

**Prevalência de aleitamento materno
completo em unidades básicas de saúde nas
cinco regiões do Brasil.**

Giana Zarbato Longo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: José Maria Pacheco de Souza.



São Paulo

2007

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

49280/2008 doc

*"A sabedoria que nos ensina a viver nesse mundo com
contentamento, mesmo em face a obstáculos,
é o conhecimento espiritual."*

Mata Amritanandamayi
"

AGRADECIMENTOS

Ao Professor José Maria Pacheco de Souza, pela sua dedicação, paciência, generosidade, profissionalismo, caráter e gentileza. Ele demonstra nesta caminhada junto ao orientando, o que é um Mestre e como podemos seguir coerentemente o caminho da pesquisa e docência.

Aos meus pais. Minha mãe uma mulher maravilhosa, amiga, compreensiva e amorosa. Meu pai, um incentivador e amigo. Meus irmãos, avós, tios, primos pelo apoio recebido em todos os momentos dessa caminhada.

Ao meu marido, pelo apoio, compreensão e AMOR dedicados nas horas difíceis e nas prazerosas. Obrigado pelos GÊMEOS que irão nascer.

Professoras Sônia Buongermino de Souza e Sophia Cornbluth Szarfarc, pela amizade, paciência, companheirismo e incentivo para realização do trabalho através do empréstimo dos dados da pesquisa.

Aos amigos: Kety, além de amiga uma irmã e grande profissional. Pela amorosidade e ajuda nesta caminhada desde o início. Adriana, sempre companheira, incentivadora e participativa nos bons e maus momentos. Flora, por sua generosidade, afeição, companheirismo, dedicação e acolhimento em sua casa. Família Bento, por serem grandes amigos, companheiros, acolhedores e muito afetuosos em todos os momentos

desta longa caminhada. Alice e Fernanda Derntl, que sempre confiaram em meu potencial; pela amizade e carinho de “mãe-irmã”.

Às professoras Sabina Goetleb e Maria Helena de Melo Jorge. Pelo incentivo, carinho e apoio para a finalização deste processo.

À amiga Vanessa, pela amizade e ajuda na tese.

Aos funcionários do Departamento de Epidemiologia. Agradeço o carinho e a ajuda nos processos burocráticos.

Aos amigos da faculdade de Saúde Pública. Cada um com sua particularidade, sempre incentivando minha jornada.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento desta.

RESUMO

Objetivo: O leite materno é o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento adequados de crianças. Julgou-se pertinente conduzir um estudo para descrever e comparar as prevalências do tipo de aleitamento materno completo (AMC), segundo associações com sexo, peso ao nascer, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, idade da mãe, tipo de parto, uso da chupeta, estado nutricional e idade da criança, considerando as regiões do Brasil.

Método: Os dados foram obtidos de uma pesquisa matriz desenvolvida no Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), financiada pela FAPESP. O estudo foi conduzido em doze cidades brasileiras localizadas em diferentes regiões do país. A população de estudo foi constituída por crianças até seis meses de vida, atendidas em serviços de saúde dos municípios de acordo com a demanda. Fazem parte 3475 crianças menores de um ano de idade. A variável desfecho é aleitamento materno completo (AMC). As variáveis independentes são: escolaridade da mãe, escolaridade do pai, idade materna, tipo de parto, uso da chupeta, peso ao nascer, idade no dia da entrevista e sexo. A descrição dos resultados foi feita mediante médias, desvios padrão, proporções. As comparações das prevalências segundo as categorias das variáveis foi feita por razões de prevalências. Usou-se o pacote estatístico Stata versão 9 e Epi Info versão 6.04b.

Resultados: A prevalência de crianças em aleitamento materno completo (AMC) no sexto mês foi de 15% no Nordeste, 22% no Norte, 10% no Centro-Oeste, 6% no Sudeste e 3% no Sul. Foram considerados fatores de proteção para o aleitamento: região Nordeste: maior escolaridade da mãe e o não uso de chupeta; região Norte: o parto

normal e o não uso de chupeta; Região Centro-Oeste: parto normal e o não uso de chupeta, Região Sudeste: o parto normal e o não uso de chupeta, Região Sul: o não uso de chupeta. Estes resultados referentes à situação do aleitamento materno nas regiões indicam que, apesar do aumento das taxas de amamentação nas duas últimas décadas, a prevalência dessa prática estão bem aquém do recomendado atualmente pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: aleitamento materno, prevalência; criança; fatores associados,

SUMMARY

Objective: Breast milk is the ideal food for the proper growth and development of children. It was considered relevant to conduct a study to describe and compare the prevalence of the type of complete breastfeeding (AMC), in association with sex, weight at birth, mother's education, education of the father, mother's age, type of delivery, use of pacifier, nutritional status and age of the child, considering the regions of Brazil.

Method: Data were obtained from a search matrix developed in the Department of Nutrition at the Faculty of Public Health of the University of Sao Paulo (USP), funded by FAPESP. The study was conducted in twelve Brazilian cities located in different regions of the country. The study population was made up of children up to six months of life, met in the health services of the municipalities according to the demand. They are part 3475 children under one year of age. The outcome variable is complete breastfeeding (AMC). The independent variables are: education of the mother, father's education, maternal age, type of delivery, use of the pacifier, weight at birth, age on the day of the interview and sex. The description of the results was made by averages, standard deviations, proportions. Comparisons of the prevalence according to the categories of the variable were made for reasons of prevalence. The statistical package was Stata version 9 and Epi Info version 6.04b.

Results: The prevalence of children in complete breastfeeding (AMC) in the sixth month was 15% in the Northeast, 22% in the North, 10% in the Center-West, 6% in the

Southeast and 3% in the South. We considered factors of protection for breast-feeding: Northeast region: not the use of pacifier; Northern region: the non-use of pacifier; Central West Region: normal childbirth and the non-use of pacifier, Southeast Region: greater education of the mother and the non-use of pacifier; Southern Region: normal delivery the non-use of pacifier. These results concerning the situation of breastfeeding in the regions indicate that, despite the increase in the rate of breastfeeding in the last two decades, the prevalence of practice are well below the currently recommended by the Ministry of Health.

Key words: breast feeding; prevalence; infant; associated factors

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2.	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	16
4	MATERIAL E MÉTODOS	17
	4.1. Locais do estudo	17
	4.2 – Desenho do estudo de amostra	17
	4.3 – Coleta e registro dos dados	18
	4.4 - Inquérito dietético	19
	4.5 – Digitação dos dados	20
	4.6– Variáveis do estudo	21
	4.6.1 – Variável Dependente	21
	4.6.2 – Descrição das categorias de aleitamento materno	21
	4.6.2 – Variáveis independentes	22
	4.7- Análise estatística	24
	4.8 – Esquema conceitual para a seleção hierárquica	25
5	ASPECTOS ÉTICOS	28
6	RESULTADOS	29
	6.1- CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	29
	6.2 – CATEGORIAS DE ALEITAMENTO MATERNO	31
	6.3 - FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO – AMC.	34

6.3.1 –Brasil	34
6.3.2 – Região Norte	43
6.3.3 – Região Nordeste	46
6.3.4 – Região Centro-Oeste	49
6.3.5 – Região Sudeste	53
6.3.6 – Região Sul	57
7 DISCUSSÃO	62
7.1 – Aleitamento materno completo – AMC	63
7.2 – Uso da chupeta	67
7.3 – Tipo de parto	71
7.4 – Escolaridade materna	74
8 CONCLUSÕES	77
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
10 REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	
ANEXO 1 – Modelo do formulário – “ Alimentação no primeiro ano de vida”.	96

LISTA DE QUDROS E TABELAS

Quadro 1 – Categoria e codificação da variável dependente analisada.	22
Quadro 1 – Categoria e codificação das variáveis independente analisadas.	23
Tabela 1- Distribuição das crianças segundo cidades, estados e regiões.	29
Tabela 2- Número de crianças, médias e desvios-padrão das idades segundo regiões.	30
Tabela 3 - Prevalência das categorias de aleitamento segundo idade da Crianças, 2000.	31
Tabela 4- Prevalência das categorias de aleitamento materno segundo regiões do Brasil e idade das crianças (trimestre), 2000.	32
Tabela 5- Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis da análise, valores de razão de prevalência (RP), intervalo de confiança de 95% nas regiões e valores de p nas regiões do Brasil.	34
Tabela 6 - Razões de Prevalência (RP), intervalo com 95% de confiança, p descritivos, segundo as categorias das variáveis, 2000.	35
- Tabela 7 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis da análise, valores da razão de prevalência (RP) e valores de p na região Norte, 2000.	43
Tabela 8 – Valores de Razão de Prevalência (RP), intervalo de confiança de 95% e valores de p na regressão múltipla. Região Norte, 2000.	44

Tabela 9 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis de análise, valores de razão de prevalência (RP) na região Nordeste, 2000.	46
Tabela 10 – Valores de Razão de Prevalência (RP), intervalo de confiança de 95% e valores de p na regressão múltipla. Região Nordeste, 2000.	47
Tabela 11 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis de análise, valores de razão de prevalência (RP) e valores de p na região Centro-Oeste, 2000.	49
Tabela 12 – Valores de Razão de Prevalência (RP) intervalo de confiança de 95% na regressão múltipla. Região Centro-Oeste, 2000.	50
Tabela 13 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis de análise, valores de razão de prevalência (RP) e valores de p na região Sudeste, 2000.	53
Tabela 14 – Valores de Razão de Prevalência (RP) intervalo de confiança de 95% e valores de p na regressão logística múltipla. Região Sudeste.2000.	54
Tabela 15 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis de análise, valores de razão de prevalência (RP) e valores de p na região Sul, 2000.	57
Tabela 16 – Valores de Razão de Prevalência (RP) intervalo de confiança de 95% na regressão logística múltipla. Região Sul. 2000.	58
Tabela 17: Fatores de proteção para aleitamento materno completo (AMC) segundo regiões do Brasil.	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo conceitual de seleção hierárquica.	27
Figura 2 - Prevalência de AMC (modelada) no Brasil.	36
Figura 3 – Distribuição do AMC segundo as regiões do Brasil.	37
Figura 4: Prevalência de aleitamento materno completo (AMC) segundo idade em meses, nas regiões do Brasil, 2000.	38
Figura 5 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso de chupeta e idade em mês, nas regiões do Brasil.	40
Figura 6 - Prevalência de AMC (modelada) segundo o tipo de parto e idade em mês, nas regiões do Brasil.	41
Figura 7 - Prevalência de AMC (modelada) segundo peso ao nascer e idade em mês, nas regiões do Brasil.	42
Figura 8 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso de chupeta e idade em mês, na região Norte.	45
Figura 9 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso de chupeta e idade em mês, na região Nordeste.	48
Figura 10 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso da chupeta e idade em mês, na região Centro-Oeste.	51
Figura 11 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o tipo de parto e idade em mês, na região Centro-Oeste.	52

Figura 12 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso de chupeta e idade em mês, na região Sudeste.	55
Figura 13 – Prevalência de AMC (modelada) segundo escolaridade da mãe e idade em mês, na região Sudeste.	56
Figura 14 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso da chupeta e idade em mês, na região Sul, 2000.	59
Figura 15 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o tipo de parto e idade em mês, na região Sul, 2000.	60
Figura 16 - Prevalência de chupeta segundo idade em meses das crianças nas regiões do Brasil, 2000.	61

1 INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento adequados de crianças, mas, desde a antiguidade, o ser humano já procurava alternativas à alimentação de suas crianças com o leite da própria mãe. Nessa época, alguns povos já utilizavam as amas-de-leite. Alguns objetos, como xícaras com biqueiras, foram encontrados por arqueólogos em sepulturas infantis datando de 2000 a.C., o que sugere uma possível utilização, mesmo que ocasional, de outros alimentos que não o leite humano (ARANTES, 1995).

Os relatos sobre os benefícios da amamentação vêm desde Hipócrates, que descrevia maior mortalidade entre aqueles que não eram amamentados ao peito (VINAGRE, 2001). Na Idade Média, a prática de utilização de amas-de-leite se difundiu pela Europa, inicialmente pelas famílias pertencentes à aristocracia, posteriormente para outras camadas sociais. Isso fez com que a prática de amamentar entre os indígenas que habitavam o Brasil causasse surpresa aos descobridores (ALMEIDA, 1999). Alguns fatores contribuíram para o abandono da amamentação, como a industrialização promovida pelo capitalismo, ocasionando a inserção da mulher no mercado de trabalho. Além disso, a utilização de tecnologias modernas possibilitou a produção e conservação de leites e alimentos infantis industrializados. Esses alimentos foram amplamente divulgados pela

indústria como “substitutos eficazes” do leite materno. As ações dos fabricantes, com divulgação de seus produtos junto à população e principalmente entre os profissionais de saúde, aliados à falta de políticas governamentais no sentido de regulamentar essas ações e estimular o aleitamento materno, além da mudança de hábitos na sociedade moderna, foram elementos que contribuíram decisivamente para o abandono da prática da amamentação (JELLIFFE, 1978).

O declínio teve início nos países desenvolvidos e nas classes sociais mais favorecidas. Posteriormente, ocorreu, também, nos países em desenvolvimento, começando da mesma forma, pelas camadas sociais mais favorecidas (VENÂNCIO & MONTEIRO, 1998).

A rápida substituição dos hábitos sobre amamentação na segunda metade do século passado, com a massificação industrial e mercantil do leite pasteurizado ou pulverizado, constitui, num curto espaço de tempo, a mudança mais radical nos padrões alimentares da humanidade em toda a sua história. É notável, ao mesmo tempo, a observação de que, rapidamente, foram sendo acumuladas evidências e comprovações científicas sobre as conseqüências adversas dessa mudança em vários aspectos do processo saúde/doença em relação à criança, à mãe, à família e sobre a própria coletividade: as várias dimensões biológicas, epidemiológicas, psicológicas, econômicas, sociais e até mesmo ecológicas do desmame precoce (BITTENCOURT et.al., 2005).

Dessa forma, a progressão generalizada da prática do desmame nos primeiros 25 anos que se seguiram aos anos 50 passou a ser contraposta pelo movimento de resgate da amamentação no último quarto do século passado, mobilizando o poder público, instituições não-governamentais, representações profissionais (médicos, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos, principalmente) e até movimentos especificamente organizados em nome da promoção do aleitamento materno, como o IBFAN (International Baby Food Action Network). O estabelecimento de estatutos éticos normativos de comercialização de alimentos infantis produzidos como substitutivos do leite materno e, sobretudo, a definição de objetivos explícitos estabelecendo compromissos e metas universais a serem alcançadas na década de 90 (Reunião de Cúpula de Nova York) representam decisões políticas, doutrinárias e programáticas cruciais nesse sentido (UNICEF, 1990).

Em 1990, o Brasil foi um dos países participantes de um encontro realizado em Florença, Itália (Spedale degli Innocenti), promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), buscando mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Nesta época, foi produzido e adotado pelos participantes do encontro "Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global" um conjunto de metas chamado "Declaração de Innocenti, resgatando o direito da mulher

de aprender e praticar a amamentação com sucesso. Também se enfatizava a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos, o que vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria (LAMOUNIER, 1998). No referido, encontro foi idealizado a "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, consistindo na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce. Denominou-se "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" ao conjunto de medidas para atingir as metas contidas da "Declaração de Innocenti", , basicamente consistindo de um elenco de medidas visando informar as gestantes sobre os benefícios da amamentação e o manejo correto do aleitamento materno (OMS, 2001).

O consenso estabelecido em nível internacional do papel protetor do aleitamento materno justifica a meta das Nações Unidas, estabelecida na década passada, no sentido de que fossem oferecidas condições para que todas as mulheres do mundo pudessem amamentar seus filhos, de forma exclusiva, nos seis primeiros meses de vida. Trata-se de um compromisso desafiador, tendo em conta a constatação da prática cosmopolita do desmame precoce e as tendências de sua consolidação, no mundo economicamente globalizado (OPAS, 2005).

Pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, confirmam que o aleitamento materno exclusivo é o modo ideal de alimentação do lactante até os 6 meses de vida. A continuidade do aleitamento materno até 2 anos ou mais é igualmente importante, pois objetiva ampliar a disponibilidade de energia e de micro nutrientes da alimentação (WHO, 2001b).

Dentre outras vantagens, o aleitamento materno confere importante proteção contra a morbimortalidade por doenças infecciosas nos primeiros anos de vida, sendo reconhecido como potencial fator preventivo importante na redução da mortalidade infantil no mundo (WHO, 2000).

Por muitos anos, desconheceu-se o valor nutricional e imunológico do leite materno e o valor do ato de amamentação e suas conseqüências fisiológicas, emocionais e de menor morbidade para o bebê e para a mãe. Assim, atividades ou programas pró-amamentação eram planejados sem muitos critérios. Os fatores determinantes do desmame mais as atividades pró-aleitamento materno mal executadas continuavam a levar ao uso do leite artificial e da mamadeira (REA, 2003).

O aleitamento materno é a primeira prática alimentar a ser estimulada para promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de doenças. Esse enfoque, desenvolvido nas últimas duas décadas a partir de estudos de coortes em diversos países, inclusive no Brasil, sugere que exposições nutricionais, ambientais e padrões de crescimento durante a vida intra-uterina e nos primeiros anos de vida podem

ter efeitos importantes sobre as condições de saúde do adulto (BARKER et al., 1997; MONTEIRO et al., 2000; LUCAS et al., 1990). As evidências indicam que tanto o retardo de crescimento intra-uterino como o ganho de peso excessivo nos primeiros anos de vida estão associados com obesidade, hipertensão, síndrome metabólica, resistência insulínica e morbimortalidade cardiovascular, entre outros desfechos desfavoráveis (ONIS et al., 2003; STETTLER et al., 2005; HORTA et al., 2003).

VICTORA et al, em 1987, evidenciaram que crianças que não recebiam leite materno tinham maiores riscos de morrer por diarreia (risco 14,2 vezes maior), de mortalidade por doenças respiratórias (3,6 vezes) e por outros tipos de infecções (2,5 vezes), quando comparadas às que recebiam apenas leite materno sem complementos. FUCHS e VICTORA (2002) mostraram que o risco relativo de morte em crianças, por conta das diarreias, infecções respiratórias agudas e outras doenças infecciosas, foi 20 vezes mais elevado nas crianças precocemente desmamadas.

Vários estudos têm mostrado o efeito protetor do leite materno contra a mortalidade infantil, que varia de acordo com a idade, a duração e o tipo de amamentação. (NARAYANAN, 1984; VICTORA, 1987; TEELE, 1989; BEMFAM, 1997; KUMMER., 2000; VENANCIO, 2002).

Estudos recentes evidenciaram um provável papel protetor do leite materno frente a algumas outras doenças, entre elas o diabetes mellitus insulino-dependente (PETTIT e col, 1997; GIMENO e SOUZA, 1998).

Mostrou-se, também, que o uso do leite materno para recém-nascidos prematuros e de baixo peso leva a maiores índices de inteligência e acuidade visual.

Entre outras vantagens, o aleitamento materno confere importante proteção contra a morbimortalidade por doenças infecciosas nos primeiros anos de vida, sendo reconhecido como potencial fator preventivo importante na redução da mortalidade infantil no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001a, 2000).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de idade. Depois deste período, com o objetivo de suprir suas necessidades nutricionais, a criança deve começar a receber alimentação complementar segura e nutricionalmente adequada, juntamente com a amamentação, até os dois anos de idade - ou mais (WHO, 2001a). O Ministério da Saúde do Brasil (2003) determina como norma o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, complementado com outros alimentos a partir desta idade, e mantido até o segundo ano de vida.

O Brasil vem, desde a década de 80, desenvolvendo estratégias para apoiar a promoção e proteção do aleitamento materno por meio de iniciativas de capacitação de recursos humanos, apoio aos Hospitais Amigos da Criança, produção e vigilância das normas nacionais de comercialização de alimentos infantis, campanhas nos meios de comunicação e apoio à

criação de bancos de leite humano, dentre outras. Os resultados desses esforços podem ser observados em dados de pesquisas nacionais realizadas entre 1975 e 1999. A duração mediana do aleitamento materno vem aumentando: em 1975, era de 2,5 meses (ENDEF); de 5,5 meses em 1989 (PNSN); de 7,0 meses em 1996 (PNDS); e de 9,9 meses em 1999 (PAMCDF), representando um incremento de quase 300% nesse período; no entanto, muito ainda necessita ser feito em relação ao aleitamento materno exclusivo (AME), muito embora os resultados mostrem expressões relevantes de aumento na sua prevalência. Em pesquisa realizada em 1999, pelo Ministério da Saúde, o tempo mediano de AME, considerando-se todas as localidades estudadas (áreas urbanas de 25 capitais e do Distrito Federal), foi de 23,4 dias (intervalo de variação de 22,1 - 24,7). Considerando-se apenas as crianças de até 4 meses, a prevalência de AME foi de 35,6 dias (34,9 - 36,4). No período decorrido entre 1996 (BENFAM) e 1999 (PAMCDF), houve um aumento importante nessa prática: a prevalência passou de 3,6% em 1996 para 35,6% em 1999, representando aumento de quase dez vezes no período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

O Banco de Dados da OMS sobre Amamentação cobre atualmente 94 países e engloba 65% da população mundial com menos de 12 meses. Dados indicam que apenas 35% desses bebês recebem exclusivamente leite materno entre zero e 4 meses de idade.

Apesar do reconhecimento geral das vantagens do leite materno sobre o artificial, mesmo em países industrializados, as taxas de amamentação, no geral, são baixas e só agora começam a melhorar, como é o caso da França, Itália, Holanda, Espanha, Suíça e Reino Unido. Na Suécia, uma exceção, 98% dos bebês, em 1990, tinham mamado em algum momento de suas vidas. Progressos nas taxas de alimentação exclusiva com leite materno até os quatro meses foram obtidos na Polônia, que passou de 1,5% em 1988 para 17% em 1995; Suécia, de 55% em 1992 para 61% em 1993 e Armênia, de 0,7% em 1993 para 20,8% em 1997.

KANEKO et al (2006), evidenciaram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo no Japão, na década de 60, havia sido reduzida para 31,7%. Dados atuais evidenciaram um aumento para 45% na taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida.

A prevalência do aleitamento materno varia entre países, regiões e populações urbanas e rurais. Em Toronto, 83% das mães amamentaram seus filhos após o nascimento e até o quinto mês de vida, 35% dos lactentes mamavam exclusivamente (BARKER, 1997).

Entre crianças chilenas, a prevalência de aleitamento exclusivo aos três meses de idade era de 59%, encontrando-se uma frequência do aleitamento materno parcial de 31% aos doze meses (CASTILHO e ATALAH, 1996).

Na América Latina, do nascimento até os dois meses de idade, a frequência da amamentação variou de 77% no México a 94% na Colômbia e Guatemala (PEREZ-EZCAMILA, 1993).

Segundo a OMS, 2006, em vários países, a má nutrição de bebês e crianças pequenas, problemas de crescimento e mortalidade estão associados ao desmame precoce e às práticas inadequadas ou escassas de complementação alimentar. Isso acontece porque alimentos nutricionalmente inadequados e muitas vezes contaminados (durante o preparo ou oferta) são introduzidos freqüentemente muito cedo. De modo geral, a alimentação complementar é monótona, de baixa densidade energética, com número de refeições insuficientes ao dia, constituída basicamente de leites diluídos, engrossados com farinhas e sopas ralas. Existem muitas crenças e tabus das mães sobre a oferta de alimentos à criança pequena (sadia e doente) que interferem na boa prática alimentar.

A ausência de amamentação ou sua interrupção precoce e a introdução de outros alimentos à dieta da criança antes de seis meses são freqüentes, com conseqüências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos, entre outras (KUMMER, 2000).

No Brasil, conforme trabalho de VENÂNCIO e MONTEIRO (1998), a trajetória do aleitamento materno nas décadas de 70 e 80, utilizando dados

do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) e da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), confirmou um aumento na frequência e na duração da amamentação, cuja duração mediana da amamentação passou de 2,5 meses para 5,5 meses, entre 1975 e 1989. A PNSN encontrou uma duração do aleitamento materno predominante no país de 72 dias, sendo de 74 dias na zona urbana e 64 dias na zona rural. A maior duração ocorreu na região Centro-Oeste (92 dias) e a menor na região Nordeste (41 dias), enquanto as regiões Sul, Sudeste e Norte apresentaram medianas de 86, 82 e 51 dias, respectivamente. Com relação ao aleitamento misto, o Brasil apresentou uma duração mediana de 134 dias, sendo 123 dias para a zona urbana e 191 dias para a zona rural (INAN, 1990).

Entretanto, essa duração permaneceu inferior a aquela observada em outros países latino-americanos, mesmo considerando as possíveis diferenças metodológicas entre os estudos (PEREZ-ESCAMILLA, 1996). Na década de 90, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) revelou ser bastante alto o percentual de crianças que estavam sendo amamentadas e recebendo complementação, alcançando 41,9% das crianças de zero a três meses e 45,3% daquelas entre quatro e seis meses (BENFAN, 1997).

Em estudos transversais realizados no Brasil, em Pernambuco, Vasconcelos et al. (2006) verificaram que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo, predominante e total foi de 24, 77 e 112 dias,

respectivamente (VASCONCELOS, 2006).

VIEIRA et al. (2004) encontraram em Feira de Santana-BA, uma prevalência de 69,2% de crianças menores de um ano em amamentação. Quando as crianças foram agrupadas em intervalos etários mensais, estavam sendo aleitadas ao peito 93,8% das crianças de até um mês de vida, 93,8% da faixa etária de 31 a 60 dias e 48,6% de 11 meses de idade. Quanto ao aleitamento exclusivo, as suas prevalências nos menores ou iguais aos quatro e seis meses foram, respectivamente, 48,3% e 38,5%, sendo que no primeiro mês 62,1% mamavam exclusivamente, enquanto que somente 17,7% se beneficiavam do aleitamento exclusivo no sexto mês de vida.

Em estudo desenvolvido no Distrito Federal com crianças menores de um ano de idade, encontraram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo, na faixa etária de 0-15 dias, foi de 62% (intervalo de confiança de 95%: 58,5-65,3) e de 12,8% (11,0-14,7) na faixa etária de 151-180 dias. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo correspondeu a 39,4 dias. O aleitamento predominante manteve-se constante ao longo dos intervalos etários, com uma prevalência média de 33,1% (31,4-34,7), enquanto o parcial variou de 4,5% (3,1-6,4) a 28,4% (25,8-31,0), nas idades mencionadas (SENA, 2002).

PEDROSO et al. (2004), encontraram em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP, uma prevalência de aleitamento materno de 95,7%

(IC95%: 93,2-98,2) dos menores de um ano; aleitamento materno exclusivo - 10,3% (IC95%: 2,9-17,6); aleitamento predominante - 32,3% (IC95%: 23,5-41,2), sendo que a duração mediana do aleitamento foi de seis meses.

Em Minas Gerais, na região do alto do Jequitinhonha, evidenciaram em estudo para identificar e analisar as variáveis associadas à menor duração do aleitamento materno uma mediana do tempo de aleitamento materno de 10,85 meses (SILVEIRA, 2006).

WAYLAND (2004), em estudo sobre padrões de amamentação em Rio Branco-AC, evidenciou que 96% das mães iniciavam a amamentação após o nascimento, porém 45% delas abandonavam antes dos 6 meses e 63% antes dos 12 meses de idade.

Estudo desenvolvido em Salvador observou que 96,7% das crianças iniciaram a amamentação ao peito. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo entre as crianças foi de 30,6 dias. Ao completar 120 dias de vida, 6,9% delas estavam em uso de leite materno exclusivo e, aos 180 dias, 0,9% delas praticavam esse regime alimentar. A duração mediana do aleitamento materno predominante para o conjunto das crianças investigadas foi de 73 dias. Aos 120 e 180 dias de vida esse regime alimentar era praticado, respectivamente, por 15,5% e por 3,3% das crianças. A duração mediana do aleitamento total foi de 131,5 dias para o total das crianças investigadas (OLIVEIRA, 2005).

2 JUSTIFICATIVA

Apesar dos comprovados benefícios do aleitamento materno, programas governamentais no Brasil não conseguiram atingir as recomendações da OMS. A análise de dados das décadas de 70 e 80 mostrou que sua duração mediana, que era de 2,5 meses em 1975, passou para 5,5 meses em 1989 e para 7 meses em 1996. Porém, o incremento nos índices de aleitamento materno não foi homogêneo em todo o país, sofrendo variações significativas de acordo com o local e as características socioeconômicas da população estudada. Por esse motivo, é conveniente conhecer as características locais do padrão de aleitamento, a fim de avaliar os fatores de risco para o desmame precoce e contribuir para o planejamento em saúde na formulação de ações educativas e de suporte que favoreçam o aumento da prática da amamentação. As associações entre diversos fatores e o aleitamento materno, se identificados em uma região, podem orientar o delineamento de políticas.

Neste estudo considerou-se como variável dependente o aleitamento materno completo (AMC), onde a criança recebia o aleitamento materno exclusivo adicionado ou não de água e chá. Optou-se pela comparação do aleitamento materno completo (leite exclusivo e/ou água e chá) devido à baixa frequência de crianças em aleitamento exclusivo. No sexto mês de vida, a prevalência de aleitamento materno exclusivo é de 1,27% e o de

aleitamento materno total, 29%.

Assim, julgou-se pertinente conduzir um estudo para comparar as prevalências dos tipos de amamentação segundo fatores sócio-demográficos nas cinco regiões do Brasil em crianças menores de seis meses de idade.

3 OBJETIVOS

3.1 Descrever e comparar as prevalências do tipo de aleitamento materno completo (AMC), segundo associações com sexo, peso ao nascer, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, idade da mãe, sexo, tipo de parto, uso da chupeta, estado nutricional e idade da criança, considerando as regiões do Brasil, nos primeiros seis meses de idade.

3.2 Descrever os tipos de amamentação segundo idade em mês e regiões do Brasil.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Locais do estudo

Este estudo faz parte de um projeto multicêntrico coordenado por docentes do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP, desenvolvido nas cinco regiões geográficas do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste), em doze cidades brasileiras: Porto Alegre, Maringá, São Paulo, Santo André, Rio de Janeiro, Viçosa, Brasília, Cuiabá, Salvador, Teresina, Manaus, e Rio Branco, financiado pela FAPESP (processo FAPESP – 1996/06886-3).

A escolha dos locais prendeu-se à existência de pesquisadores na área de nutrição, ligados às universidades ou a institutos de pesquisa e que tivessem serviços de saúde com infra-estrutura que possibilitassem o desenvolvimento do estudo.

4.2 Desenho do estudo e amostra

Estudo transversal de abrangência nacional, com amostra constituída por 3475 crianças com até seis meses de idade, atendidas em serviços públicos da rede básica de saúde para consultas de rotina, em programa de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e para vacinas, nos anos de 1998 a 2000.

4.3 Coleta e registro de dados

Em cada cidade, contou-se com um responsável local, que ficou encarregado do treinamento de entrevistadores para o preenchimento do formulário. Após o esclarecimento das mães ou responsáveis pela criança, elas assinavam um termo de consentimento de participação na pesquisa e, em seguida, a entrevista era realizada, utilizando-se o formulário. Os serviços dispunham de um manual de instruções, que havia sido utilizado no treinamento dos profissionais responsáveis pela coleta.

Os dados das crianças, preenchidos em formulário estruturado, foram coletados em centros de saúde, em uma única entrevista, durante consulta de rotina de puericultura usando o prontuário e entrevistando o responsável da criança (anexo 1).

A coleta foi feita, em algumas localidades, pelos atendentes de enfermagem dos serviços de saúde e, em outras, por alunos, bolsistas e/ou estagiários dos cursos. A ocasião da coleta de dados foi diferente em cada localidade, determinada pela disponibilidade do responsável ou de acordo com as possibilidades e infra-estrutura de cada local. O tempo de coleta variou de quatro meses até um ano.

Os dados de identificação, que constituem o cabeçalho do formulário, foram preenchidos na pré-consulta por atendentes de enfermagem, alunos e/ou estagiários. Os dados de peso e comprimento ao nascer, tipo de parto e duração da gestação foram obtidos, preferencialmente, quando possível, do cartão de maternidade, apresentado no momento da matrícula no serviço de saúde. Os demais foram obtidos durante a entrevista com a responsável.

4.4 Inquérito dietético

As questões referentes ao aleitamento materno foram respondidas pela mãe ou responsável. O questionário incluía dados sobre a alimentação atual da criança e também sobre o histórico de amamentação e desmame, conforme lembrado pelas mães no momento da entrevista. A prática alimentar segundo o *status quo* mostra o evento de interesse no momento da pesquisa. A utilização do *status quo* evita o viés de memória, que pode ocorrer em estudos com dados obtidos retrospectivamente (RIOS, 1992; FERREIRA, 1996, SILVA, 1993).

Consta do formulário uma lista de alimentos mais utilizados no primeiro ano de vida. Para cada alimento, a resposta, quanto ao consumo, foi sim ou não.

4.5 Digitação dos dados

Os questionários foram codificados de acordo com o manual de uso do formulário que foi entregue aos entrevistadores na época do treinamento. As variáveis foram preenchidas no momento da coleta dos dados. A digitação dos dados do projeto original foram processados utilizando-se o programa Epi Info versão 6.04, sendo que a máscara foi entregue para cada pesquisador responsável.

Os dados preenchidos foram revisados e codificados antes do início da digitação, realizada em duplicata. Foi utilizado o módulo VALIDATE do Epi Info versão 6.04 para comparar as digitações, sendo os campos não coincidentes conferidos com as originais e retificados. Após os bancos serem unidos, os dados foram trabalhados no pacote estatístico Stata versão 9.2.

4.6 Variáveis de estudo

As variáveis selecionadas para a modelagem estatística estão listadas a seguir, de acordo com o formato utilizado.

4.6.1 Variável dependente

Aleitamento materno (*status quo*) – Considerou-se como em aleitamento materno a criança que recebia leite do peito na ocasião da coleta. No caso da criança não estar mais consumindo o leite materno, era solicitado à mãe que respondesse quando havia deixado de oferecer este alimento.

Considerou-se a categoria de aleitamento materno propostas pelo OMS, 1991.

Aleitamento materno completo (AMC) – a criança recebe o aleitamento materno exclusivo adicionado ou não de água e chá (predominante).

4.6.2 Descrição das categorias de aleitamento materno.

Para descrever as prevalências de aleitamento segundo região e idade em mês, utilizou-se as categorias (OMS, 1991):

Aleitamento misto (AM) - a criança recebe leite materno e leite de vaca ou similar, podendo ou não estar consumindo outros alimentos.

Alimentação artificial (AA) – refere-se à inclusão do leite de vaca como o único alimento lácteo no regime alimentar, podendo ou não incluir outros alimentos.

Quadro 1 – Categoria e codificação da variável dependente analisada.

Variável	Valor	
	0	1
AMC – aleitamento materno completo.	Com aleitamento	Sem aleitamento

4.6.2 Variáveis independentes:

As variáveis independentes foram categorizadas (quadro 2), com exceção da idade, que foi mantida contínua, em meses, para os propósitos da análise. As cidades e regiões foram utilizadas como variáveis estratificadoras. São elas: **Norte** - Rio Branco e Manaus; **Nordeste** - Teresina e Salvador; **Centro-Oeste** - Brasília e Cuiabá; **Sudeste** - São

Paulo, Santo André, Rio de Janeiro e Viçosa; **Sul** - Maringá e Porto Alegre.

Quadro 2 – Categorias e codificação das variáveis independentes analisadas.

Variável	Código	
	0	1
Escolaridade materna	Menor que 5 anos	Maior ou igual a 5 anos
Escolaridade paterna	Menor que 5 anos	Maior ou igual a 5 anos
Idade da mãe	Menor que 20 anos	Maior ou igual a 20 anos
Uso da chupeta	Não	Sim
Peso ao nascer	Menor que 2500 gramas	Maior ou igual a 2500 gramas
Sexo da criança	Masculino	Feminino
Tipo de parto	Normal	Outro

4.7 Análise estatística

A descrição dos resultados foi feita mediante médias, desvios-padrão e proporções. Em relação ao aleitamento materno completo em menores de 6 meses, analisou-se a presença de associações usando teste qui-quadrado entre a variável dependente (categorias: Sim=0 e Não=1) e cada variável independente (escolaridade materna, escolaridade paterna, idade da mãe, uso da chupeta, peso ao nascer, sexo da criança e tipo de parto) com abordagem hierarquizada, teórico, para a seleção das variáveis (VICTORA e col. 1997).

Foi usada regressão linear generalizada (GLM), com família binomial e ligação logarítmica, que permite a obtenção direta das razões de prevalências. No caso de não convergência, utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta, que permite obter uma boa aproximação para a razão de prevalência.

As variáveis com $p < 0,25$ foram selecionadas para entrarem na análise múltipla, fazendo comparações das prevalências do Aleitamento Materno Completo (AMC) segundo as categorias das variáveis (razões de prevalências - RP). O critério de permanência das variáveis nos seus níveis hierárquicos e no modelo final foi $p \leq 0,10$. São apresentados estimativas por ponto e por intervalo com 95% de confiança. As prevalências são obtidas a partir do modelo, segundo região e idade em mês.

4.8 Esquema conceitual para a seleção hierarquizada e modelagem.

Estruturou-se inicialmente, um marco teórico com as variáveis mais freqüentemente descritas na literatura como associadas ao desmame, organizando-as em blocos hierarquizados (VICTORA e col.,1997).

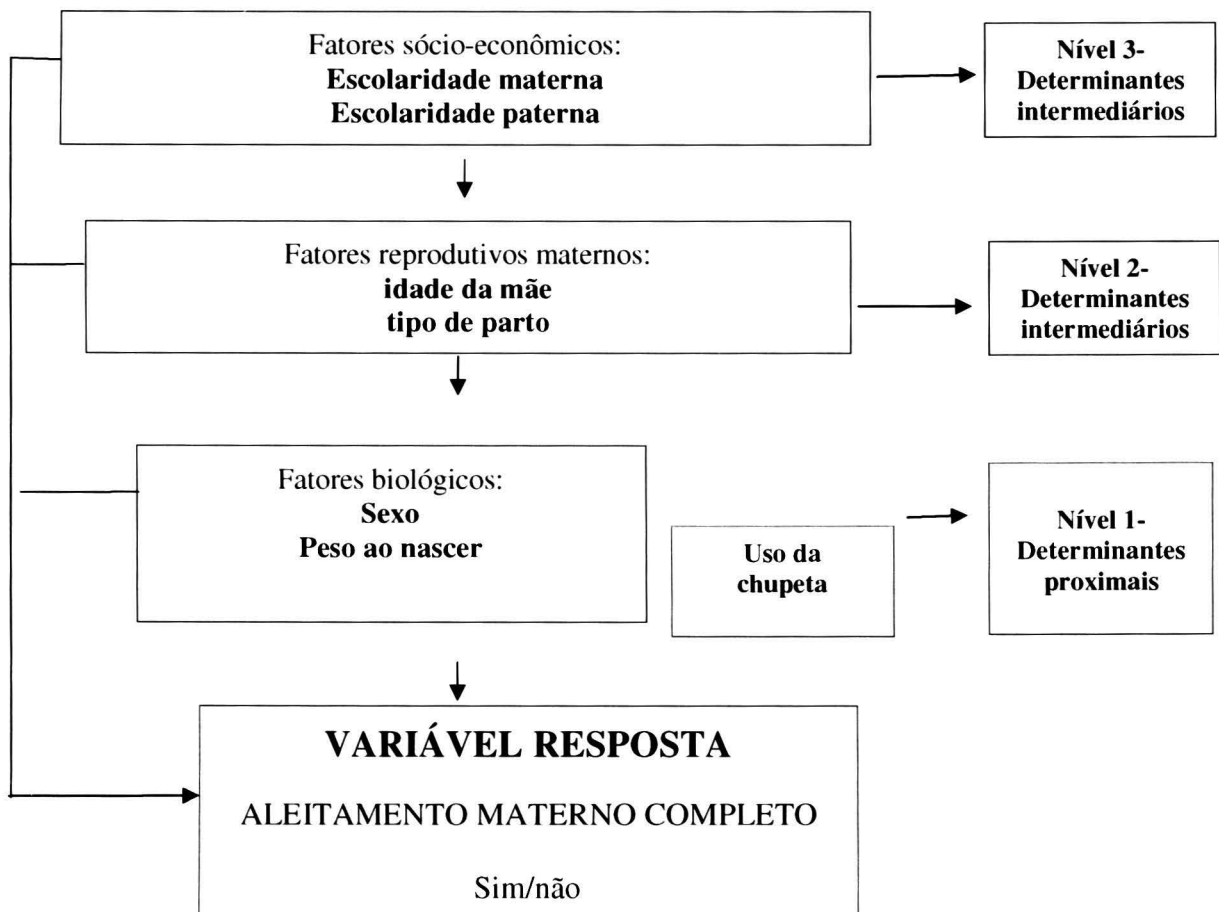
A Figura 1 mostra o modelo conceitual dos níveis hierárquicos nos primeiros seis meses de vida.

1. Inicialmente foram realizadas análises bivariadas para o Brasil, entre a variável resposta e cada uma das variáveis independentes, selecionando para entrar no modelo as variáveis com nível descritivo $p \leq 0,25$.
2. Foi realizada análise múltipla agregando as variáveis selecionadas em cada nível hierárquico, iniciando com as variáveis que permaneceram no 3º nível. Na agregação dos níveis, as variáveis selecionadas do maior nível permaneceram na análise subsequente, independentemente do valor descritivo de p. Para as variáveis do menor nível, o critério de permanência foi $p \leq 0,10$.

3. As variáveis selecionadas do 3º nível juntamente com as variáveis do 2º nível foram conservadas no modelo e entraram no ajuste do próximo nível seguinte.

4. As variáveis finais selecionadas para o Brasil foram incluídas para a análise de cada região. São elas: escolaridade materna, escolaridade paterna, idade da mãe, uso da chupeta, peso ao nascer e tipo de parto. Nesta etapa, foram selecionadas para continuarem na modelagem as variáveis que apresentaram nível descritivo $p \leq 0,10$.

Figura 1: Modelo teórico de investigação dos efeitos de fatores relacionados ao aleitamento materno infantil, durante os seis primeiros meses de vida, estruturado em blocos hierarquizados



5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública segundo resolução 1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Tabela 1. Distribuição das crianças segundo cidades, estados e regiões, 2000.

<i>CIDADE</i>	<i>ESTADO</i>	<i>REGIÃO</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Rio Branco	AC	Norte	265	7,6
Manaus	AM	Norte	294	8,4
Teresina	PI	Nordeste	238	6,8
Salvador	BA	Nordeste	187	5,4
Cuiabá	MT	Centro-Oeste	249	7,2
São Paulo	SP	Sudeste	111	3,2
Rio de Janeiro	RJ	Sudeste	272	7,8
Santo André	SP	Sudeste	778	22,4
Viçosa	MG	Sudeste	202	5,8
Maringá	PR	Sul	266	7,6
Porto Alegre	RS	Sul	270	7,7
Total			3475	100

Foram estudadas 3475 crianças com até 6 meses de idade, sendo que 1790 (51.51%) eram do sexo masculino e 1685 (48.49%), do sexo feminino (tabela 1).

A tabela 2 apresenta as médias de idade em meses das crianças nas regiões do Brasil. As idades distribuem-se homogeneamente nas regiões.

Tabela 2. Número de crianças, médias e desvios-padrão das idades segundo regiões, 2000.

REGIÃO	n	MÉDIA (meses)	DESVIO-PADRÃO
NORTE	559	2,55	1,55
NORDESTE	425	2,51	1,75
CENTRO-OESTE	592	2,46	1,64
SUDESTE	1363	2,59	1,63
SUL	536	2,56	1,54
TOTAL	3475	2,55	1,62

A tabela 3 mostra a prevalência das categorias de aleitamento, materno segundo idade em dias.

6.2 CATEGORIAS DE ALEITAMENTO MATERNO.

As tabelas 3 e 4 descrevem as prevalências das categorias de aleitamento materno segundo idade e regiões do Brasil.

Tabela 3 – Prevalência das categorias de aleitamento segundo idade das crianças, 2000.

IDADE (mês)	CATEGORIAS DE ALEITAMENTO							
	AMC		AM		AA		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0 ---90	471	27,7	999	58,8	229	13,5	1699	100
90 ---180	153	8,6	1054	59,4	569	32,0	1776	100
Total	624	18,0	2053	59,0	798	23,0	3475	100

No primeiro trimestre de vida, a prevalência da categoria foi maior para a categoria aleitamento materno - AM com 58,8%. Observa-se que as prevalências de aleitamento materno completo - AMC e aleitamento artificial - AA são 27,7 e 13,5% respectivamente. No segundo trimestre manteve-se a

maior prevalência para a categoria aleitamento materno - AM com 59,4%.

Para aleitamento materno completo – AMC e aleitamento artificial - AA, as prevalências foram respectivamente 8,6 e 32%.

Tabela 4 – Prevalência das categorias de aleitamento materno segundo regiões do Brasil e idade das crianças (trimestre), 2000.

REGIÃO IDADE	CATEGORIAS DE ALEITAMENTO						Total	
	AMC		AM		AA			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Norte								
0 -- 90	139	47,7	123	42,3	29	10,0	291	100
90 -- 180	49	18,3	141	52,6	78	29,1	268	100
Nordeste								
0 -- 90	145	69,4	48	23,0	16	7,6	209	100
90 -- 180	77	35,6	91	42,4	48	22,2	216	100
Centro-Oeste								
0 -- 90	184	61,7	94	31,6	20	6,7	298	100
90 -- 180	88	29,9	151	51,4	55	18,7	294	100
Sudeste								
0 -- 90	221	35,5	285	45,8	116	18,6	622	100
90 -- 180	92	12,4	357	48,2	292	39,4	741	100
Sul								
0 -- 90	141	50,5	90	32,3	48	17,2	279	100
90 -- 180	49	19,1	112	43,6	96	37,3	257	100

Observa-se na tabela 4 que a prevalência no primeiro trimestre de vida apresenta-se maior para a categoria AMC em todas as regiões, exceto na Sudeste, onde prevalece a categoria aleitamento materno - AM. No segundo trimestre, as prevalências maiores, em todas as regiões, são para a categoria aleitamento materno – AM.

6.3. FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO – AMC.

6.3.1 BRASIL

Tabela 5 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis da análise, valores da razão de prevalência (RP) e valores de p nas regiões do Brasil, 2000.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO (AMC)						RP	p
		NÃO		SIM		TOTAL			
		n	%	n	%	n (100%)			
Sexo	Masculino	1189	66,4	601	33,6	1790	1		
	Feminino	1101	65,3	584	34,7	1685	1,03	0,501	
Peso ao nascer	Baixo peso	217	73,6	78	26,4	295	1		
	Adequado	2033	65,0	1096	35,0	3129	1,32	0,005	
	Sem inform.	40	78,4	11	21,6	51	0,81	0,474	
Uso da chupeta	Não	495	43,2	651	56,8	1146	1		
	Sim	1105	71,3	444	28,7	1549	0,50	0,000	
Tipo de parto	Normal	948	57,6	699	42,4	1647	1		
	Outro	1310	73,0	484	27,0	1794	0,63	0,000	
	Sem inform.	32	94,1	02	5,9	34	0,13	0,004	
Idade da mãe	Jovem	585	67,5	281	32,5	866	1		
	Adulta	1690	65,3	899	34,7	2589	1,07	0,226	
	Sem inform.	15	75,0	05	25,0	20	0,77	0,504	
Escolaridade da mãe	Baixa	1266	63,3	734	36,7	2000	1		
	Não baixa	973	68,5	448	31,5	1421	0,85	0,002	
	Sem inform.	51	94,4	03	5,6	54	0,15	0,001	
Escolaridade do pai	Baixa	1092	62,7	649	37,3	1741	1		
	Não baixa	1088	67,7	525	32,5	1613	0,87	0,004	
	Sem inform.	110	90,9	11	9,1	121	0,24	0,000	

Na tabela 5 encontra-se a distribuição das crianças do estudo segundo a presença de aleitamento materno completo (AMC) e demais variáveis da pesquisa.

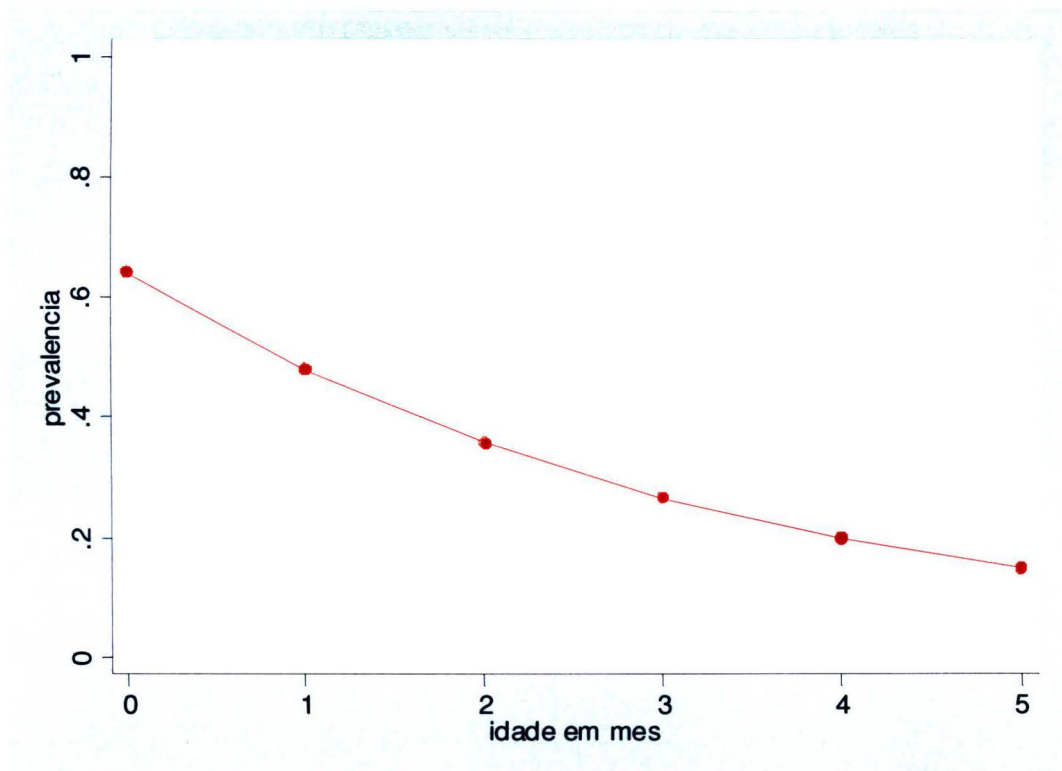
As variáveis (peso ao nascer, uso da chupeta, tipo de parto, escolaridade materna, idade da materna e escolaridade paterna) apresentaram o valor de $p < 0,25$ para as regiões do Brasil na análise global.

Estas variáveis foram incluídas no modelo de regressão múltipla, sendo que o resultado final do ajuste mostra que as variáveis tipo de parto, peso ao nascer e uso da chupeta estão associadas com aleitamento materno completo, com $p < 0,10$ (tabela 6).

Tabela 6 – Razões de prevalências (RP), intervalos com 95% de confiança, p descritivos, segundo as categorias das variáveis, 2000.

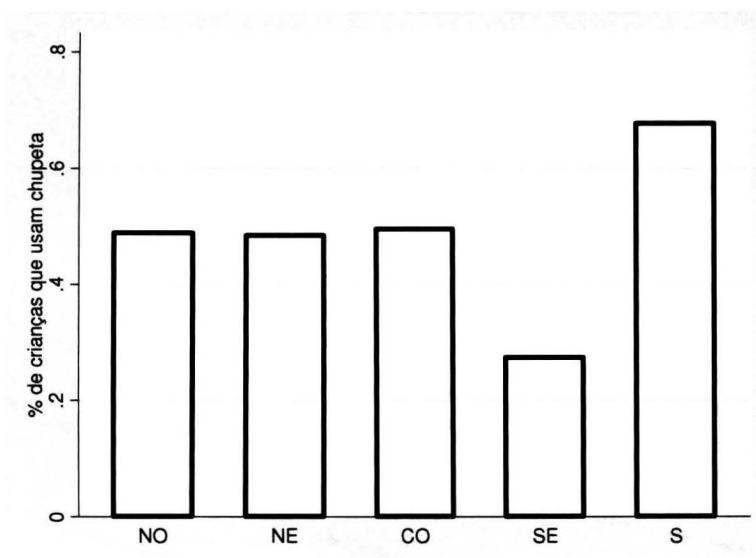
VARIÁVEL	CATEGORIAS	RP	(IC95%(RP))	p
Uso da chupeta	Não	1		
	Sim	0,53	0,47 - 0,58	0,000
Tipo de parto	Normal	1		
	Outro	0,82	0,74 - 0,91	0,000
Peso ao nascer	Baixo peso	1		
	Adequado	1,19	1,00 - 1,42	0,047

Figura 2 – Prevalência de AMC (modelada) no Brasil, 2000.



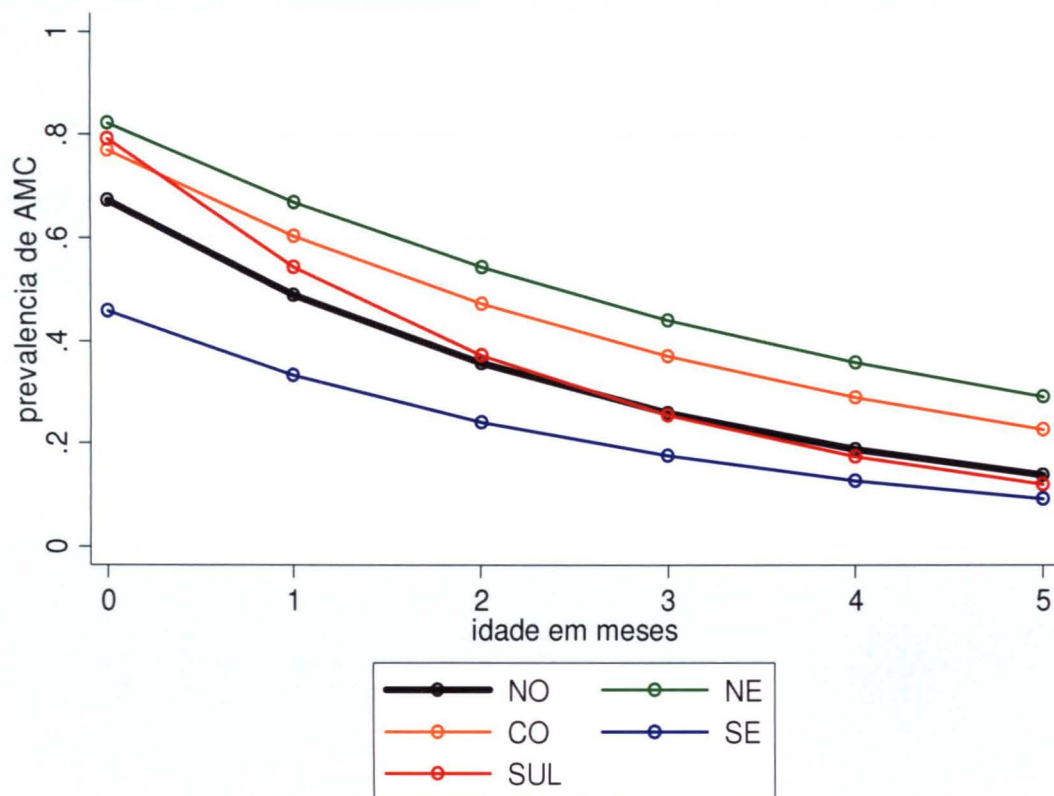
A figura 2 mostra a prevalência de aleitamento materno, obtida na modelagem, segundo idade em meses, em todas as regiões do Brasil. Observa-se um declínio do aleitamento materno ao longo do aumento de idade, sendo que no primeiro mês a prevalência é de 62%.

Figura 3 – Distribuição do AMC segundo as regiões do Brasil, 2000.



A figura 3 apresenta as prevalências de aleitamento materno segundo regiões do estudo em crianças menores de 6 meses. Na região Norte (18,9%), no Nordeste (33,4%), no Centro-Oeste (26,7%), no Sudeste (13,5%) e na região Sul (19%).

Figura 4: Prevalência de aleitamento materno completo (AMC) segundo idade em meses, nas regiões do Brasil, 2000.



A figura 4 mostra as prevalências de aleitamento materno completo (AMC), a partir do modelo, nas regiões do Brasil, ajustados pela idade em meses. Observa-se que na idade zero, a região Sudeste apresenta menor prevalência com 46%; e a região Nordeste apresenta a maior prevalência com 89%. Na idade 5, a prevalência na região Sudeste é de 7,5% e no Nordeste de 14%.

As figuras 5,6 e 7 mostram as prevalências do resultado do modelo final da regressão múltiplas do aleitamento materno completo ajustadas para as variáveis uso da chupeta, tipo de parto e peso ao nascer na análise do Brasil.

Figura 5: Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso de chupeta e idade em mês, nas regiões do Brasil.

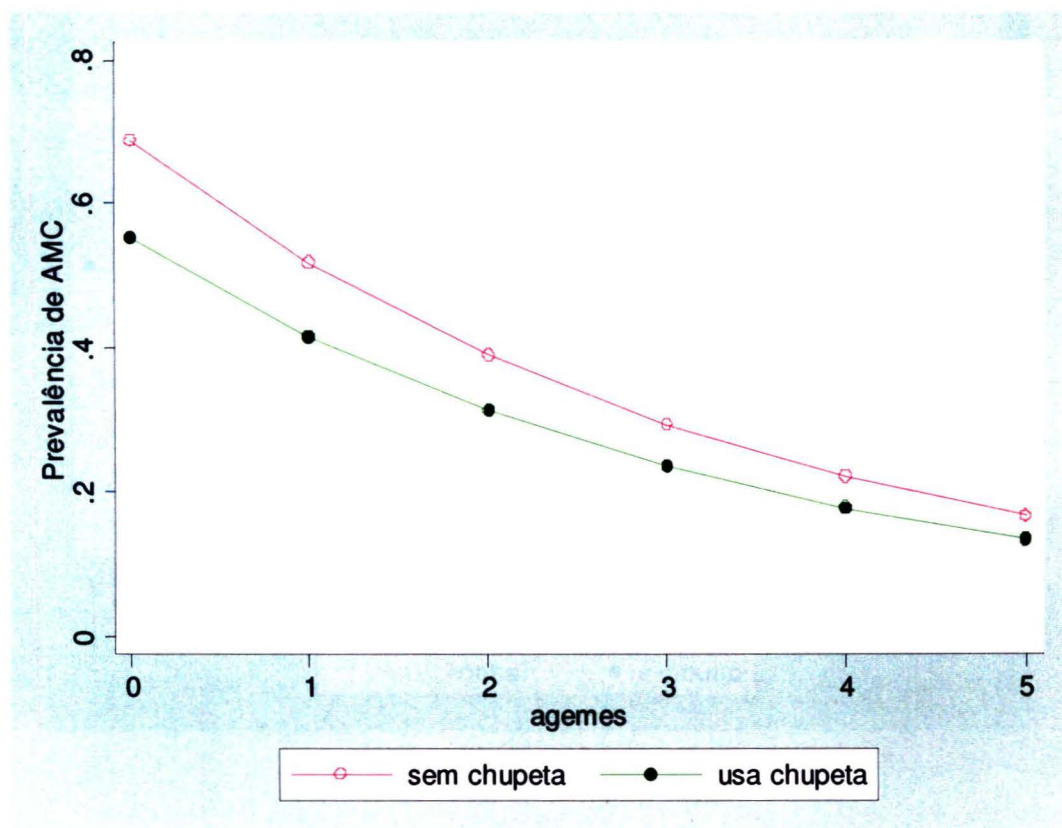


Figura 6 - Prevalência de AMC (modelada) segundo o tipo de parto e idade em mês, nas regiões do Brasil.

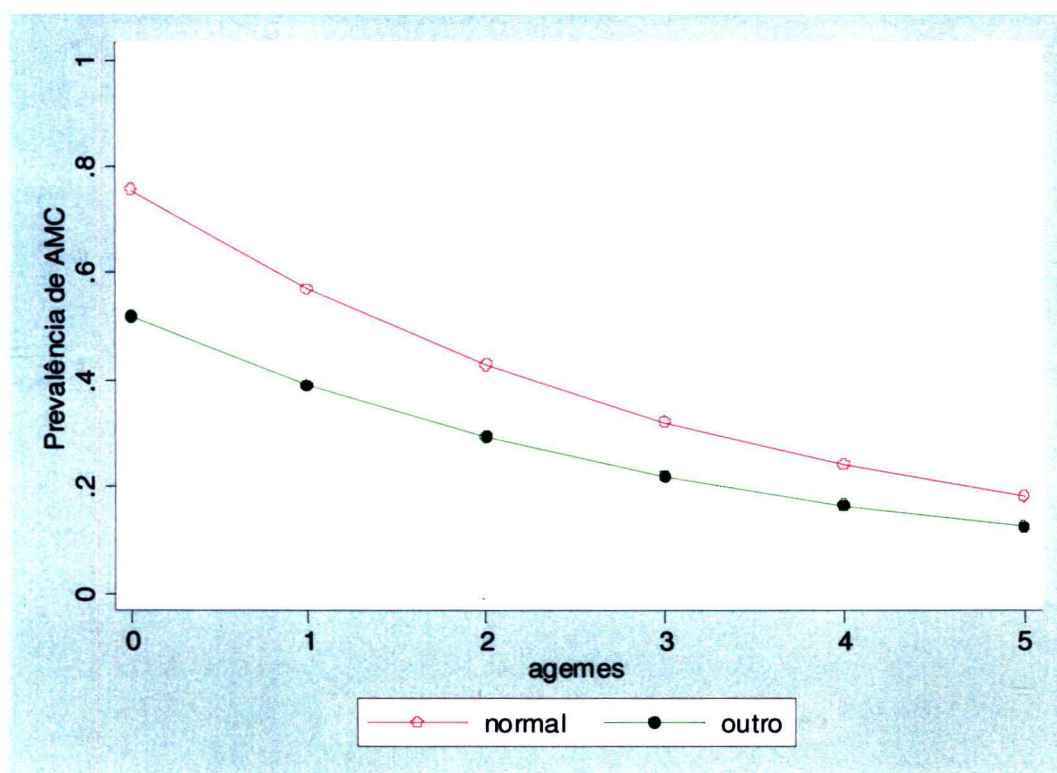
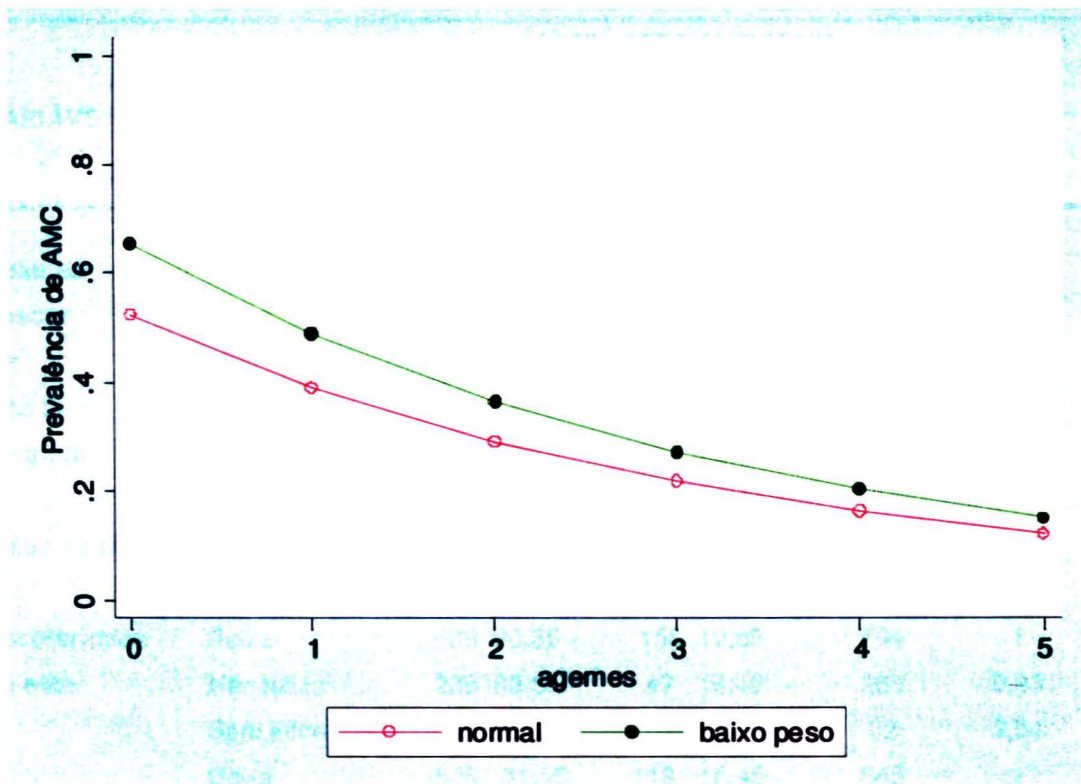


Figura 7 - Prevalência de AMC (modelada) segundo peso ao nascer e idade em mês, nas regiões do Brasil.



6.3.2 REGIÃO NORTE

Tabela 7 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis da análise, valores da razão de prevalência (RP) e valores de p na região Norte, 2000.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO (AMC)					RP	p
		NÃO		SIM		TOTAL		
		n	%	n	%	n (100%)		
Peso ao nascido	Baixo peso	74	85,06	13	14,94	87	1	
	Adequado	772	80,58	186	19,42	958	1,29	0,321
	Sem inform.	31	86,11	05	13,89	36	0,92	0,881
Uso da chupeta	Não	149	54,78	123	45,22	551	1	
	Sim	222	77,35	65	22,65	530	0,53	0,000
	Jovem	255	80,70	61	19,30	316	1	
Idade da mãe	Adulta	617	81,29	142	18,71	759	0,96	0,802
	Sem inform.	05	83,33	01	16,67	06	0,83	0,873
	Baixa	638	80,35	156	19,65	794	1	
Escolaridade da mãe	Não baixa	238	83,51	47	16,49	285	0,83	0,237
	Sem inform.	01	50,00	01	50,00	02	2,54	1,189
	Baixa	526	81,55	119	18,45	645	1	
Escolaridade do pai	Não baixa	347	80,51	84	19,49	431	1,05	0,669
	Sem inform.	04	80,00	01	20,00	05	1,08	0,928
Tipo de parto	Normal	637	79,72	162	20,28	799	1	
	Outro	237	84,95	42	15,05	279	0,74	0,060
	Sem inform.	03	100,00	0	00,00	03	0,9	0,991

Na análise simples, os resultados dos testes revelaram que três variáveis (uso da chupeta, tipo de parto, escolaridade materna) tiveram o valor de $p < 0,25$ (tabela 7).

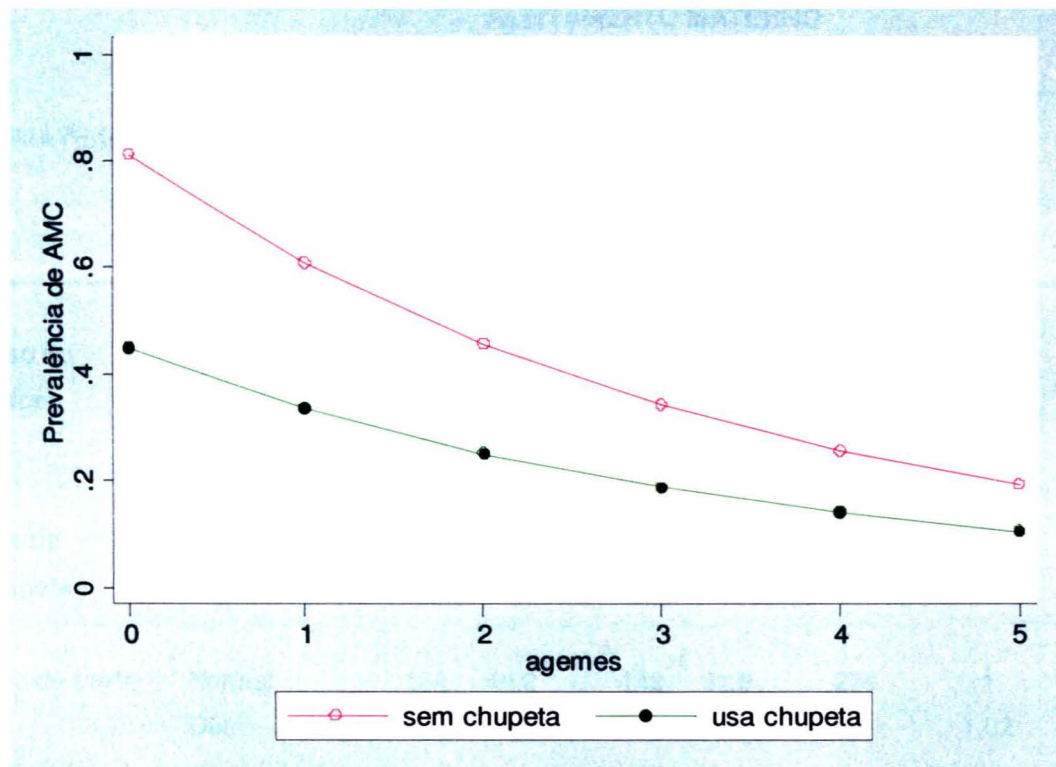
Estas variáveis foram incluídas no modelo de regressão múltipla, sendo que o resultado final do ajuste mostra que a variável uso da chupeta está associada com aleitamento materno completo (AMC), com $p \leq 0,10$ (tabela 8).

Tabela 8 – Valores de Razão de Prevalência (RP), intervalo de confiança de 95% e valores de p na regressão múltipla. Região Norte, 2000.

Variável	Categorias	RP	(IC95%(RP))		P
Uso da chupeta	Não	1			0,000
	Sim	0,50	0,38	0,647	

A figura 8 mostra o resultado da modelagem segundo a idade em mês.

Figura 8 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso de chupeta e idade em mês, na região Norte.



6.3.3 REGIÃO NORDESTE

Tabela 9 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis de análise, valores de razão de prevalência (RP) na região Nordeste, 2000.

VARIÁVEIS	CATEGORAS	ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO (AMC)						
		NÃO		SIM		TOTAL	RP	p
		n	%	n	%	n(100%)		
Peso ao nascer	Baixo peso	23	56,1	18	43,9	41	1	
	Adequado	178	46,7	203	53,3	381	1,21	0,290
	Sem Inform.	02	66,7	01	33,3	03	0,75	0,742
Uso da chupeta	Não	67	29,9	157	70,1	224	1	
	Sim	136	67,7	65	32,3	201	0,50	0,000
Tipo de parto	Normal	132	48,2	142	51,8	274	1	
	Outro	71	47,0	80	53,0	151	1,02	0,819
Idade da mãe	Jovem	46	47,4	51	52,6	97	1	
	Adulta	157	47,9	171	52,1	328	0,99	0,939
Escolaridade da mãe	Baixa	138	51,1	132	48,9	270	1	
	Não baixa	65	41,9	90	58,1	155	1,18	0,063
Escolaridade do pai	Baixa	124	50,2	123	49,8	247	1	
	Não baixa	79	44,4	99	55,6	178	1,11	0,232

As variáveis uso da chupeta, peso ao nascer, escolaridade da materna, escolaridade do pai apresentaram o valor de $p < 0,25$ para a região Nordeste (tabela 9).

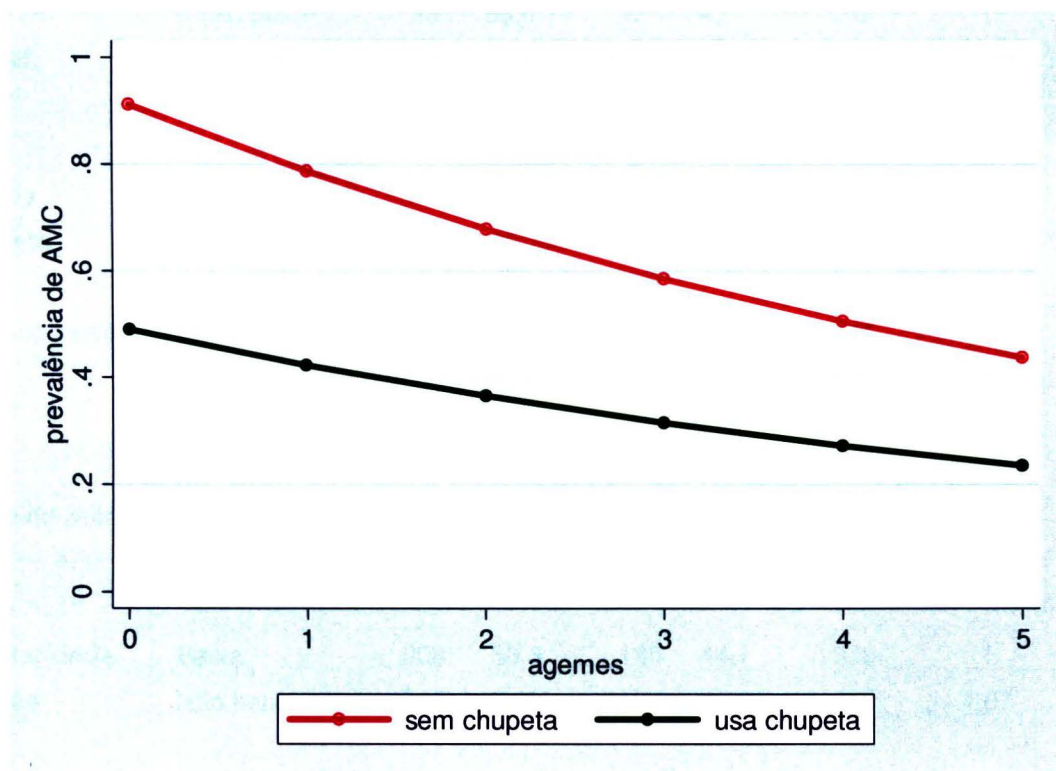
Estas variáveis foram incluídas no modelo de regressão múltipla, sendo que o resultado final do ajuste mostra que a variável uso da chupeta está associada com aleitamento materno total (AMC) (tabela 10).

Tabela 10 – Valores de Razão de Prevalência (RP), intervalo de confiança de 95% e valores de p na regressão múltipla. Região Nordeste, 2000.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	RP	(IC95%(RR))	p
Uso da chupeta	Não	1		
	Sim	0,46	0,37 0,57	0,000

A figura 9 mostra o resultado da modelagem da variável uso da chupeta segundo a idade em mês.

Figura 9 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso de chupeta e idade em mês, na região Nordeste.



6.3.4 REGIÃO CENTRO-OESTE

Tabela 11 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis de análise, valores de razão de prevalência (RP) e valores de p na região Centro-Oeste, 2000.

VARIÁVEIS	CATEGORAS	ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO (AMC)						
		NÃO		SIM		TOTAL	RP	p
		N	%	N	%			
Peso ao nascer	Baixo peso	33	66,0	17	34,0	50	1	
	Adequado	285	52,8	255	47,2	540	1,21	0,290
	Sem inform.	02	100,0	0	0,0	02	0,75	0,740
Uso da chupeta	Não	116	40,4	171	59,6	287	1	
	Sim	202	66,7	101	33,3	303	0,55	0,000
Tipo de parto	Normal	189	50,9	182	49,1	371	1	
	Outro	128	59,0	89	41,0	217	0,83	0,065
	Sem inform.	03	75,0	01	25,0	04	0,50	0,437
Idade da mãe	Jovem	95	56,9	72	43,1	167	1	
	Adulta	225	52,9	200	47,1	425	1,09	0,394
Escolaridade da mãe	Baixa	208	55,3	168	44,7	376	1	
	Não baixa	112	51,8	104	48,2	216	1,07	0,411
Escolaridade do pai	Baixa	179	51,3	170	48,7	349	1	
	Não baixa	140	58,1	101	41,9	241	0,86	0,108
	Sem inform.	01	50,0	01	50,0	02	1,02	0,971

Na análise simples, as variáveis (uso da chupeta, tipo de parto, e escolaridade do pai) apresentaram o valor de $p < 0,25$ para na região Nordeste (tabela 11).

No modelo de regressão múltipla, o resultado final do ajuste mostra que as variáveis tipo de parto, uso de chupeta estão associadas positivamente com aleitamento materno total (tabela 12).

Tabela 12 – Valores de Razão de Prevalência (RP) intervalo de confiança de 95% na regressão múltipla. Região Centro-Oeste, 2000.

VARIÁVEL	CATEGORIA	RP	(IC95%(RP))		p
Uso da chupeta	Não	1			
	Sim	0,55	0,46	0,66	0,000
Tipo de parto	Normal	1			
	Outro	0,81	0,67	0,97	0,027

As figuras 10 e 11 mostram o resultado da modelagem das variáveis uso da chupeta e escolaridade da mãe segundo a idade em mês.

Figura 10 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso da chupeta e idade em mês, na região Centro-Oeste.

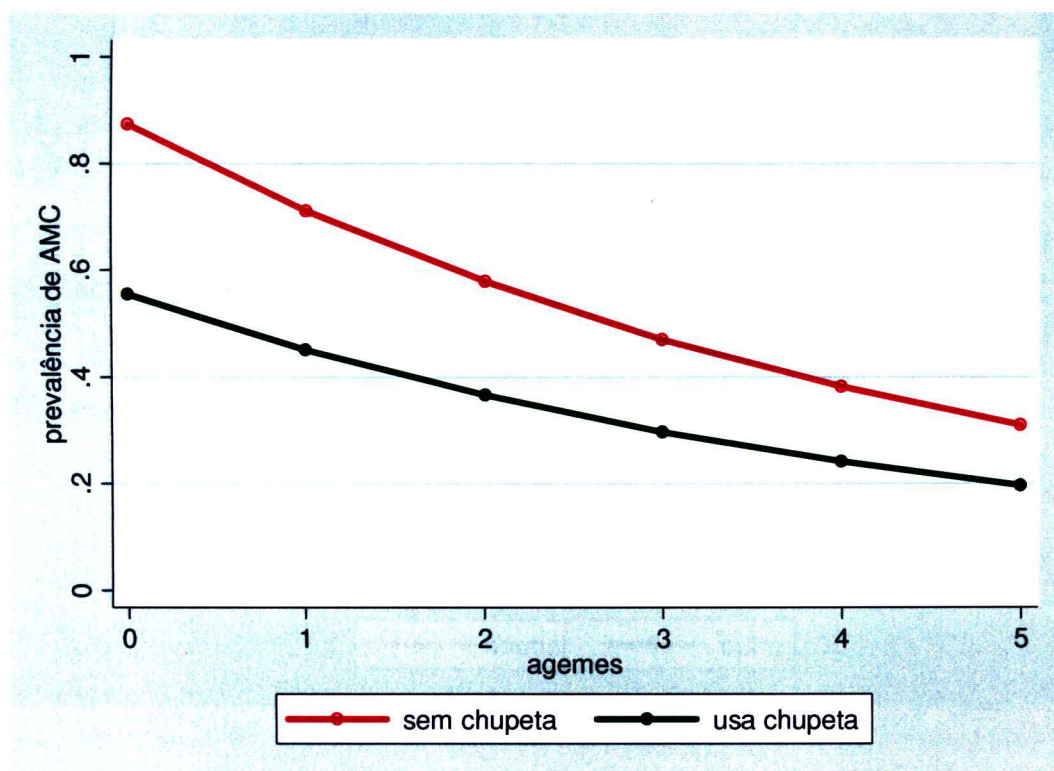
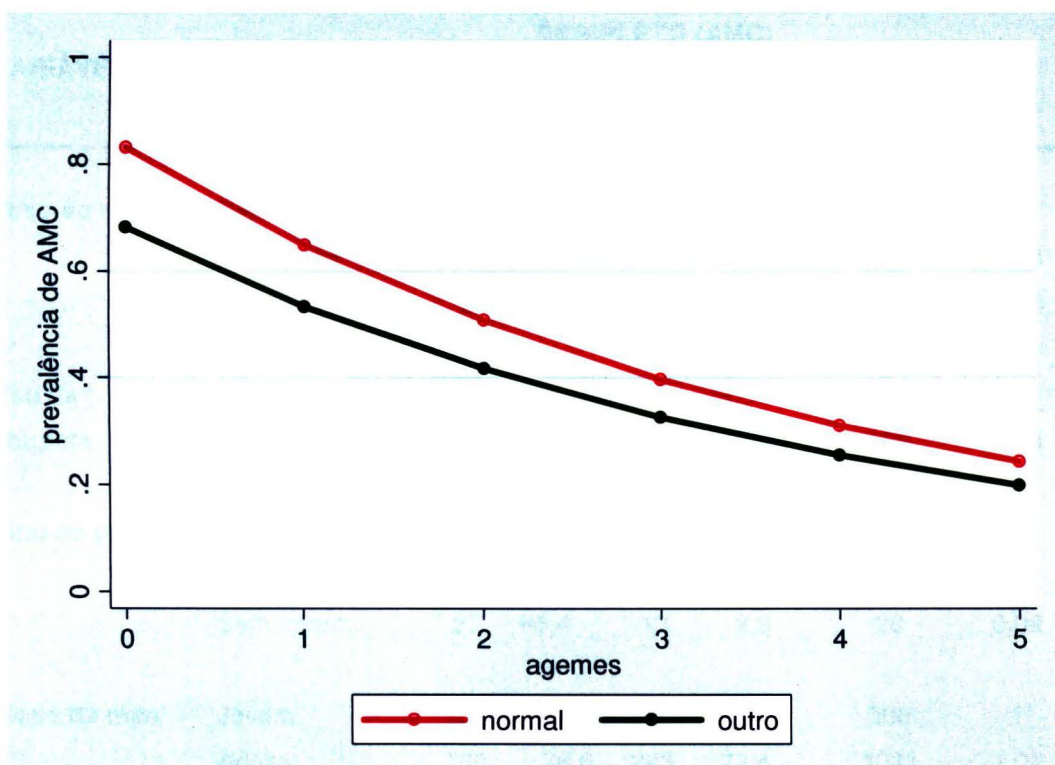


Figura 11 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o tipo de parto e idade em mês, na região Centro-Oeste.



6.3.5 REGIÃO SUDESTE

Tabela 13 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis de análise, valores de razão de prevalência (RP) e valores de p na região Sudeste, 2000.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO (AMC)					TOTAL n(100%)	RP	p
		NÃO		SIM					
		n	%	n	%				
Peso ao nascer	Baixo peso	107	82,9	22	17,1	129	1		
	Adequado	921	76,3	286	23,7	1207	1,38	0,102	
	Sem inform.	22	81,5	05	18,5	27	1,08	0,854	
Uso da chupeta	Não	78	39,6	119	60,4	197	1		
	Sim	284	73,2	104	26,8	388	0,44	0,000	
Tipo de parto	Normal	02	61,2	128	38,8	330	1		
	Outro	821	81,7	184	18,3	1005	0,47	0,000	
	Sem inform.	27	96,4	01	3,6	28	0,09	0,015	
Idade da mãe	Jovem	239	78,1	67	21,9	306	1		
	Adulta	798	76,6	243	23,4	1041	1,06	0,599	
	Sem inform.	13	81,2	03	18,8	16	0,85	0,770	
Escolaridade da mãe	Baixa	416	71,5	166	28,5	582	1		
	Não baixa	584	80,2	144	19,8	728	0,69	0,000	
	Sem inform.	50	94,3	03	5,7	53	0,19	0,004	
Escolaridade do pai	Baixa	356	73,4	129	26,6	485	1		
	Não baixa	587	77,0	175	23,0	762	0,86	0,144	
	Sem inform.	107	92,2	09	7,7	116	0,29	0,000	

Na análise simples, as variáveis peso ao nascer, uso da chupeta, tipo de parto, escolaridade da mãe e escolaridade do pai apresentaram o valor de $p < 0,25$ para a região Sudeste (tabela 13).

No modelo de regressão múltipla, o resultado final do ajuste mostra que as variáveis uso de chupeta escolaridade materna estão associadas com aleitamento materno total (tabela 14).

Tabela 14 – Valores de Razão de Prevalência (RP) intervalo de confiança de 95% e valores de p na regressão logística múltipla. Região Sudeste.2000.

VARIÁVEL	CATEGORIA	RP	(IC95%(RR))		p
Uso da chupeta	Não	1			
	Sim	0,45	0,36	0,55	0,000
Escolaridade da mãe	Baixa	1			
	Não baixa	1,23	1,03	1,47	0,020

As figuras 12 e 13 mostram o resultado da modelagem das variáveis uso da chupeta e escolaridade da mãe segundo a idade em mês.

Figura 12 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso de chupeta e idade em mês, na região Sudeste.

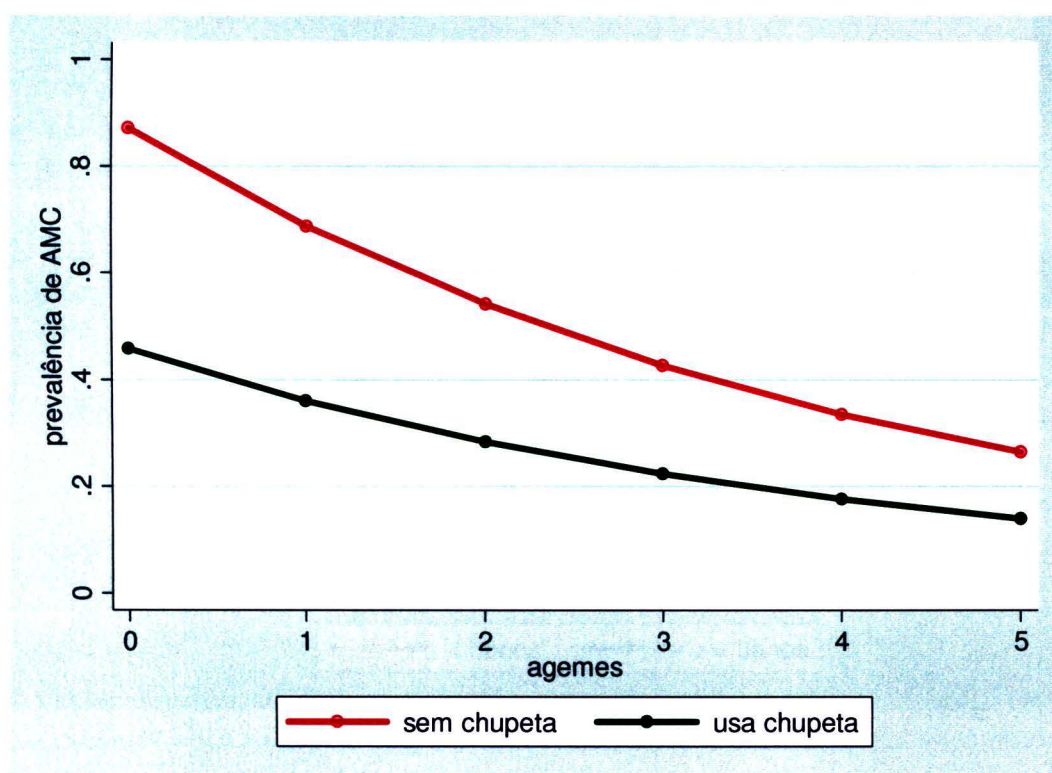
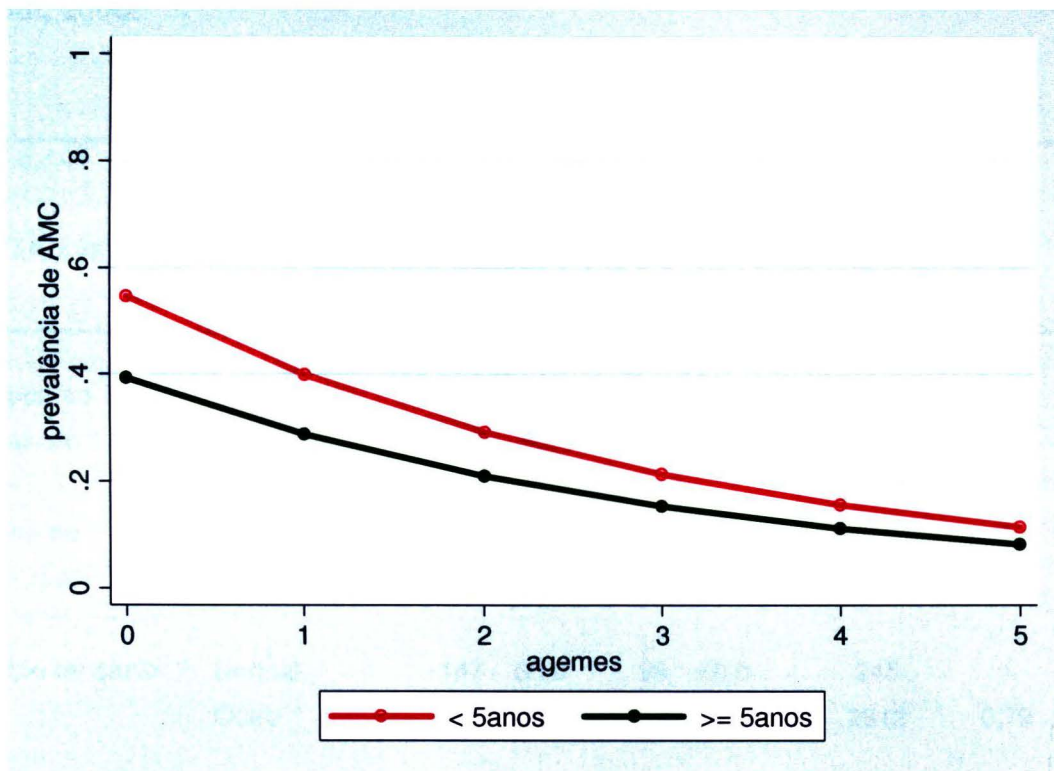


Figura 13 – Prevalência de AMC (modelada) segundo escolaridade da mãe e idade em mês, na região Sudeste.



6.3.6 REGIÃO SUL

Tabela 15 – Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo aleitamento materno completo (AMC) e as variáveis de análise, valores de razão de prevalência (RP) e valores de p na região Sul, 2000.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO (AMC)						RP	p
		NÃO		SIM		TOTAL			
		n	%	n	%	n (100%)			
Peso ao nascido	Baixo peso	28	75,7	09	24,3	37	1	0,175	
	Adequado	317	63,6	181	36,4	498	1,49		
Uso da chupeta	Não	85	51,2	81	48,8	166	1	0,000	
	Sim	261	70,5	109	29,5	370	0,60		
Tipo de parto	Normal	147	60,0	98	40,0	245	1	0,043	
	Outro	199	68,4	92	31,6	2912	0,79		
Idade da mãe	Jovem	83	73,5	30	26,5	113	1	0,038	
	Adulta	263	62,3	159	37,7	422	1,41		
Escolaridade da mãe	Baixa	232	65,0	125	35,0	357	1	0,766	
	Não baixa	114	63,7	65	36,3	179	1,03		
Escolaridade do pai	Baixa	213	64,3	118	35,6	331	1	0,901	
	Não baixa	133	64,8	72	35,1	205	0,98		

As variáveis peso ao nascer, uso da chupeta, e tipo de parto e idade da mãe apresentaram o valor de $p < 0,25$ para a região Sul na análise univariada (tabela 15).

No modelo de regressão múltipla, o resultado final do ajuste mostra que as variáveis tipo de parto e uso da chupeta estão associadas com aleitamento materno total (tabela 16).

Tabela 16 – Valores de Razão de Prevalência (RP) intervalo de confiança de 95% na regressão logística múltipla. Região Sul. 2000.

Variável	Categoria	RR	IC (95%)	P
Tipo de parto (Binomial) (Poisson)	Normal	1		
	Outro	NC* 0,71	0,45 0,99	0,047
Uso da chupeta	Não	1		
	Sim	0,36	0,24 0,54	0,000

- NC – não convergiu.

As figuras 14 e 15 mostram o resultado da modelagem das variáveis uso da chupeta e tipo de parto segundo a idade em mês.

Figura 14 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o uso da chupeta e idade em mês, na região Sul, 2000.

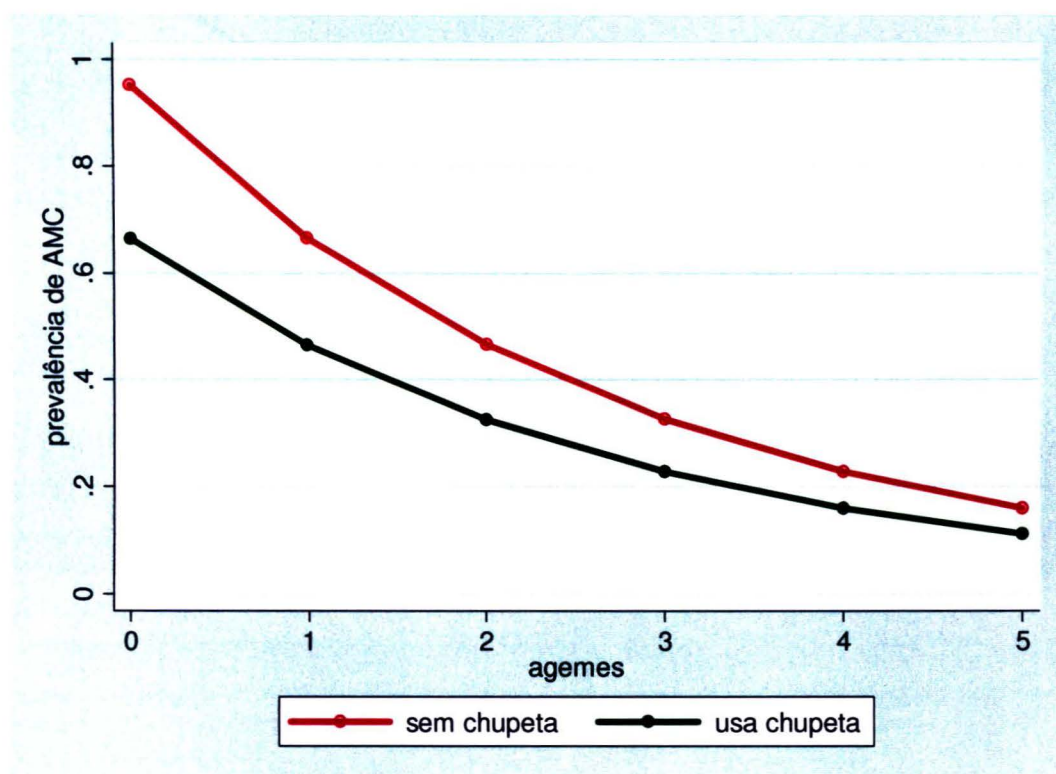
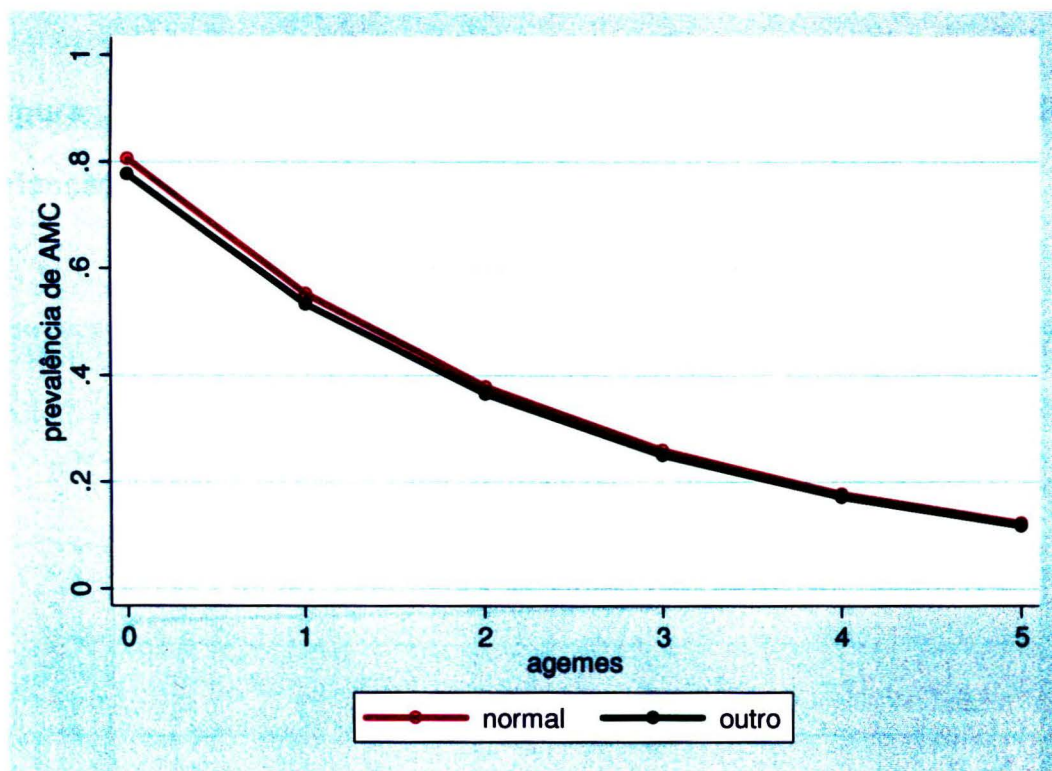
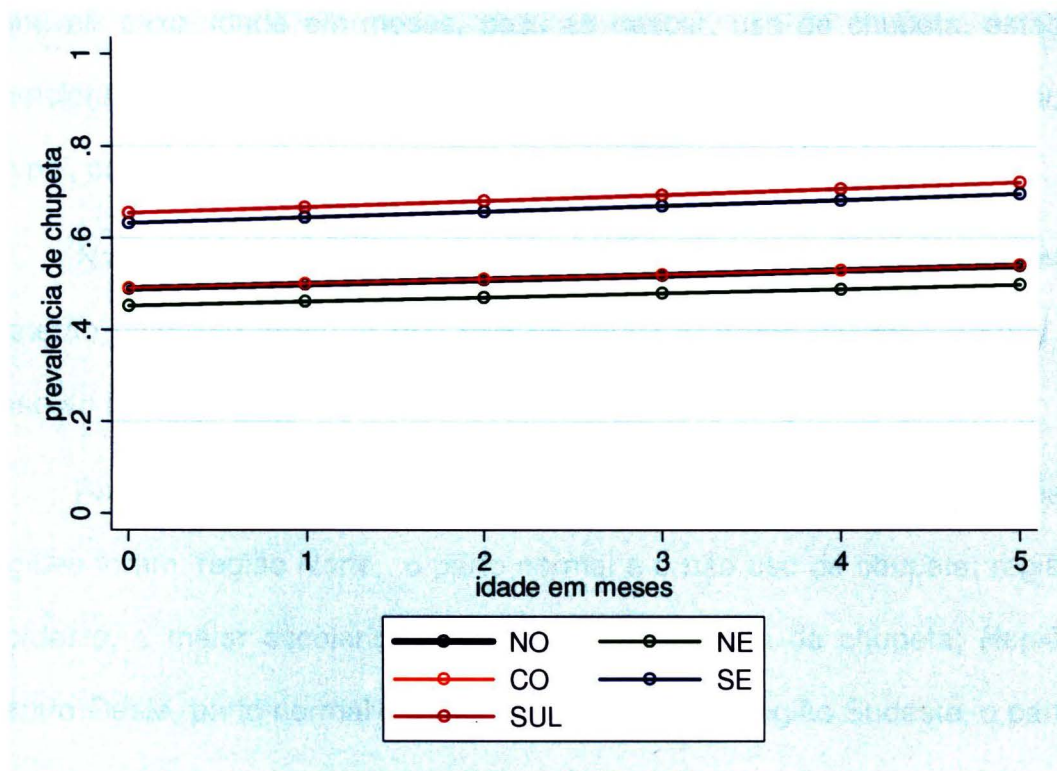


Figura 15 – Prevalência de AMC (modelada) segundo o tipo de parto e idade em mês, na região Sul, 2000.



A figura 16 mostra a prevalência do uso da chupeta nas regiões do Brasil. Observa-se que na região Sudeste a prevalência foi de 28% na idade zero e 26% na idade 5. A maior prevalência do uso da chupeta foi na região Sul com 70% na idade zero e 67% na idade 5. Esta variável esteve associada com o aleitamento materno completo (AMC) em todas as regiões do Brasil e no Brasil.

Figura 16 - Prevalência de chupeta segundo idade em meses das crianças nas regiões do Brasil, 2000.



7 – DISCUSSÃO

O presente estudo faz parte de um projeto que aborda vários aspectos da alimentação de crianças menores de um ano, abrangendo doze cidades e das cinco regiões do Brasil.

Apesar da heterogeneidade dos dados, há a vantagem do grande tamanho da amostra, que permitiu ter um razoável número de crianças no cruzamento das variáveis.

O interesse maior foi verificar a prevalência de aleitamento materno completo (AMC) (exclusivo e água e chá) e as possíveis associações com as variáveis sexo, idade em meses, peso ao nascer, uso de chupeta, estado nutricional, tipo de parto, idade da mãe, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, controlando idade em meses, segundo as regiões do Brasil.

Na análise para o Brasil, as variáveis associadas com o aleitamento materno completo foram: o não uso da chupeta, o tipo de parto normal e peso ao nascer adequado.

As associações positivas com o aleitamento materno completo nas regiões foram: região Norte, o parto normal e o não uso de chupeta; região Nordeste, a maior escolaridade da mãe e o não uso de chupeta; Região Centro-Oeste, parto normal e o não uso de chupeta; Região Sudeste, o parto normal e o não uso de chupeta e Região Sul, o não uso de chupeta.

7.1 - ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO – AMC.

Os indicadores da WHO representam um avanço importante nas pesquisas sobre aleitamento materno, principalmente, para uniformizar os termos utilizados na literatura, permitir a comparação entre trabalhos e o estabelecimento de metas para os esforços de promoção.

Neste estudo, optou-se pela comparação do aleitamento materno completo (leite exclusivo e/ou água e chá) devido à baixa frequência de crianças em aleitamento exclusivo. No sexto mês de vida, a prevalência de aleitamento materno exclusivo é de 1,27% e o de aleitamento materno completo, 29%.

As prevalências de crianças amamentadas aos seis meses de idade nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul foram de 61, 76, 73, 52, 62% respectivamente. VENÂNCIO et.al 1998, evidenciaram uma tendência de aumento progressivo da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80.

A prevalência de crianças em aleitamento materno completo (AMC) no sexto mês foi de 15% no Nordeste, 22% no Norte, 10% no Centro-Oeste, 6% no Sudeste e 3% no Sul. De um modo geral, a média brasileira para aleitamento materno predominante no 6º mês é de 21,7 na Região Norte; 15,7% na Região Nordeste; 22,4% na Região Centro-Oeste; 14,3% na

Região Sudeste e 10,4% na Região Sul (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os dados referentes à situação do aleitamento materno no Brasil indicam que, apesar do aumento das taxas de amamentação nas duas últimas décadas, a prevalência e a duração dessa prática estão bem aquém do recomendado atualmente pelo Ministério da Saúde. A amamentação exclusiva ainda é pouco praticada pela maioria das mulheres e a duração do aleitamento materno é, em média, inferior a um ano (BENFAN, 1997).

Os resultados obtidos em estudos isolados mostram o padrão de amamentação nas regiões do Brasil. PEDROSO et.al 2004, observaram em Embu (SP) que 95,2% das crianças menores de 3 anos iniciaram o aleitamento materno após o nascimento, mas 69,4% receberam outros alimentos, além de água ou chás, antes dos 120 dias de vida. Houve uma prevalência de aleitamento materno exclusivo muito baixa (10,3% entre menores de quatro meses), e a taxa de aleitamento exclusivo somado à predominante foi de 42,6% .

BITTENCOURT et.al 2005 evidenciaram uma prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de 3,87%, e aos 30 dias de vida, 12,6% das crianças já haviam sido desmamadas. Em relação ao aleitamento materno misto (AME e outros alimentos), vinte e cinco por cento das crianças ainda mamavam no peito, ao mesmo tempo em que se fazia uso de outras fontes alimentares. Aos 18 meses, apenas uma criança

(0,16%) ainda mamava.

Estudo desenvolvido por FIGUEIREDO et.al 2004, em São José do Rio Preto (SP), encontrou no sexto mês de vida, uma prevalência de AME (aleitamento materno exclusivo) de 11%; AMP (aleitamento materno predominante) de 25% e cerca de 60% das crianças já estavam recebendo outros alimentos nesta faixa etária.

KITOKO et.al 2000, em um estudo comparativo de duas capitais brasileiras, descrevem que existe universalidade de iniciação da amamentação, porém a complementação de alimentação em crianças menores de 4 meses foi de 32,3% em Florianópolis e 24,8% em João Pessoa.

MASCARENHAS et.al 2006 mostraram que em relação ao padrão de aleitamento no terceiro mês, apenas 39% da amostra recebia aleitamento materno exclusivo. O uso de água/chá foi encontrado em 13%. Cerca de 19% estavam em aleitamento parcial (leite materno e outros leites). Aos 3 meses, 1/3 dos bebês já estavam desmamados.

BUENO et. al 2002, em estudo de coorte em hospital universitário, evidenciaram que aos seis meses de vida, 98,4% das crianças já estavam consumindo leite, água, chá e/ou outros alimentos sólidos.

VENÂNCIO et.al, num estudo realizado em 84 municípios do Estado de São Paulo, em 1998, evidenciaram taxas de aleitamento exclusivo

variando de 0% a 54% (sendo maior que 20% em 27 municípios), com grande heterogeneidade mesmo dentro de uma mesma região. A taxa de aleitamento predominante foi maior que 20% em 85,7% dos municípios estudados.

Isso indica que, embora se esteja em um período de retomada da amamentação, ainda há muito por fazer para melhorar os indicadores de aleitamento materno em nossa Região, merecendo destaque as políticas locais de incentivo ao aleitamento e de promoção da saúde.

7.2 - USO DE CHUPETA

Este estudo mostra forte associação entre o uso da chupeta e a menor prevalência de aleitamento materno completo (AMC). As prevalências do uso da chupeta nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul foram de 51,3%, 47,29%, 51,3%, 66,3% e 69,0% respectivamente.

Nas regiões, a prevalência de aleitamento materno completo e o uso de chupeta versus o não uso tiveram valores diferentes. Na região Norte, as prevalências foram: 45,2 e 22,65% de aleitamento completo para não uso e uso de chupeta respectivamente, tendo como razão de prevalência (RP) 0,53. Na Nordeste, foi de 70,1 e 32,3% respectivamente e RP de 0,50. Na Centro-Oeste 59,6 e 33,1% com RP de 0,55. Na região Sudeste 60,4 e 26,8% com RP de 0,44 e; na região Sul 48,8 e 29,5% com RP de 0,60.

A associação do uso de chupeta com o desmame já foi observado por outros autores, mas os reais mecanismos envolvidos ainda não estão bem estabelecidos (VICTORA, 1997; HOWARD, 1999).

Segundo alguns autores, o uso de chupeta reduz o número de mamadas por dia e, conseqüentemente, haveria uma menor estimulação da mama e menor produção de leite, culminando com o desmame (VICTORA,

1993; FORD, 1994; BARROS, 1995; VICTORA, 1997; HOWARD, 1999; RIVA, 1999; AARTS, 1999; KRAMER, 2001; LEVY, 2002; BINNS, 2002).

Outra hipótese é que a criança que usa chupeta tenha mais dificuldade para retirar o leite do seio devido à "confusão de sucção", ocasionada pelas diferenças de técnica de sucção da chupeta e do seio, culminando também com o desmame.

SOARES et al 2004, encontrou que a incidência de desmame em crianças amamentadas no final do primeiro mês, foi de 22,4% para as crianças não usuárias de chupeta, e de 50,8% para as usuárias de chupeta ($p < 0,001$).

SCOTT et al 2007, mostraram que a introdução da chupeta antes da quarta semana de vida, propiciava dificuldades no ato de amamentar das crianças.

VICTORA et al. (1997), em estudo etnográfico, concluíram que a associação entre uso de chupeta e desmame precoce é complexa e que a chupeta seria um fator contribuinte para o desmame entre as mães que não se sentem totalmente confortáveis com a amamentação. É possível, segundo os autores, que a chupeta seja um marcador de dificuldades no aleitamento materno, e não o causador direto do desmame.

KRAMER et al. (2001) compartilham esta opinião. Estes autores e outros observaram que o uso de chupeta é mais comum quando associado a

1993; FORD, 1994; BARROS, 1995; VICTORA, 1997; HOWARD, 1999; RIVA, 1999; AARTS, 1999; KRAMER, 2001; LEVY, 2002; BINNS, 2002).

Outra hipótese é que a criança que usa chupeta tenha mais dificuldade para retirar o leite do seio devido à "confusão de sucção", ocasionada pelas diferenças de técnica de sucção da chupeta e do seio, culminando também com o desmame.

SOARES et al 2004, encontrou que a incidência de desmame em crianças amamentadas no final do primeiro mês, foi de 22,4% para as crianças não usuárias de chupeta, e de 50,8% para as usuárias de chupeta ($p < 0,001$).

SCOTT et al 2007, mostraram que a introdução da chupeta antes da quarta semana de vida, propiciava dificuldades no ato de amamentar das crianças.

VICTORA et al. (1997), em estudo etnográfico, concluíram que a associação entre uso de chupeta e desmame precoce é complexa e que a chupeta seria um fator contribuinte para o desmame entre as mães que não se sentem totalmente confortáveis com a amamentação. É possível, segundo os autores, que a chupeta seja um marcador de dificuldades no aleitamento materno, e não o causador direto do desmame.

KRAMER et al. (2001) compartilham esta opinião. Estes autores e outros observaram que o uso de chupeta é mais comum quando associado a

problemas no aleitamento materno. Ainda não se pode descartar a hipótese de que a população de mães que não insiste no uso de chupeta por suas crianças seja uma população mais conscientizada quanto aos benefícios do aleitamento materno e aos problemas relacionados com o uso de chupetas e também mais motivada para amamentar. Como ideal para testar essa hipótese seria a realização de estudos de intervenção aleatorizados. No entanto, por razões de ordem ética, tais estudos não são possíveis. Estudos etnográficos possivelmente podem ajudar no melhor entendimento da complexa relação entre uso de chupeta e desmame precoce.

Embora ainda não tenha sido comprovado o efeito causal da chupeta em relação ao desmame precoce, é importante considerar os elevados índices do uso de chucas, mamadeiras e outros objetos em nosso meio, causando prejuízos para a saúde infantil, como alterações das arcadas dentárias, maior risco de asma, vômitos, febre, diarreia, otalgia e parasitoses intestinais, demonstrados em vários estudos. Por isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) decidiu tornar obrigatório a inclusão, na embalagem desses produtos, de mensagens com advertências quanto aos prejuízos advindos do seu uso em crianças.

Concluindo, a chupeta é bastante utilizada mesmo em população orientada para evitar o seu uso, tendo sido confirmada a associação entre o hábito de usar chupeta e o desmame precoce. Independentemente dos

mecanismos envolvidos nessa associação, a criança que usa chupeta corre um risco maior de não receber os benefícios do aleitamento materno durante os primeiros seis meses. O profissional de saúde deve estar alerta para este fato e procurar intervir mais intensamente para que o desmame não ocorra. É importante também discutir com as mães e com a sociedade as vantagens e as desvantagens do uso da chupeta, para que as pessoas possam fazer opções conscientes (SOARES, et.al., 2003).

7.3 - TIPO DE PARTO

Os resultados mostraram que houve diferença entre aleitamento materno completo (AMC) segundo o tipo de parto, sendo considerada a comparação do parto normal com outro tipo de parto. Nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul as razões de prevalências apresentaram valores de 0,74, 0,83 e 0,79 respectivamente.

Estudo de coorte desenvolvido no Sul do Brasil mostrou que as crianças nascidas por cesariana eletiva apresentaram um risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida quando comparado ao parto vaginal e cesariana emergencial. Este achado evidenciou-se na análise múltipla, quando controlados os fatores de confusão (WEIDERPASS, et.al, 1998).

Os autores sugerem que os resultados podem ter sido afetados pelos métodos utilizados, principalmente pela classificação das cesarianas em eletivas ou emergenciais. Tal classificação, apesar de baseada em um critério arbitrário e na informação fornecida pelas mães, identificou grupos com padrões diferentes de amamentação. Prováveis erros de classificação teriam levado cesarianas eletivas a serem classificadas como emergenciais, implicando numa subestimativa das diferenças (aproximação para as

unidades da razão de odds de prevalência no grupo nascido por cesarianas eletivas).

BITTENCOURT et al 2005, num estudo desenvolvido em Pernambuco, encontraram que o parto cirúrgico e o parto assistido pelo médico atuavam como fator de proteção em relação ao aleitamento materno.

Os dados confirmam com os de estudos que descreveram as cesarianas como fator de risco para não iniciar a lactação ou interrompê-la nos primeiros dias de vida. É possível que variações das práticas hospitalares expliquem estas diferenças. Assim, hospitais cujo padrão de atendimento pós-operatório dificulte o alojamento conjunto e o aleitamento com livre-demanda ou, ainda, permitam a introdução precoce de outros alimentos na dieta infantil, poderiam levar a um maior insucesso do aleitamento.

PEREZ-ESCAMILLA et al. 1996 estudaram o impacto da cesariana sobre o início e duração da amamentação em uma pesquisa desenvolvida no México, em 1987. Os autores constataram que a cesariana é um fator de risco para não iniciar a amamentação e para a duração da amamentação por menos de um mês.

RAJAN (1990) constatou que o tipo do parto e o método de indução do trabalho de parto está associado com a amamentação nas primeiras seis

semanas pós-parto. Sugere que a redução no desconforto pós-cirúrgico do parto cesárea pode contribuir para a melhoria na duração da amamentação (RAJAN, 1994; KEARNEY, 1990).

PATEL et al 2003, mostraram que o maior tempo de internação depois de uma cesariana pode ajudar as mães a iniciar a amamentação, tornando-as mais propensas a alcançarem a amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar

7.4 - ESCOLARIDADE MATERNA

Os dados deste estudo mostraram a associação entre a escolaridade materna e a prevalência de aleitamento materno completo (AMC). A escolaridade foi categorizada em baixa (menor que 5 anos) e não baixa (5 anos ou mais), sendo que a média de anos de escolaridade foi de 4,2 anos (dp 2,36), variando de 0 a 15 anos completos. O maior percentual da escolaridade encontra-se na categoria de menor que 5 anos, compreendendo 60% da amostra. Na análise múltipla as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram associação com o aleitamento completo (AMC) quando comparada a maior com a menor escolaridade, com razões de prevalências de 0,8, 1,17 e 1,57 respectivamente.

VENÂNCIO & MONTEIRO 1998, comparando dados da década de 70 e 80 encontraram um aumento na duração da amamentação em mães com maior escolaridade.

KUMMER et.al 2000, em estudo de coorte objetivando acompanhar a evolução da prática do aleitamento materno em maternidades, encontraram aumento da freqüência do aleitamento materno entre mulheres com maior escolaridade.

VENANCIO et al.2002, avaliando as prevalências de aleitamento exclusivo em 84 municípios paulistas, encontraram, como fatores associados

à interrupção precoce do aleitamento exclusivo: a menor escolaridade materna.

VENANCIO & MONTEIRO 2006, em pesquisa em 111 municípios de São Paulo, encontraram associação positiva para aleitamento exclusivo nas mães com maior escolaridade (OR de 1,91/IC 1,75-20,6).

BITTENCOURT et.al , em estudo de caso/controle, verificaram que a escolaridade mais elevada atuou como fator de proteção ao aleitamento materno.

MONTEIRO & FREITAS 2000, descreve a evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância, com base nas informações extraídas de dois inquéritos domiciliares realizados nos anos de 1984/85 e 1995/96 na cidade de São Paulo. Neste estudo, os autores evidenciaram que os indicadores sócio-econômicos estão aquém do ideal, porém, mostraram um aumento na escolaridade materna em 1,5 anos (MONTEIRO, 2000).

O baixo nível de renda é fator relacionado com a prevalência e duração do aleitamento materno. Em áreas mais desenvolvidas, as mulheres de maior nível educacional e econômico amamentam mais nos primeiros meses (HORTA et.al, 1996).

A tendência secular das condições de saúde na infância, em qualquer população, é fortemente condicionada pela evolução do poder aquisitivo das famílias que possuem crianças e pela progressão da

escolaridade dos membros destas. Da escolaridade dos familiares, sobretudo a materna, depende a utilização mais ou menos eficiente (do ponto de vista do cuidado infantil) da renda e dos serviços públicos que estiverem ao alcance (MONTEIRO & FREITAS, 2000).

O aumento da frequência de aleitamento materno exclusivo de maior escolaridade pode ser explicado pela teoria da OMS, que sugere que a prática do aleitamento materno segue o padrão de desenvolvimento da sociedade, sendo influenciada pelos subgrupos populacionais. Segundo a OMS, dentro de um mesmo país a dinâmica do aleitamento materno comporta três fases básicas: a fase 1, caracterizada por altas taxas de amamentação; a fase 2, ou fase de declínio; e a fase 3, caracterizada por um retorno ao aleitamento materno. Diferentes subgrupos populacionais chegariam às três fases do aleitamento materno em diferentes momentos. O primeiro grupo a mudar seria a elite urbana. O seguinte seria o grupo urbano pobre, e o último, mais resistente às mudanças, o grupo rural. Segundo essa teoria, as mulheres de renda e escolaridade maiores são as primeiras a valorizar o aleitamento materno, retornando a essa prática. Esse comportamento das mulheres da elite acaba influenciando as mulheres dos níveis socioeconômicos mais baixos.

8. CONCLUSÕES

O estudo da prevalência de aleitamento materno completo (AMC) e os fatores associados, em crianças menores de um ano, permitiu as seguintes conclusões:

A prevalência de crianças em aleitamento materno completo (AMC) no sexto mês foi de 15% no Nordeste, 22% no Norte, 10% no Centro-Oeste, 6% no Sudeste e 3% no Sul.

Foram considerados fatores de proteção para o aleitamento materno completo (AMC):

- Região Norte: o não uso de chupeta.
- Região Nordeste: não uso de chupeta
- Região Centro-Oeste: parto normal e o não uso de chupeta.
- Região Sudeste: maior escolaridade materna e o não uso de chupeta.
- Região Sul: o não uso de chupeta e parto normal.

A tabela a seguir mostra os resultados das associações do aleitamento materno completo e regiões do Brasil:

Tabela 17: Fatores de proteção para aleitamento materno completo (AMC) segundo regiões do Brasil.

Região	Fator de Proteção		
	Maior Escolaridade	Parto Normal	Não uso de Chupeta
Norte	-	-	sim
Nordeste	-	-	sim
Centro-Oeste	-	sim	sim
Sudeste	sim	-	sim
Sul	-	sim	sim

- : Não há associação

9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal descrever e comparar as prevalências do tipo de aleitamento materno completo (AMC) e os fatores associados em unidades básicas de saúde nas cinco regiões do Brasil.

Embora a amostra estudada não seja representativa das cinco regiões, os resultados encontrados possibilitam uma boa aproximação do diagnóstico das práticas de alimentação em menores de seis meses de idade que são usuários nas unidades básicas de saúde, contribuindo para o planejamento de ações e medidas de intervenção em puericultura. O método de coleta de dados relativos ao momento presente (*status quo*) mostrou-se de fácil aplicação e compreensão pelos entrevistados.

Os resultados confirmaram que o desmame está relacionado a fatores como uso da chupeta, menor escolaridade materna, tipo de parto cesariana e menor idade da mãe, com valores de prevalências diferentes nas cinco regiões. O único fator persistente em todas as regiões e no Brasil como um todo foi o não uso da chupeta como fator protetor para o desmame precoce.

A realização de diagnóstico da situação de amamentação constitui um importante passo para a definição e o redirecionamento de políticas públicas na área de saúde materno-infantil e de nutrição.

Os resultados encontrados evidenciam a necessidade da conscientização dos profissionais de saúde e de todos os que trabalham na elaboração de políticas de saúde em relação aos prováveis efeitos negativos de alguns hábitos sobre a saúde infantil. Deve ser destacada a necessidade da capacitação de trabalhadores em serviços de saúde para o manejo clínico da lactação em centros de referências, com o estímulo e o incentivo de ações destinadas à manutenção da saúde da criança, desde a gestação, em consultas de pré natal e comparecimentos posteriores para seguimento e monitorização do crescimento e desenvolvimento.

Além disso, é necessário que a promoção do aleitamento materno seja feita de uma melhor forma, para que o maior número de crianças usufruam do aleitamento materno no primeiro semestre de vida, com os conhecidos benefícios para a saúde e desenvolvimento, sem deixar de incentivar e promover o aleitamento materno exclusivo.

10. REFERÊNCIAS

1. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/>. Acesso em: 20 de maio de 2007.
2. ARTS, C.; HORNEILL, A.; KYLBERG, E.; HOFVANDER, Y.; GEBRE-MEDHIN, M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. **Pediatrics**, USA, v. 104, p.50-9, 1999.
3. AGOSTINI, C. et.al. Growth patterns of breast fed and formula fed infants in the first 12 months of life: na Italian study. **Arch Dis Child**, v.81, p. 395-9, 1999.
4. ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
5. ARANTES, C.I.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v.71, n.1, p. 195-202,1995.
6. BARKER, C.M.; ABERNATHY, T.; STEINMETZ, B. Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for target programs. **Can J Public Health**; v.88, p. 242-5, 1997.
7. BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; SEMER, T.C.; TONIOLI, F.S.; TOMASI, E; WEIDERPASS, E. Use of pacifiers is associated with

- decrease breastfeeding duration. **Pediatrics**. USA, v.95, p. 497-9, 1995.
8. BENFAM - Sociedade Civil do Bem Estar Familiar no Brasil – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996. Amamentação e Situação Nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro: 1997, p. 125-38.
 9. BEMFAN - Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro; 1997.
 10. BERQUÓ, ES; SOUZA MP; GOTLIEB SLD. Bioestatística. 1ª ed. São Paulo: **EPU**, 1981.
 11. BINNS, C.W.; SCOTT, J.A. Using pacifiers: what are breastfeeding mothers doing? **Breastfeed Rev.** v.10, p.21-5, 2002
 12. BITTENCOURT, L.J. de. et al. Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. **Revista Brasileira de Saude Matererno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p.35-43, 2005.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Materno-infantil. Metas da cúpula mundial em favor da infância: avaliação da meia década: 1990-1995**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. 36 p.

14. BUENO, M.B. et al. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p.145-52, 2002.
15. CASTILHO, C.; ATALAH, E.; RIUMALLO, C. Breastfeeding and the nutritional status of nursing children in Chile. **Bull Pan-Am Health Organ.** USA, v.30, p. 125-33, 1996.
16. DEAN AG, et al. Epi Info, Version 6.0 a word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. **Center of disease Control and Prevention**, Atlanta, Georgia, USA., 1994.
17. DEWEY, K.G.; HEINIG, M.J.; NOMMSEN-RIVERS, L.A. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. **J Pediatr.** v. 12, p. 696-702, 1995.
18. DUPONT, WD. Statistical Modeling for Biomedical Researchers. A Simple Introduction to the Analysis of Complex Data. **Cambridge University Press**, 1ª ed, 386 p., 2002.
19. FERREIRA U.M., CARDOSO, M.A., SANTOS, A.L.S., FERREIRA, C.S., SZARFARC, S.C. Rapid assesment of breastfeeding data:probit analysis of current status data.**J Trop Pediatr.** v.42, p.50-3, 1996.

20. FIGUEIREDO, M. G. et al . Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p:172-9, 2004.
21. FORD, R.P.; MITCHELL, E.A.; SCRAGG. R; STEWART, A.W.; TAYLOR, B.J.; ALLEN, E.M. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. **J Paediatr Child Health.**, Chile, v.30, p.483-90, 1994.
22. FUCHS, S.C; VICTORA, C.G. Risk and prognostic factors for diarrheal disease in Brazilian infants: a special case-control design application. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, p. 773-82, 2002.
23. GIMENO, S.G.A; SOUZA, J..M..P. de. Amamentação ao seio, amamentação com leite de vaca e o diabetes mellitus tipo 1: examinando as evidências. **Rev. Bras Epidemiol.** São Paulo, v.1, p. 4-13, 1998.
24. GIUGLIANI, E.R.L. O aleitamento materno na prática clínica. **J Pediatría**, v. 76, p. S253-S262, 2000. Suplemento 3.
25. HEDIGER, M.L. et.al. Early infant feeding and growth status of US-Born infants and children aged 4-71 mo: analyses from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **Am J Clin Nut**, v. 72, p. 159-67, 2000.

26. HORTA, B. L. et al . Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.12, p. 43-48, 1996. Suplemento 1.
27. HOWARD, C.R.; HOWARD, F.M.; LANPHEAR, B; DEBLIECK, E.A.; EBERLY, S.; LAWRENCE, R.A. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. **Pediatrics.** v. 103, 1999.
28. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição.** Brasília, DF; 1990.
29. JELLIFFE, D.B.; JELLIFFE, E.F.P. **Human milk in the modern world.** 1.ed.Oxford: Oxford University Press, 1978.
30. KANEKO, A.; KANEITA, Y; MIYAKE, T; HARANO, S; SUSUKI, K; IBUKA, E; TSUTSUI, T; YAMAMOTO, Y; OHIDA, T. Factors Associated with Exclusive Breast-feeding in Japan: for Activities to Support Child-rearing with Breast-feeding. **Journal of Epidemiology,** vol. 16, London, n 2, march 2006.
31. KEARNEY, M.H.; CRONENWETT, L.R.; REINHARDT, R. Cesarean delivery and breastfeeding outcomes. **Birth.** v. 17, p.97-103, 1990.

32. KITOKO, P. M. et al . Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2000.
33. KRAMER, M.S.; BARR, R.G.; DAGENAIS, S.; YANG, H.; JONES, P.; CIOFANI ,L. Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior. **JAMA**. Washington, v. 286, p.322-6, 2001.
34. KUMMER, S.C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n 2, p. 143-8, 2000.
35. LAMOUNIER, J.A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.125-28, 1998.
36. LEVY, S.M.; SLAGER, S.L.; WARREN, J.J.; LEVY, B.T.; NOWAK, A.J. Associations of pacifier use, digit sucking, and child care attendance with cessation of breastfeeding. **J Fam Pract**, v. 51, p.46-55, 2002.
37. LUCAS, A. & COLE, T. J. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. **Lancet.**, London, v.336, p: 1519-1523, 1990.
38. MASCARENHAS, M.L.W; ALBERNAZ, E.P., SILVA, M.B., da et al. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3

months of life in the South of Brazil. **J. Pediatr.** (Rio de J.), jul./ago. v.82, n.4, p.289-294, 2006.

39. Ministério da Saúde **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. 2ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
40. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira. Promovendo a alimentação saudável**. Série A. Normas e manuais técnicos, Brasília – DF, 2005.
41. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF, 2001b.
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevalência do Aleitamento Materno Predominante. **Boletim do Sisvan**. Brasília, DF, 2002.
43. MONTEIRO CA e CONDE WL. Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996). **Rev. Saúde Pública**, v.34, p. 41-51, 2000. Suplemento 6.
44. MONTEIRO CA e REA MF. O aleitamento materno. In: Monteiro CA, organizador. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo. São Paulo: **HUCITEC/EDUSP**, 1988.9.55-77.
45. MONTEIRO CA, PINO ZHP, BENICIO MHD, REA MF. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo (Brasil)

- 1984-1985: III. Aleitamento materno. **Rev Saúde Pública**, v.21, p.13-22, 1987.
46. MONTEIRO, C.A. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: diagnóstico, contrastes sociais e tendências. In: **A anemia**. São Paulo: HUTEC/Editora da Universidade de São Paulo; 1988. p.19-54.
47. MONTEIRO, C.A.; FREITAS, I.C.M. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**., São Paulo, v. 34, n. 6, 2000.
48. NARAYANAN, I.; PRAKOSH, K.; MURTHY, N.S.; GURJRAL, W. Randomised controlled trial of effect of raw and holder pasteurised human milk and formula supplements on incidence of neonatal infection. **Lancet**, London, v. 34, p. 1111-3, 1984.
49. OBREGÓN PL. A Prática da amamentação na região Norte do município de Londrina – PR. [tese]. Recife: FSP -USP; 2001.
50. OLIVEIRA, L.P.M.; ASSIS, A.M.O.; GOMES, G.S.S.; PRADO, M.; BARRETO, M.L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, p.1519-1530, set-out, 2005.

51. ONIS, M. ; e ONYANGO, A.W. The Centers for Disease Control and Prevention 2000 growth charts and the growth of breastfed infants. **Acta Paediatr**; Sweden, v. 92, p. 413-19, 2003.
52. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília, DF, 2001.
53. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF, 2005.
54. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Organización Mundial de la Salud. **Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna**. Washington DC, 1991.
55. OWEN, C.G. et al. Effect of. Infant feeding on the Rezek obesity across the life course: a quantitative review of. Publishied evidence. *Pediatrics*, v.115, mar, 2005.
56. Organização Mundial de Saúde. **Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna**. Genebra; 1991. (OMS/CED/SER/ 91.14).
57. PATEL, R.R.; LIEBLING, R.E.; MURPHY, D.J. Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. **Birth**, v. 330. p. 255-60, 2003.

58. PEDROSO, G.C et al . Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 4, n. 1, 2004.
59. PÉREZ-ESCAMILLA R. Patrones de la lactancia natural em América Latina y el Caribe. **Bol Ofic Sanit Panam** , Cuba, v.115, p. 185-941, 1993.
60. PEREZ-ESCAMILLA, R.; MAULEN-RADOVAN, I.; DEWEY, K.G. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. **Am J Public Health**. v.86, p.832-6, 1996.
61. PETTIT, D.J.; FORMAM, M.R.; HANSON, R.L.; KNOWLER, W.C.; BENNETT, P.H. Breastfeeding and incidence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Pina Indians. **Lancet**, London v.350, p. 166-8, 1997. Supplement 9072.
62. RAJAN L. The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breastfeeding. **Midwifery**. v.10, p.87-103, 1994.

63. REA, M.F. Reflexos sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p. 37-45, 2003. Suplemento 1.
64. RIOS E, et.al. Accuracy of. Mother's responses to questions about breastfeeding practices. **Food Nutr. Bull.**, USA, v.14, p. 115-18, 1992.
65. RIVA, E.; BANDERALI, G.; AGOSTONI, C.; SILANO, M.; RADAELLI, G; GIOVANNINI, M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in italy. **Acta Paediatr.** USA, v.88, p.411-5, 1999.
66. SENA, M.C.; SILVA, E.F.; PEREIRA, M.G. **Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.613-21, mai-jun., 2002.
67. SILVA, L.C; FUENTEL; S.A.Z. C.; AMADOR, M. Características de la introducción de alimentos al lactante en Cuba. **Bol Oficina Sanit Panam.** Mexico, v. 114, p. 407-14, 1993.
68. SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p.69-77, jan., 2006.

69. SOARES, M.E.M et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatr** (Rio J)., Porto Alegre, v. 79, n. 4, 2004.
70. Stata Corp. 2001. Stata Statistical Software; Release 9.0. College Station, Tx: **Stata Corporation**.
71. STETTLER et al. Breastfeeding in Infancy and Blood Pressure in Later Life: Systematic Review and Meta-Analysis. **American Journal of Epidemiology**. New York, v. 161, n.1, p.15-26, 2005.
72. TEELE, D.W; KLEI, J.O.; 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**, London, v. 160, p. 83-94, 1989.
73. UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento: um exame de políticas**. New York, 1990.
74. VASCONCELOS, M.G.L de; LIRA, P.I.C. de; LIMA, M.C. de. **Rev Bras.Saúde Matern, Infantil.**, Recife, v.6, p.99-105, jan./mar., 2006.

75. VENANCIO IS e MONTEIRO CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n 1, p. 40-49, 1998.
76. VENANCIO, I.S., et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, nº 3, p. 313-8, 2002.
77. VICTORA CG et al. Breast-feeding and growth in Brazilian infants. **J Clin Nutr.**, v. 67, p. 452-8, 1998.
78. VICTORA CG et al. The NCHS Reference and the growth of breast- and bottle-fed infants. **J Nutr.**, v. 128, p. 1134-38, 1998.
79. VICTORA, C.G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, London, v. 2, p. 317-22, 1987.
80. VICTORA CG, HUTTLY AR, FUCHS SC, OLINTO MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. **Int. Journ of Epidem**, v.26, p. 224-227, 1997.
81. VICTORA C.G. et.al. Saúde materno-infantil nos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe: aplicações de uma metodologia para diagnósticos comunitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, p. 218-25, 1991.

82. VICTORA, C.G.; TOMASI, E; OLINTO, M.T; BARROS, F.C. Use of pacifiers and breastfeeding duration. **Lancet.**, London, v.341, p.404-6,1993.
83. VICTORA, et.al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics.** Washington, v.99, p.445-53,1997;
84. VIEIRA, G.O.; ALMEIDA, J.A.G. de; SILVA, L.R.; CABRAL, V.A.; NETTO, P.V.S. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasil. Saúde Matern. Infant*, Recife, v.4, p. 143-150, abr./jun., 2004.
85. VINAGRE, R.D.; DINIZ, E.M.A. **O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro.** São Paulo: ATHENEU, 2001.
86. WAYLAND, C. Breastfeeding patterns in Rio Branco, Acre, Brazil: a survey of. Reasons for weaning. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p.1751-1761, nov.-dez. 2004
87. WEIDERPASS, E. et al . Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 32, n. 3, 1998.

88. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: **World Health Organization**; 1991.WHO/CDD/SER/91.14.
89. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Conclusions and recommendations.** World Health Organization. Document A54/INF.DOC./4, Geneva, 28-30 March 2001b.
90. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. **World Health Organization.** Document A54/7, Geneva, 9 April 2001a.
91. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Breastfeeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Acta Paediatrica**, S450, s16-s26, 2006.
92. 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**, v.355, p.2211-5, 2000.
93. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization; 1998.

ANEXOS

ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Localidade:

Nº do Questionário:

Data da Entrevista: / /

Nome da criança:

Sexo: Masc. (1) Fem. (2)

Data de Nascimento: / /

Concentração de Hemoglobina

IDENTIFICAÇÃO

1- PESO AO NASCER (g)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- COMPRIMENTO AO NASCER (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- PESO ATUAL (g)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- ALTURA ATUAL (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- IDADE DA MÃE (anos completos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- ESCOLARIDADE DA MÃE (séries cursadas)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- ESCOLARIDADE DO PAI (séries cursadas)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (meses)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- TIPO DE PARTO*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- RECEBEU LEITE MATERNO Não(0) Sim(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- SE RECEBEU, POR QUANTO TEMPO (meses)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ Menos de 1 mês especificar em dias.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SINAIS DE DESENVOLVIMENTO NÃO = 0 SIM = 1

12- DENTES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13- FIRMA A CABEÇA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14- SENTA SEM APOIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15- ENGATINHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16- ANDA COM AJUDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17- ANDA SOZINHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18- FALA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19- CHUPA CHUPETA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20- USA MAMADEIRA OU CHUCA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Os códigos de resposta estão no MANUAL DE USO DO FORMULÁRIO.

A CRIANÇA COME: NÃO = 0 SIM = 1

21- LEITE DE PEITO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22- ÁGUA E/OU CHÁ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23- LEITE DE SAQUINHO OU CAIXINHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24- LEITE EM PÓ MARCA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25- AÇÚCAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26- ENGROSSANTE (Ex: Maizena, Fúba etc...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27- FRUTAS (Sucos e/ou papinha)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28- LEGUMES (Ex: Tomate, Cenoura, Beterraba etc...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29- VERDURAS (Ex: Alface, Couve, Espinafre etc...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30- BATATA (Ou Cará, Mandioca, Batata Doce etc...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31- GEMA DE OVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32- OVO INTEIRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
33- CALDO DA CARNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
34- CARNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
35- PEIXE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36- FRANGO OU OUTRAS AVES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
37- FÍGADO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
38- CALDO DO FEIJÃO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39- FEIJÃO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40- ARROZ E/OU MACARRÃO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41- PÃO E/OU BOLACHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42- OUTROS Especificar	<input type="text"/>	<input type="text"/>