Sí				1.070	(0.65-1.76)	0.788
LM exclusivo en la maternidad						
No				1		
Sí				0.963	(0.58-1.60)	0.885
Seguimiento de puericultura						
No				1		
Sí				0.941	(0.45-1.95)	0.870
Orientación sobre LM en la puericultura						
No				1		
Sí				1.231	(0.74-2.05)	0.425

*Test de Schoenfeld realizado con todas las variables, confirmando que los riesgos eran proporcionales; †Ajustado por: situación conyugal y escolaridad materna; ‡HR=cociente de riesgo; §Análisis múltiple de Cox; ||Datos investigados sólo en el estudio de 2013.

Discusión

Los resultados en el presente estudio corroboran los hallazgos en investigaciones nacionales⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ y de análisis de tendencia de LM realizados en la última década⁽⁷⁾ en que se muestra un aumento en la prevalencia y mediana de duración de la LM, lo que también confirma la hipótesis de esta investigación.

La prevalencia de LME entre menores de cuatro y de seis meses aumentó expresivamente en el municipio estudiado entre 2001 y 2013. En el estudio más reciente, la prevalencia de LME en menores de seis meses (46.1%) se mostró superior a la verificada en 2008, tanto en la ciudad de São Paulo (39.1%) como en la Región Sureste (39.4%)⁽¹⁹⁾. Aun así, la prevalencia en cuestión todavía se considera mala por la OMS, que clasifica como buena solamente la prevalencia que alcanza una tasa del 50%⁽⁶⁾.

A su vez, la práctica de la LM no solo aumentó de 2001 para 2013, sino que también se prolongó, pues hubo un aumento más expresivo de LM entre niños de seis a nueve meses y de 12 a 15 meses; este último grupo de edad es recomendado por la OMS⁽¹⁴⁾ como indicador de continuidad de la LM. A pesar del aumento, los porcentajes encontrados aún son discretamente inferiores a la prevalencia del 87.6% de LM en menores

de seis meses, y del 47. 5% en el grupo de 12 a 15 meses, constatados en Brasil en 2006⁽¹⁸⁾.

El aumento en la mediana de duración de LM, que llegó a 12 meses en 2013, puede considerarse como un avance importante cuando se analiza *in loco*; pero, de la misma forma que en 26 de las 27 capitales brasileñas estudiadas en 2008⁽¹⁴⁾, la mediana encontrada aún se clasifica como muy mala de acuerdo con los parámetros de la OMS: muy mala para una mediana de 0 a 17 meses; mala, de 18 a 20 meses; buena, de 21 a 22 meses y, finalmente, muy buena, de 23 a 24 meses⁽⁶⁾. Aun así, las tasas de LM y de LME en Brasil, y en el municipio estudiado son mejores si se comparan con países como China y Estados Unidos⁽¹¹⁾.

El aumento de 4.8 meses que se observó entre 2001 y 2013 en el municipio estudiado, se mostró bastante similar a la velocidad de aumento de 4.6 meses encontrada en la década de 1996 a 2006⁽⁴⁾. La mediana de duración de la LM encontrada en el municipio en estudio también se mantuvo similar al verificado en Brasil en 2008 (11.3 meses), aunque ligeramente superior a la mediana de la Región Sureste (10.1 meses) y de la capital del Estado de São Paulo (9.8 meses)⁽⁷⁾.

Además de la implementación de políticas públicas de promoción, protección y apoyo a la LM y expansión de la asistencia básica, el perfil de la población puede haber influenciado los indicadores. La mejora en el

ingreso familiar, aumento en la proporción de madres que recibieron orientación prenatal y en el parto sobre la LM y reducción del uso del chupón pueden haber contribuido de forma positiva, pues se ha comprobado que están asociados al aumento en la prevalencia y duración de la LM^(8,10,17) evidenciando la relevancia del papel de la enfermería en la asistencia primaria (puerta de entrada para el sistema de salud), con la priorización del cuidado en la salud materno-infantil por medio de consultas, grupos educativos y visitas domiciliarias.

Por otro lado, el aumento de un tercio en la proporción de madres con trabajo y reducción de más del 20% de aquellas con tres años o más de estudio pueden haber interferido de forma negativa, señalando que los indicadores podrían haber presentado mejor evolución en caso de que ese perfil fuese favorable pues hay evidencias de que madres con mejor escolaridad presentan mayor duración de LM⁽⁸⁾ y una menor escolaridad en la madre así como el inicio laboral, son determinantes para la interrupción de la LME⁽¹⁷⁾.

En 2013, las mismas determinantes verificadas en 2001⁽¹²⁾ se mantuvieron asociadas a la mediana de duración de la LM, lo que confirma la hipótesis preestablecida. Entonces, la mediana de duración fue menor en niños primogénitos y en aquellas que usaban chupón.

El orden de nacimiento sigue siendo estudiado en los términos de número de partos de la mujer y su experiencia anterior en LM. Las madres primerizas amamantan por menos tiempo, ya sea por inseguridad, menor edad, menor escolaridad, menos conocimiento sobre los beneficios del LM o menos disponibilidad para enfrentar las dificultades sociales y culturales. Pero es necesario considerar que la intención de amamantar de la gestante es otro factor fuertemente relacionado a la duración de la LM. Además de eso, cada nacimiento ocurre en contextos familiares diferentes, de forma que la influencia de esa variable es difícil de analizar⁽²⁰⁾. El enfoque sobre la LM ya en el periodo prenatal, considerando la situación de las primerizas, puede disminuir la inseguridad y hasta aumentar el número de gestantes con intención de amamantar. Por otro lado, la experiencia de amamantar de madres de segunda orden de nacimiento en adelante debe de ser valorada y puede considerarse como factor de protección a la LM.

Hay evidencias de que el uso del chupón está asociado al trabajo materno fuera de casa, a la primeriza y al no amamantar en la primera hora⁽²¹⁾. Clásicamente, el chupón ha sido asociado a la menor frecuencia y duración de la LM, especialmente de la LME⁽²²⁾. Entonces, el uso de chupón se desaconseja desde el inicio de la década de 2000; pero continúa con elevada prevalencia

y efectos negativos para la mantenimiento de la LM en el municipio estudiado, probablemente por tratarse de una práctica culturalmente aceptada en nuestro medio y, también, porque los mecanismos envueltos en la relación con el fin del amamanto todavía no están totalmente elucidados^(16,23).

Es importante resaltar que la efectividad de las acciones incentivas a la LM depende de que los profesionales de salud consideren la complejidad de las determinantes de la LM y la situación de vida de las madres⁽²⁴⁾.

Entonces, los resultados de este estudio amplían el conocimiento sobre las determinantes de la LM con la finalidad de que las acciones incentivas a la práctica reciban mayores inversiones para que tengan el impacto deseado, aumenten la prevalencia y duración de la LM y LME y disminuyan la importancia de factores como orden de nacimiento y uso de chupón. Además, este trabajo puede ser fácilmente replicado por los enfermeros de servicios de asistencia primaria para planear y evaluar las acciones de promoción y apoyo a la práctica de la LM, y, en este, se demuestra también la importancia de considerar las características específicas en el cuidado y asistencia de cada población. En el municipio estudiado, se debe dar prioridad a las mujeres sin experiencia anterior en lactancia materna y el uso del chupón necesita ser desalentado.

Las acciones incentivas a la LM, tales como orientación prenatal y en el periodo del parto, LM en la primera hora de vida, LM exclusivo en la maternidad, seguimiento de puericultura y orientación sobre LM en las consultas de puericultura, son reflejos de las políticas públicas de promoción y apoyo a la LM implementadas en la década de 2000, de forma que no fueron evaluadas en el estudio desarrollado en 2001. En ese ámbito aun es necesario considerar como limitante de este estudio, el hecho de que los diseños metodológicos de 2001 y 2013, aunque similares, tuvieron muestras distintas: el primero fue de base poblacional; el segundo fue realizado con niños registrados en UBS que acudieron al servicio de asistencia. Podría esperarse que en 2013, la población estuviese sujeta a un sesgo de selección, cual sea, que las acciones de promoción influenciarían positivamente la duración de la LM. Sin embargo, la hipótesis de que tales acciones tendrían efecto positivo en la mediana de duración del LM no se confirmó en 2013. Entonces, cabe reflexionar sobre el alcance de las políticas de promoción y protección a la LM, las cuales deben ser evaluadas en otras investigaciones sobre el despliegue de las acciones incentivas a la práctica, no sólo en relación a la frecuencia, sino también a la

qualidade de esas acciones, executadas en los servicios de atención primaria.

Conclusiones

Se confirmo un aumento del 33.4% en la prevalencia de LME y del 20.9% en LM. La mediana de duracion de la LM aumento de 7.2 meses a 12 meses. En 2013, los mismos determinantes se mantuvieron asociados a la duracion de la LM en 2001: ser el primogenito y el uso de chupón.

Referencias

- Lamberti LM, Zakarija-Grković I, Walker CLF, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, Black RE. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*. [Internet].2013 [cited Dec 22, 2016];13(Suppl3):S18. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S18>.
- Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora CG, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. [Internet].2011[cited Dec 22, 2016];11(Suppl3):S15. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S15>.
- Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. [Internet]. 2015 [cited Sep 9, 2016];3(4):199-205. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)70002-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)70002-1.pdf). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. [Internet].2016 [cited Sep 9, 2016];387:475-90. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2013 [Acesso 9 set 2016];47(6):1205-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601205&lng=en. ISSN 1518-8787. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004676>.
- World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Switzerland: WHO; 2003. [Internet] [cited Sep 9, 2016]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/inf_assess_nnpp_eng.pdf.
- Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr*. [Internet]. 2010 [Acesso 9 set 2016];86(4):317-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012. ISSN 0021-7557. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>.
- Oliveira MGOA, Lira PIC, Batista M Filho, Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet].2013 [Acesso 9 set 2016];16(1):178-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100178. ISSN 1415-790X. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100017>.
- Colombara DV, Hernández B, Gagnier MC, Johanns C, Desai SS, Haakenstad A, et al. Breastfeeding practices among poor women in Mesoamerica. *J Nutrit*. [Internet].2015 [cited Sep 9, 2016];145(8):1958-65. Available from: <http://jn.nutrition.org/content/early/2015/07/01/jn.115.213736.full.pdf+html>. doi: 10.3945/jn.115.213736.
- Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [Acesso 9 set 2016];20(4):1235-44. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401235&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. ISSN 1413-8123. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00782014>.
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. [Internet].2016 [Access Sep 9, 2016];387:491-504. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/abstract?showall=true](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/abstract?showall=true). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).
- Minagawa AT, Oliveira IMV, Fujimori E, Laurenti D, Montero RMJM. Perfil do aleitamento materno em menores de 2 anos na cidade de Itupeva, SP, Brasil. *ALAN*. [Internet]. 2005 [Acesso 9 set 2016];55(2):132-9. Disponível em: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222005000200005. ISSN 0004-0622.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo Demográfico de 2010. [Internet] Brasil; [Acesso 8 abr 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

14. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. Geneva: WHO; 2008. [Internet] USA; [cited Sep 9, 2016]. Available from: https://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_updated_indicators_2008_part_1_definitions.pdf
15. Oliveira DS, Boccolini CS, Faerstein E, Verly-Jr E. Duração do aleitamento materno e fatores associados entre 1960 e 2000. *J Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2017 Apr [Acesso 5 maio 2017]; 93(2):130-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000200130&lng=en.
16. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier Use and Exclusive Breastfeeding in Brazil. *J Hum Lactation.* [Internet]. 2015 Oct [cited May 5, 2017]; 32(3):NP52-NP60. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0890334415609611?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
17. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in Brazilian population: new determinates in a cohort study. *BMC Preg Child.* [Internet]. 2014 [cited Sep 9, 2016];14:175. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-175>. doi 10.1186/1471-2393-14-175
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: MS; 2009. [Acesso 9 set 2016]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pesquisa.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: MS; 2009. [Acesso 9 set 2016]. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1457
20. Martins MMC, Franklin AK, Carvalho OFC, Queiroz RA, Amaral ARM, Faisal CA, et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Ver Saúde Pública.* [Internet] 2014 Dec [Acesso 5 maio 2017];48(6):985-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600985&lng=en.
21. Buccini GS, Benício MHD, Venancio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. *Rev Saúde Pública.* [Internet].2014 [Acesso 9 set 2016];48(4):571-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400571&lng=pt&nr_m=iso&tlng=pt. ISSN 1518-8787. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005128>
22. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica.* [Internet]. 2015 [Acesso 9 set 2016];49:91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100409&lng=en&nr_m=iso&tlng=pt. ISSN 1518-8787. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>
23. Castilho SD, Rocha MA. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. *J Pediatr.* [Internet].2009 [Acesso 9 set 2016];85:480-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572009000600003&script=sci_arttext&tlng=es. ISSN 1678-4782. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000600003>
24. Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet].2007 [cited Sep 9, 2016];15(2):230-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200007. ISSN 1518-8345. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200007>

Recibido: 9.9.2016

Aceptado: 12.7.2017

Correspondência:

Áurea Tamami Minagawa Toriyama
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: aureatmt@usp.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.