PEDRO MAKUMBUNDU KITOKO

**PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL EM LUANDA:
EVOLUÇÃO NAS ÚLTIMAS DÉCADAS, PADRÕES ATUAIS,
DETERMINANTES DO DESMAME PRECOCE E CONTROLE DA
PROPAGANDA DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO**

I

**Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
para a obtenção do título de Doutor
em Saúde Pública**

ORIENTADOR: PROF. DR CARLOS AUGUSTO MONTEIRO

**SÃO PAULO
1997**

A amamentação deve ser promovida ativamente em toda a sociedade assim como por todo o sistema de atenção primária à saúde (Assembleia Mundial de Saúde, Resolução WHA 49.15, 1996).

DEDICATÓRIA:

À memória dos meus saudosos pais

À memória de MARIA LEOPOLDINA VILHENA ROCHA, ex-diretora dos Programas Nacionais de Saúde Infantil e de Combate às Doenças Diarréicas, cuja contribuição na realização do projeto desta tese foi não só fundamental mas também marcou a última atividade profissional da sua vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Carlos Augusto Monteiro, exemplo de postura ética, científica e de orientação segura, amizade e confiança em mim depositada.

À Professora Maria Helena D'Aquino Benício e à Dra Marina Ferreira Rea, pelo carinho, estímulo, apoio oportuno e inúmeras contribuições.

Às Professoras Keiko O. Buralli e Sonia Tucunduva Philippi, pela contribuição na elaboração do projeto de pesquisa e Sonia Buorgermino de Souza e Ana Maria Segall Correa, pela contribuição na elaboração da versão final desta tese..

Às colegas Teresa Toma, incansável no apoio e contribuição para realização desta tese e no enriquecimento dos nossos conhecimentos, e Sonia Venancio, pela ajuda no manuseio do pacote estatístico para análise de probitos..

À Regina Rodrigues, Andréa Viude, pelo apoio oportuno em diferentes momentos.

Ao Development Workshop, ao UNICEF, à Direção Nacional de Saúde Pública e à Delegação Provincial de Saúde de Luanda, pelo auxílio durante o trabalho de campo.

A todos os colegas da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, especialmente ao Departamento de Saúde Pública, pelo apoio e amizade.

A todos os colegas, amigos e familiares que nos ajudaram em diferentes momentos extremamente difíceis passados no Brasil, particularmente Adozinda H. da Silveira, Alba B. Dias dos Santos, Belarmino Vieira Lopes, Guilherme Costa, Jane H. da Silveira, João Faika, Maria Fortunato e Ambrósio Nimi, Maria Wanda Ferreira, Paulina e Mbunga David, Pedro João Vicente, Rosa e André Nanizeye, Rita Nunes, Rui V. Pinto, Sita José, Teresa e Simão Pinda, Suzana e Carlinhos Zassala.

A todos que compartilharam as nossas alegrias e tristezas, particularmente João Cláudio, Francisco Fortunato, Francisco Mankutima, Helder, Helena Luzizila, Guilherme Costa, Joaquim, Jeredh, Lázaro (in memória), Nelson, Santana.

A Helena, minha esposa, aos meus filhos e parentes: Jamil, Hermenegildo, Dilson, Vidal, Josefina, Félix, Robert, Lutonadio, Annette, Lima, João Zola, Garcia Makumbi, Mackson Makumbi, Mayevangua Kitoko (Decantor), António Mbanzikisa que, com paciência e apoio colaboraram para que este trabalho se concretizasse.

RESUMO

Apesar das inúmeras evidências sobre a importância da amamentação e embora seja crescente o interesse mundial em implementar ações que visem promover, apoiar e proteger as boas práticas de alimentação infantil, não se conhece cidade angolana com dados representativos e seguros sobre a alimentação das crianças.

Este estudo teve por objetivo descrever o perfil de alimentação infantil na cidade de Luanda, procurando entender a sua evolução histórica e os seus determinantes, estabelecendo uma base para propor ações pertinentes a favor da sobrevivência das crianças.

Através de abordagem retrospectiva e de entrevistas junto a uma amostra probabilística de 633 domicílios da cidade de Luanda, constituíram-se 10 coortes de crianças nascidas nesta, no período de 1972 a 1991, a partir das quais foi estudada a tendência temporal da amamentação na cidade. Para o estudo das práticas atuais de alimentação infantil em Luanda, foram estudados todos os menores de 36 meses de idade encontrados nos 647 domicílios da amostra. O Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno foi monitorado através de visitas a instituições de saúde e a pontos de venda, assim como através de avaliação das informações veiculadas em rotulos e embalagens de alimentos infantis, na mídia e em publicações destinadas aos profissionais de saúde e ao público em geral e por meio da rádio e da televisão.

Empregou-se a análise de probitos para estimar prevalências da amamentação a partir de regressões lineares ponderadas. A regressão logística foi usada para determinar o papel do contato com serviços de saúde no desmame precoce.

Verificou-se que a prática da amamentação é universal e prolongada no período em estudo (1972 a 1994), porém a introdução de outros alimentos na dieta das crianças é excessivamente precoce e uma tendência ao declínio do aleitamento materno foi observada nos estratos populacionais com melhores condições socioeconômicas. O maior contato com serviços de saúde foi associado ao desmame precoce.

Os meios de comunicação social e a rotulagem/embalagem de Substitutos do Leite Materno (SLM) são usados como veículos de mensagens, comportando, muitas vezes, graves violações do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno (CICSLM). O uso indiscriminado dos SLM foi observado nos berçários das principais maternidades.

O papel da propaganda comercial de fórmulas infantis parece preponderante na adoção do desmame precoce, identificado como importante fator de potenciação da precariedade das condições de vida, em Luanda.

Recomenda-se a tomada de medidas de promoção, apoio e proteção da amamentação, destacando-se a necessidade de adoção de medidas legislativas que traduzem na íntegra o CICSIM e resoluções subsequentes da Assembleia Mundial da Saúde. A realização de pesquisas e a divulgação dos seus resultados são consideradas importantes para o alcance dos objetivos dos programas pró-amamentação.

SUMMARY

Although there is countless evidence of the importance of breastfeeding, and world growing interest in implementing action with intent to support and offer protection to good practices in infant feeding, there is no knowledge of a city in Angola with reliable data concerning infant feeding practices.

This study aims to describe infant feeding patterns in the city of Luanda in an endeavor to understand its historic evolution and determinants, and to establish a basis to propose pertinent action in favor of the survival of the children.

The retrospective approach, with interviews and a sample of 633 domiciles were used in establishing ten cohorts of children born in Luanda in a period from 1972 to 1991, in order to study temporal trend regarding breastfeeding practices in the city.

The infant feeding practices current status study in Luanda brought in all of the children below the age of 36 months of age that were found in the 647 households in the sample. The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes was monitored by search for advertisements in various types of publication, by evaluation of information conveyed in labeling/packaging of baby foods, and by interviews and observation within the health care facilities, as well as in media.

Analysis of probits was used to allow an estimate of frequency of breastfeeding as from weighted linear regression. Logistic regression was utilized to identify the role of health care facilities contact in determining early weaning.

It was observed that breastfeeding is universal and prolonged within the period under study (1972 to 1994); however, the introduction of other foods in the infant's diet is too early, and a tendency towards a breastfeeding decline was observed in the strata of population with better socioeconomic conditions. A higher contact with health care facilities, was associated to early weaning.

The media and the label/packaging of Mother's Milk Substitutes (MMS) serve as vehicles for propagandist messages locking, often, severe violations of the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes (ICMBMS). Indiscriminate use of the MMS was observed in the nurseries of the most important maternities.

The role of commercial advertising in infant formulas seems to be relevant in the early weaning, identified as an important factor in enabling precarious conditions of life in Luanda.

We recommend measures to support and offer protection to breastfeeding with emphasis on the need to adopt legislative measures that translate ICMBMS and subsequent resolutions of the World Health Assembly in their entirety. Carrying out research and publicizing results are regarded as important to attain the objectives of pro-breastfeeding programs.

RESUME

Malgré l'existence de données sur l'importance de l'allaitement maternel como facteur protecteur, particulièrement dans les premiers mois de la vie, et d'une croissante prise de conscience au niveau mondial sur la nécessité des actions visant l'encouragement, l'appui et la protection des bonnes pratiques alimentaires en faveur des enfants, on ne connaît aucune ville angolaise ayant des données fiables sur l'alimentation des enfants en bas âge.

Cette étude a été entreprise pour decrire le profil de l'alimentation des enfants en bas âge dans la ville de Luanda, en cherchant de comprendre son evolution historique e ses determinants. De cette façon, on pense etablir une base sólida pour proposer des actions pertinentes en faveur de la survie des enfants.

Dans une approche retrospective et des entretiens auprès d'un échatillon probabilistique de 633 maisons de la ville de Luanda, on a constitué 10 cohortes d'enfants nés dans cette ville durant la periode de 1972 a 1991. A partir de ces cohortes, on a étudié la tendance temporelle de l'allaitement maternel. L' étude de la pratique actuelle de l'alimentation infantile, a été réalisée chez tous les enfants de moins de 36 mois vivant dans un échatillon de 647 domiciles. Le respect au Code International de Comercialisation de Substituts du Lait Maternel (CICSLM) a été évalué en visitant les intitutions de santé et les diferents postes de vente et en évaluant les informations vehiculées atravars les etiquettes et les emballages des aliments pour enfants, les publications destinées au public en général et les moyens de difusion massive (rádio et television).

On a employé la technique d'analyse de probtites pour estimer les prevalances de l'allaitement maternel a partir des regressions lineaires ponderées. La regression logistique a été employée pour determiner l'impacte du contact des mères avec les services de la santé, sur l'introduction prématurée des aliments complementaires.

On a verifié que la pratique de l'allaitement maternel est universelle et prolongée dans toute la periode estudiée (1972-1994). Cependant, la diversification alimentaire est excessivement prématurée. Dans l'entre temps, on observe une tendance au declin de l'allaitement maternel dans les groupes de meilleures conditions socio-economiques. Le contact avec les services de la santé a été associé à la diversification prématurée de l'alimentation infantile.

La mass média et les etiquettes et emballages des substituts du lait maternel (SLM) servent de moyens de transmission des messages comportant des graves violations du CICSLM. Dans les principales maternités de la ville, on utilise sans discrimination aucune, des SLM pour alimenter les bébés.

Le rôle de la publicité des aliments pour bébés semble être prépondérant dans l'adoption du sevrage prématuré. Ce dernier a été identifié comme étant un facteur qui potencialise la précarité des conditions de vie à Luanda.

On recommande la prise des mesures d'encouragement, d'appui et de protection de l'allaitement maternel, en insistant sur l'adoption d'un dispositif légal basé sur le CICESLM et les résolutions subséquentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé. La recherche et la publication de ses résultats sont importantes pour atteindre les objectifs des programmes pro-allaitement maternel.

ÍNDICE

página

Resumo
Summary

Resumé

Lista de Tabelas e Figuras

Capítulo I: Introdução..... 1

Capítulo II: Revisão da literatura

1 - Importância da amamentação..... 6
2 - Tendência da amamentação..... 15
3 - Determinantes do comportamento alimentar..... 25
4 - Políticas de alimentação infantil..... 32
5 - Situação da amamentação em Angola..... 38

Capítulo III: Marco conceitual, objetivos e metodologia

1 - Marco conceitual..... 42
2 - Objetivos..... 48
3 - Metodologia da pesquisa
3.1 - Delineamento..... 49
3.2 - Amostragem..... 50
3.3 - Organização e procedimentos dos trabalhos de campo..... 56
3.4 - Instrumentos de coleta de dados..... 60
3.5 - Variáveis em estudo..... 66
3.6 - Análise de dados..... 70

Capítulo III: Apresentação dos resultados

1 - Caracterização dos domicílios estudados..... 75
2 - Estudo de tendência da amamentação de 1972 a 1991
2.1 - Aspectos metodológicos..... 77
2.2 - Resultados..... 82
3 - Estudo das práticas atuais de alimentação dos menores de 3 anos
3.1 - Aspectos metodológicos..... 94
3.2 - Resultados
3.2.1 - Caracterização da população estudada..... 101
3.2.2 - Padrões de amamentação em Luanda..... 108
3.2.3 - Prevalência de uso da mamadeira..... 128

3.2.4 - Prevalência de categorias de alimentação infantil conforme indicadores da OMS.....	131
3.2.5 - Associação entre uso de serviços de saúde e desmame precoce.....	134

4 - Estudo de obediência da política de alimentação infantil ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e às relevantes resoluções subsequentes da Assembléia Mundial de Saúde	
4.1 - Aspectos metodológicos.....	138
4.2 - Resultados	
4.2.1 - Breve histórico da política angolana de alimentação infantil.....	140
4.2.2 - Propaganda de Substitutos do Leite Materno.....	148
4.2.3 - Material informativo e didático.....	163
4.2.4 - Rotinas nos serviços de saúde e propaganda junto aos profissionais de saúde.....	169

Capítulo IV: Discussão, considerações finais, conclusões e recomendações

1 - Discussão	
1.1 - Considerações metodológicas.....	174
1.2 - Interpretação e discussão dos resultados	
1.2.1 - Tendência temporal da amamentação.....	179
1.2.2 - Determinantes do comportamento da alimentação infantil.....	183
1.2.3 - Violações do Código Internacional e das relevantes resoluções subsequentes da Assembléia Mundial de Saúde.....	185
1.2.4 - Fatores responsáveis pelo desmame precoce.....	196
2 - Possíveis implicações de práticas alimentares inadequadas.....	200
3 - Considerações finais.....	202
4 - Conclusões.....	205
5 - Recomendações.....	207

Referências bibliográficas.....	210
--	------------

Anexos

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

	página
Figura I - Determinantes da prática de alimentação infantil	43
Tabela 1 - Distribuição do número de crianças planejado e estudado em diferentes biênios.....	52
Tabela 2 - Distribuição do número de menores de três anos planejado e estudado em diferentes faixas etárias	53
Tabela 3 - Distribuição do número de conglomerados em diferentes municípios envolvidos na pesquisa.....	54
Figura II - Fluxo do processo de amostragem.....	55
Figura III - Causas do desmame precoce.....	72
Tabela 4 - Distribuição espacial da população de Luanda e da amostra de população residente nos domicílios em estudo.....	75
Tabela 5 - Distribuição da população residente nos domicí- lios estudados por sexo e por faixa etária com a respectiva razão de masculinidade.....	76
Figura IV - Estrutura da população residente nos domicílios estudados.....	76
Tabela 6 - Idade materna média nos momentos de nascimen- to e da entrevista por anos de nascimento dos filhos nascidos no período de 1972 a 1991.....	78
Tabela 7 - Distribuição da amostra de crianças nascidas em Luanda (1972-1991) segundo município de residên- cia materna no momento da entrevista.....	79
Tabela 8 - Distribuição dos filhos de mães nativas de Luanda segundo bairro de procedência materna.....	80
Tabela 9 - Distribuição da amostra de crianças filhas de mães imigrantes nascidas em Luanda segundo província de procedência materna.....	81
Tabela 11 e Figura - Prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida em diferentes períodos.....	84
Tabela 12 e Figura - Prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida segundo escolaridade materna.....	86
Tabela 13 e Figura - Prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida segundo local de parto.....	87
Tabela 14 e Figura - Prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida segundo escolaridade materna e local de parto.....	88
Tabela 15 e Figura - Prevalência de uso da mamadeira no primeiro ano de vida em diferentes períodos.....	90
Tabela 16 e Figura - Prevalência de uso da mamadeira no primeiro ano de vida segundo escolaridade materna.....	91
Tabela 17 e Figura - Prevalência de uso da mamadeira no primeiro ano de vida segundo local de parto.....	92
Tabela 18 e Figura - Prevalência de uso da mamadeira no	

	página
segundo escolaridade materna e local de parto.....	93
Tabela 19 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características demográficas.....	101
Tabela 20 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características sócio-econômicas das famílias.....	103
Tabela 21 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características do ambiente.....	103
Tabela 22 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características maternas.....	106
Tabela 23 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características das crianças.....	106
Tabela 24 - Amostra de menores de 36 meses de idade: indicadores de contato com serviços de saúde.....	107
Tabela 25 e Figura - Prevalência (%) da amamentação em diferentes idades (e respectivos intervalos de confiança com 95% de confiança).....	109
Tabela 26 e Figura - Prevalência (%) da amamentação em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo nível de escolaridade materna.....	111
Tabela 27 e Figura - Prevalência (%) da amamentação em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo idade materna ao nascer da criança.....	113
Tabela 28 e Figura - Prevalência (%) da amamentação em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo procedência materna.....	115
Tabela 29 e Figura - Prevalência (%) da amamentação em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo tipo de famílias.....	116
Tabela 30 e Figura - Prevalência (%) da amamentação em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo local de parto.....	118
Tabela 31 e Figura - Prevalência (%) do aleitamento materno completo em diferentes idades (e respectivos intervalos com 95% de confiança).....	120
Tabela 32 e Figura - Prevalência (%) do aleitamento materno completo em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo nível de escolaridade materna.....	122
Tabela 33 e Figura - Prevalência (%) do aleitamento materno completo em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo idade materna.....	123
Tabela 34 e Figura - Prevalência (%) do aleitamento	

	página
materno completo (intervalos com 95% de confiança) segundo procedência materna.....	125
Tabela 35 e Figura - Prevalência (%) do aleitamento materno em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo tipo de família.....	126
Tabela 36 e Figura - Prevalência (%) do aleitamento materno em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo local de parto.....	127
Tabela 37 - Prevalência de uso da mamadeira em diferentes faixas etárias.....	128
Figura V - Prevalência de uso da mamadeira segun- do tipo de família em diferentes idades.....	130
Figura VI - Prevalência de uso da mamadeira segun- local de parto em diferentes idades.....	130
Tabela 38 e Figura - Prevalência de categorias de alimentação infantil em diferentes idades.....	132
Tabela 39 e Figura - Prevalência de categorias de alimentação infantil em diferentes idades.....	133
Tabela 40 - Associação entre indicadores de contato com serviços de saúde e desmame precoce.....	134
Tabela 41 - Marcas de rótulos/embalagens analisados.....	156
Tabela 42 - Avaliação das informações contidas nos rótulos /embalagens de algumas marcas de leites infantis e leites não modificados.....	157
Tabela 43 - Avaliação das informações contidas nos rótulos/embalagens de algumas marcas de farinhas usadas na alimentação para lactentes.....	159
Tabela 44 - Situação nas maternidades centrais visitadas.....	169
Tabela 45 - Situação nas maternidade periféricas.....	171
Tabela 46 - Resumo da prevalência da prática atual aos doze meses de idade e duração mediana da ama- mentação segundo diferentes marcadores.....	184
Tabela 47 - Resumo da prevalência aos trinta dias e dura- ção mediana do aleitamento completo segundo diferentes marcadores.....	184

ERRATA

Página	Parágrafo	Linha	Redação errada	Redação correta
20	2	8	ESPIGAN	ESPGAN
27	2	5	O seus vizinhos	Os seus vizinhos
31	1	2	linear das duas variáveis	linear entre as duas variáveis
33	2	1	intervenção	intervenções
149	2	2	(PELARGON”,	(PELARGON),
163	2	5	pro-amamentação	pró-amamentação
172	2	4	que beneficiava	que beneficiavam
191	1	7	nas de	nas
193	3	1	resultados de semelhantes são semelhantes	resultados de pesquisas são semelhantes

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A excelência da prática de amamentação se impõe, cada vez mais, na medida em que vem se conhecendo melhor, de um lado o leite materno, de outro a criança com suas peculiaridades fisiológicas e necessidades nutritivas. Inúmeras evidências mostram a importância dessa prática na sobrevivência da criança e na saúde materno-infantil (CUNNINGHAN et al, 1991).

Apesar disso, assistimos, com real pesar, ao declínio dessa prática e à introdução precoce de alimentos complementares na dieta infantil em vários países em desenvolvimento (PÉREZ ESCAMILLA, 1993; FAO/OMS, 1992; 1992b). Nos países desenvolvidos, após um acentuado declínio, dos anos 20 aos de 60, uma retomada da prática é observada, desde a década de 70 (ALVES et al, 1992; REA, 1989).

Esforços têm sido feitos, em nível mundial, para promover, apoiar e proteger a amamentação, integrando as estratégias dos Cuidados Primários de Saúde adotadas pela Assembléia Mundial de Saúde, em 1978. Mas, muitas vezes, a promoção de esforços programáticos é feita com pouco êxito. A insuficiente cobertura das intervenções é uma das razões do fracasso. Mas é possível que a razão fundamental seja a conceituação teórica errada do problema ou o fato de se considerar a amamentação mais como um fenômeno isolado e menos como resultante de um processo complexo.

A implementação das ações de assistência primária à saúde, habitualmente, não é precedida de uma avaliação inicial segura do problema e muito menos de uma análise consistente. Esse fato contraria as recentes recomendações do UNICEF (1990) fundamentadas no método do triplo A (Avaliação -Análise-Ação). Para determinar a necessidade das intervenções, é indispensável conhecer os padrões atuais de alimentação infantil e seus determinantes e comparar esses últimos aos observados nas épocas passadas (PÉREZ ESCAMILLA, 1993).

Dados sobre alimentação infantil são escassos e inseguros nos países em desenvolvimento (MONTEIRO,1988). A situação parece ser pior nos países africanos onde se tende a generalizar as conclusões partindo-se de impressões ou de dados de duvidosa representatividade.

Em Angola, como em outros países, as vantagens nutricionais, imunológicas e anticonceptivas do aleitamento natural têm sido reconhecidas. No entanto, estudos sobre o assunto são escassos. Efetivamente, várias ações pró-amamentação estão sendo desenvolvidas no país, enquadrando-se no compromisso assumido para implementação dos Cuidados Primários de Saúde. Mas nenhuma comunidade Angolana dispõe de dados sobre alimentação infantil que se podem considerar confiáveis.

A participação de Angola nas reuniões internacionais promovidas pelas Organizações do Sistema das Nações Unidas, particularmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), não parece suficiente para que o país adote uma política de alimentação infantil coerente, baseada nas constantes recomendações da

Assembleia Mundial de Saúde. Em face dessa realidade, a propaganda de Substitutos do Leite Materno, interrompida no período de transição para independência devido ao conflito armado que assolou o país, tenta tomar, novamente, conta da situação nos últimos anos, como ocorreu na última década do colonialismo.

Sabe-se, também, que a morbi-mortalidade por doenças infecciosas, em Angola, atinge um nível alarmante. Entretanto, tem-se a impressão de que práticas inadequadas de alimentação infantil têm sido adotadas, apesar de se observar ainda no país, a universalidade de amamentação prolongada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; 1991; KITOKO, 1991).

Nesse contexto, torna-se fundamental definir e caracterizar o perfil alimentar das crianças angolanas. Num ambiente sem sistema de informação que possa ajudar a entender a evolução da situação num passado recente, é importante conceber estratégias para resgatar, mesmo que de forma grosseira, a informação referente à evolução do comportamento da amamentação nas últimas décadas. A tarefa é árdua, mas com possibilidade de se tornar gratificante para quem pretende contribuir no melhor entendimento do problema, buscando incentivar a tomada de medidas de intervenção.

Sendo Angola um país predominantemente agrícola, sabe-se que a penetração dos produtos industrializados tem ocorrido a partir dos maiores centros urbanos, onde estratégias de "*marketing*" de Substitutos do Leite Materno já podem ser identificadas. No entanto, lembre-se que o colonialismo português, que dominou o

país durante cerca de cinco séculos, caracterizou-se pelo acentuado processo de aculturação e de miscigenação da população. As consequências pode ser evidenciadas nas atitudes e práticas alimentares, particularmente nas áreas de maior concentração da população europeia.

Finalmente, torna-se pertinente iniciar o presente estudo numa cidade como Luanda, capital de Angola, onde a existência de uma certa inadequação nas práticas de amamentação vem sendo suspeitada nas últimas décadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ASDI/UNICEF,1989;PENA,1970;1966). Como se sabe, com os seus cerca de dois milhões de habitantes, a cidade de Luanda depara-se com sérios problemas de água potável e do saneamento ambiental. As práticas inadequadas de alimentação infantil poderiam se comportar como verdadeiros fatores de potenciação das péssimas condições de vida de modo a elevar a prevalência da morbi-mortalidade na infância.

Em Luanda, as doenças infecciosas e parasitárias lideradas por doenças diarreicas, malária e complicações do sarampo constituem as principais causas de morte na infância (MINISTÉRIO DA SAÚDE,1991). A desnutrição é, certamente, subestimada nas estatísticas devido a falta de sua valorização nos prontuários médicos e certificados de óbitos e também devido à insuficiente cobertura sanitária.

A cobertura vacinal varia de 60 a 70% em crianças de 12 a 23 meses de idade para as vacinas de dose única (BCG e vacina contra sarampo) a menos de 50% para as vacinas de doses múltiplas (vacina contra poliomelite e Tríplice). Se o pré-natal é universal, a cobertura hospitalar ao parto é estimada em torno dos

50% (VALENTE et al, 1995;MINISTÉRIO DA SAÚDE,1991;MINISTÉRIO DA SAÚDE/UNICEF,1991,1990;MINISTÉRIO DA SAÚDE/ASDI/UNICEF,1989).

O presente trabalho pretende pôr à disposição das autoridades sanitárias e políticas dados capazes de ajudar na formulação de política e no planeamento de intervenções, na área de alimentação infantil. A tendência e os determinantes da amamentação são objeto de atenção especial. Aspectos complementares como o uso da mamadeira e a descrição de categorias alimentares serão abordados para melhorar o entendimento da tipologia alimentar. A definição do papel dos serviços de saúde no comportamento da amamentação merecerá destaque. A avaliação da importância da propaganda de Substitutos do Leite Materno permitirá entender até que ponto são cumpridas, em Angola, as recomendações da Assembléia Mundial de Saúde relativas à alimentação infantil.

Espera-se, também, amadurecer os conhecimentos sobre o assunto, a habilidade no desenvolvimento de um estudo centrado na comunidade e sobretudo a capacidade de análise e discussão de um complexo trabalho epidemiológico. Reconhece-se que limitações de várias ordens, aliadas às condições do campo e inerentes aos aspectos metodológicos, podem condicionar alguns aspectos em estudo. Por isso, estratégias pertinentes foram adotadas com intuito de controlar a possível tendenciosidade dos achados.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

1 - Importância da amamentação

Amamentar o bebê é uma prática natural e instintiva cujos efeitos benéficos são amplamente divulgados na literatura. Os principais benefícios relacionam-se à ampliação do espaçamento entre os partos e à prevenção das doenças infecciosas, particularmente da diarreia, da desnutrição e da morte nos primeiros meses de vida (FALL, 1996; BEAUDRY et al, 1996; OMER et al, 1994; AHMED et al, 1993; FUCHS, 1993; NIOBY et al., 1992; VICTORA et al,1992; 1989;1989b;1987; CUNNINGHAM et al, 1991; BARROS et al, 1990; HOWIE, 1990; MAHMOOD et al, 1989; PISON et al, 1989; MOREAL,1987)

A prática da amamentação, particularmente se for exclusiva, proporciona menor probabilidade de engravidar devido à secreção da prolactina, estimulada pelas mamadas. Como se sabe, a prolactina exerce um efeito anovulatório, responsável pela amenorréia pós-parto. A abstinência sexual observada entre mães lactantes, em vários países e particularmente em África, é um argumento suplementar a favor do espaçamento entre partos (PALLONI, 1994; WEIS, 1993; WHO, 1993; RAO, 1992; GUZ et al, 1991; SAADEH et al, 1990; CICIBA, 1989; RETHERFORD et al, 1989; TU, 1989; THAP et al, 1988; HEWAT, 1986; HUFFMAN, 1984).

A proporção de mulheres que relataram um retorno da menstruação até oito meses após o parto, em seis países diferentes varia de 40 a 65%, entre mães lactantes contra 90 a 100% para mulheres que não estavam amamentando. Nas comunidades em que a prática de métodos contraceptivos é incomum, registram-se intervalos menores de parturição após ter ocorrido a morte de um recém-nascido ou de um feto, quando comparados aos intervalos observados nos casos em que a criança sobrevive. Sabe-se que nesse tipo de comunidades a amamentação é habitualmente universal e prolongada (DONNET, 1991; OMS/UNICEF, 1980; OMS, 1981b).

A relação entre saúde materna e amamentação não se limita ao espaçamento entre partos. Há indicação de que o aleitamento materno pode reduzir o sangramento uterino no período pós-parto. A sucção do mamilo pela criança durante a lactação é fundamental para liberar a ocitocina, que provoca uma contração uterina. Ao acontecer logo após o parto, esse fato proporciona uma diminuição do sangramento e contribui na involução uterina, possibilitando uma rápida diminuição do volume do abdome da puérpera (AKRE, 1989; CAMERON, 1979).

Alguns estudos sugerem que mulheres que adotaram a amamentação prolongada apresentam menor risco de câncer mamário e do epitélio ovariano (BRITON, 1995; CHILVERS, 1993; KVALE et al, 1988; CUNNIGHAN et al, 1991; BYERS et al, 1985). Esta hipótese não foi, no entanto, apoiada num recente estudo prospectivo envolvendo 89887 mulheres. Não foi encontrada nenhuma associação significativa entre a prática da amamentação e a ocorrência do câncer mamário (MICHELS et al, 1996)

Outros estudos evidenciaram o fato de que a prática da amamentação prolongada conferiria à mãe uma proteção contra artrite reumatóide, fratura de quadril, osteoporose (MADANI et al, 1994; CHUA et al, 1994; CUMMINGS et al, 1993; CUNNINGHAN et al, 1991)..

Em menores de um ano, não parece existir dúvida de que a amamentação tem um efeito protetor contra desnutrição. Mas existe uma controvérsia, quando o assunto é o aleitamento materno prolongado (mais de doze meses). Na cidade de Accra do Gana e no Sul do Brasil, a amamentação prolongada foi associada à maior prevalência de desnutrição, comparada ao aleitamento materno por menos de seis meses (BRAKOHAPA et al, 1988; VICTORA et al, 1984). Esse resultado contrasta com os obtidos em outros estudos na Guiné-Bissau (MOLBAK et al, 1990), no Bangladesh (BRIEND et al, 1988), no Burkina-Faso (COUSENS et al, 1993) e na Zambia (NG'ANDU et al, 1990).

A controvérsia existente acerca da relação entre amamentação prolongada e desnutrição é substanciada, possivelmente, nas possibilidades de existir tendenciosidade nos diferentes dados usados. A possibilidade de um vício de seleção parece grande nos estudos que apoiam a existência de uma relação positiva entre amamentação prolongada e desnutrição, uma vez que as crianças desnutridas têm maior chances de ser amamentadas por mais tempo, identificando-se com as famílias de menor poder aquisitivo. A diversidade de definição da desnutrição e da tipologia alimentar adotadas em contextos diferentes, é suscetível de originar erros de classificação (MOLBAK et al, 1994)..

O efeito protetor do aleitamento materno exclusivo contra infecções intestinais resulta, possivelmente, de uma ação direta do leite materno sobre os agentes patogênicos e de uma redução de intensidade da exposição a esses agentes. Existe, "*in vitro*", evidências sobre o efeito bactericida direto de células do colostro e do leite maduro. A proteção contra parasitoses parece óbvia, mas é a que se encontra menos estudada. Os poucos estudos conhecidos sugerem a existência de um poder destrutor do leite materno contra alguns protozoários (GENDREL et al, 1988; PITTARD, 1985).

Numa área periférica da cidade de Bissau da Guiné-Bissau, onde se observou uma duração mediana da amamentação de 22 meses, verificou-se aumento da incidência e da duração da diarreia após a retirada de amamentação. A proporção de crianças que se recuperaram da diarreia foi maior entre as amamentadas comparadas às que deixaram de amamentar (MOLBAK et al, 1990).

Agentes patogênicos são identificados na comida preparada especialmente para criança. O índice de contaminação estimado em estudos levados a cabo em Gambia, alcança 10^5 - 10^9 E. coli por grama ou mililitro de comida (ROWLAND et al, 1988; 1985; 1985; 1978). Admite-se um índice de 10^3 para Shigella, em adultos, como dose infecciosa mediana (ID50), isto é, a dose em que cerca de 50% das pessoas que ingerem os agentes patogênicos adquirem diarreia. Para o Vibrio cholerae, a ID50 é de 10^8 - 10^{11} . As diarreias por rotavirus, protozoários e outros vírus são causadas pela ingestão de um número de microorganismo menor que 10^2 (FUCHS, 1993).

De igual modo, o uso da mamadeira é um outro potencial fator de risco para diarreia e outras infecções. Ao risco de contaminação via água e comida, junta-se a possibilidade da transmissão dos agentes patogênicos através dos utensílios usados na preparação e administração de alimentos. A transmissão desses agentes através da mamadeira pode ser evitada com a esterilização do referido recipiente, pela sua lavagem cuidadosa e pelo uso de hipoclorito de sódio. Mas essa não passa de uma recomendação de cumprimento difícil. De acordo com alguns estudos, colher e xícara não esterilizadas apresentam menores índices de contaminação do que a mamadeira e o bico esterilizados (FUCHS, 1993).

O risco de morrer na infância segundo tipos de alimentação vem, nos últimos anos, despertando interesse nos estudos epidemiológicos e demográficos. Na cidade de Yaoundé dos Camarões, a mortalidade infantil entre crianças com aleitamento materno completo foi estimada em 39 por mil nascidos vivos contra 53 por mil nas crianças com aleitamento misto complementado e 125 por mil entre as submetidas ao aleitamento artificial (exclusivo e complementado).

O risco de morrer por diarreia, em menores de doze meses de idade, foi quatro vezes maior nas crianças que usaram mamadeiras, quando comparadas com as que recebiam aleitamento materno completo sem usar mamadeira; para os menores de quatro meses, esse risco foi de 25 vezes maior. Os resultados de Yaoundé sugerem um risco de morrer por sarampo independente do modelo alimentar. Mas notou-se que o sarampo afeta tardiamente as crianças que foram exclusivamente amamentadas (VAN DER POL, 1989).

Um dos estudos brasileiros mais completos sobre a relação entre amamentação e mortalidade infantil evidenciou risco de morte por diarreia até 20 vezes maior em crianças completamente desmamadas antes dos dois meses de idade. Os riscos associados às outras infecções foram menores, porém substanciais (VICTORA et al, 1987).

Em São Paulo, foi evidenciada, através de um estudo da trajetória da amamentação, uma relação positiva entre o desmame precoce e a mortalidade infantil no período em que a disponibilidade de água da rede pública foi insuficiente para satisfazer as necessidades da população. A concomitância do declínio do aleitamento materno à tendência de desaceleração da queda da mortalidade infantil foi também observada na cidade de Santiago do Chile. Essa constatação acabou apoiando resultados dos estudos anteriores, particularmente ao realizado na Malásia (ZUÑIGA et al, 1995).

A maior intensidade do declínio da mortalidade infantil, na Inglaterra e nos países de Gales, em comparação com outros países da Europa ocidental, de 1861 a 1921, é atribuída à alta frequência da amamentação observada nesses países, nos primeiros meses de vida. Observam-se que a pasteurização de leite permite reduzir os altos coeficientes de mortalidades que vigoravam nesses países, mas o impacto da amamentação parece maior, particularmente nas comunidades pobres. Na Suécia, observou-se também um acentuado declínio da mortalidade infantil com a retomada da amamentação (WOODS et, 1989).

Além da proteção contra a desnutrição e a diarreia, evidências vêm se acumulando sugerindo que crianças alimentadas artificialmente são sujeitas a maior risco de uma variedade de doenças. A lista incorpora, entre outras patologias, infecção respiratória, alergias, infecção urinária, otite média, doença celíaca, diabetes mellitus, linfoma (MATHUR et al, 1993; SCHMITZ, 1993; CUNNINGHAM et al, 1991; WRIGHT et al, 1989; HOST et al, 1988; LABBOK et al, 1987).

Cabe ressaltar que o uso de chupetas é dispensado na criança amamentada visto que, além de satisfazer as necessidades nutricionais e imunológicas, a amamentação facilita o desenvolvimento da musculatura mastigatória, exercita o movimento da mandíbula (movimento de sucção) e permite um ótimo posicionamento da língua. A chupeta e o bico da mamadeira podem dificultar o desenvolvimento do maxilar e da musculatura mastigatória.

O bico artificial, ao reduzir o esforço da boca do bebê, pode ocasionar uma retração da língua (glossoptose) que pode levar a uma variedade de problemas posteriores proporcionando uma formação deficiente da arcada dentária e do palato. A aerofagia, frequente no aleitamento artificial, é uma consequência do uso de bico que não proporciona um perfeito ajustamento entre os lábios (RICCO,1996;MORLEY,1982).

Por outro lado, o uso prolongado de chupeta foi associado ao desmame precoce. Um estudo brasileiro sugere uma probabilidade de desmame precoce de três vezes maior em crianças que usaram chupeta, quando comparadas às que não usaram (VICTORA et al, 1993).

O consenso sobre o efeito protetor do aleitamento materno contra morbimortalidade na infância, particularmente por doenças infecciosas, coexiste com as inquietações que se fazem sentir com a secreção no leite materno de algumas substâncias capazes de proporcionar efeitos adversos na criança. Recomenda-se cautela com relação ao uso de medicamentos em mães lactantes, particularmente quando a criança é menor de um mês de idade (OMS/IBFAN Brasil/IS, 1996).

No geral, aconselha-se o monitoramento do bebê, quando a mãe tem que tomar remédios, particularmente se for por um prolongado período. No entanto, além dos anticancerígenos e das substâncias radioativas, poucas drogas são incompatíveis com amamentação. A maioria das drogas comumente usadas são seguras na dosagem usual, sendo o seu uso compatível com amamentação (OMS/IBFAN Brasil/IS, 1996; MIRANDA et al, 1991).

Admite-se que 1 a 2% da dose de medicamento ingerido pela mãe passa no leite materno. Na maior parte dos casos, essa proporção é insuficiente para causar efeitos adversos na criança submetida ao aleitamento materno (BERLIN, 1996; COMMITTEE DRUGS, 1994).

Outras substâncias ingeridas pela mãe podem também ser identificadas no leite materno. Tem-se observado menor ingestão do leite materno entre filhos de mães que tenham consumido bebida alcoólica. O mecanismo que leva a menor ingestão é desconhecido (MINELLA et al, 1991; WOODWARD et al, 1988).

Admite-se que o álcool como a nicotina pode ocasionar uma inibição hormonal para produção e ejeção do leite ou uma alteração do aroma do leite materno tornando-o desagradável para criança (MINELLA et al, 1991; WOODWARD et al, 1991). Há indicação de que o fumo é associado à menor produção do leite materno. A identificação da nicotina em urina de filhos de mães fumantes, submetidos ao aleitamento artificial é sugestiva do fato de que os filhos de mulheres fumantes são fumantes passivos (BERLIN, 1996; LABRECQUE et al, 1989).

Poluentes ambientais, como herbicidas, pesticidas e similares têm sido identificados no leite materno e no de vaca. Mas na maior parte dos casos, esses poluentes não são comprovadamente prejudiciais ao lactente (OMS/UNICEF, 1980).

O leite materno pode servir de veículo a agentes infecciosos. O leite humano contém fatores bacteriostáticos e bactericidas eficazes para protegê-lo de sua flora, mas nem sempre apresenta a mesma eficácia contra os contaminantes externos (ROWLAND et al, 1988;1987). O citomegalovirus e o HTLV-1 (Human T-Cell Lymphotropic Virus Type 1) são habitualmente transmitidos através do leite materno. Os virus da rubéola e da hepatite B têm sido encontrado no leite materno mas a amamentação não parece ser a via habitual de sua transmissão.

A maior inquietação, na atualidade, refere-se ao HIV (Virus de Imuno-deficiência Humana adquirido) por se relacionar a uma patologia ainda sem cura deixando tudo mundo impotente. Mas estudos epidemiológicos têm minimizado a transmissão vertical do HIV através do leite materno (LEPAGE, 1996; 1993; VAN DE PERRE, 1993; STIEHM, 1991). No entanto, sabe-se que é possível destruir o

HIV com a pasteurização adequada do leite materno contaminado tornando o banco de leite humano, uma alternativa para alimentar com leite materno, bebês de mães infectadas.

Para a OMS e o UNICEF, mesmo diante da preocupação com o HIV, os benefícios da amamentação ainda são mais importantes, nas comunidades pobres (WHO, 1992). Comparando o risco hipotético de contaminação através do leite materno com o risco associado ao uso da mamadeira, distintos pesquisadores acreditam que o aleitamento materno continua a ser a melhor maneira de alimentar os bebês (LEDERMAN, 1992).

2 - Tendência da alimentação infantil

Distintos documentos históricos comprovam que há muito que se vem discutindo sobre o aleitamento materno (ALVES, 1992; REA, 1989). Trechos atribuindo alto valor à amamentação pela mãe biológica são espalhados na Bíblia. No tempo de Abraão, já se falava de amas-de-leite entre mulheres da nobreza. O fato de que algumas mulheres da nobreza tinham adotado a amamentação é destacado como é o caso da Sara, mulher de Abraão que, apesar de ter dado a luz a um filho varão numa idade avançada, resolveu amamentar o seu filho ou da Rebecca, mãe de Jacob que tinha feito a mesma opção.

Na Inglaterra, entre os séculos XVI e XVIII, por razões estéticas, observou-se um crescimento do número de mulheres da classe nobre que usavam amas-de-leite evitando assim a caída dos seus seios (ALVES et al, 1992). Numa época em que o valor da mulher dependia do número de filhos tidos, já se acreditava no efeito

contraceptivo do aleitamento materno que era mais um motivo para que as mulheres da nobreza optassem para o uso de amas-de-leite.

As mulheres de confissão protestante manifestavam maior sensibilidade em amamentar seus filhos que as suas congêneres católicas. Antes do século XVII, a doutrina católica romana aconselhava o uso de amas-de-leite para proteger as famílias, evitando a "*fraqueza do marido*" voltada ao não cumprimento dos deveres conjugais (ALVES, 1992). A religião islâmica vai mais longe ao tornar a amamentação obrigatória por dois anos, autorizando, entretanto, o uso de amas-de-leite em caso de comprovada impossibilidade das mães amamentarem os seus filhos. Nesse particular, a concordância do pai da criança é a única exigência colocada (KITOKO, 1978).

Relatos sobre alimentação infantil são concordantes no que se refere à universalidade da amamentação prolongada na era pré-industrial. No entanto, há indicação de que o declínio do aleitamento materno começou bem antes da industrialização da sociedade. No século XVIII, assistia-se já a uma corrente de pensamento, buscando persuadir as mães a amamentarem os seus filhos (ALVES, 1992; REA, 1990; 1989; ROSSANT, 1982)

Documentos datados do ano 888 antes de Cristo, encontrados nas ruínas do palácio de Ninevah no Egito, apresentam desenhos de mães com mamadeiras. Na segunda metade do século XVIII, Rosen Von Rosenstein, Armstrong e Underwood recomendavam o uso de leite de vaca como alternativa ao leite materno. Mas sublinhavam a necessidade da sua modificação e manifestavam o seu pessimismo no que se refere aos efeitos do desmame precoce (ALVES, 1992; REA, 1989, OMS, 1981).

A revolução industrial, à qual se associa a continuada aceleração do processo de urbanização, imprimiu à humanidade novas condições de vida. A mulher é chamada, cada vez mais, para exercer atividades laborais fora do lar. As modificações do estilo de vida vão se fazendo sentir cada vez mais com o crescimento da escolarização nas comunidades. A vida urbana vem substituindo a solidariedade da comunidade rural por uma convivência egoísta e solitária. Os avanços tecnológicos vêm proporcionando modificações buscando maior aproximação de fórmulas infantis ao leite humano (ROSSANT, 1982).

A indústria alimentar é objeto de várias descobertas graças aos progressos em todas as áreas do saber, particularmente a química e a microbiologia. Os trabalhos de L. Pasteur sobre os processos da fermentação e a explosão de conhecimentos subsequentes na área da microbiologia foram determinantes. A descoberta na Alemanha, em 1838, do fato de que o leite de vaca tem mais proteínas que o leite materno, escreve REA (1989), pode ser considerado como o marco referencial para todo um discurso de favorecimento do uso do leite de vaca, que passou a prevalecer em toda a história pró-proteína da nutrição de finais do século passado e parte deste.

A descoberta atribuída a Gail Borden, em 1856, do método de produzir leite condensado acabou por criar uma alternativa de um leite estéril e passível de conservação. A contribuição de Henri Nestlé descobrindo a possibilidade de usar latas para servir de embalagens do leite condensado, facilitou a produção industrial e a transportação a longa distância do leite de vaca (REA, 1989; OMS, 1981).

Em torno de 1880, foram criados na França os primeiros dispensários de puericultura para monitorar o crescimento das crianças. O incentivo ao aleitamento materno fazia parte das rotinas dos dispensários. Mas fazia-se também a distribuição gratuita de leite de vaca esterilizado para crianças carentes. Posteriormente os dispensários franceses foram considerados como modelo em muitos outros países europeus que acabaram por criar unidades sanitárias semelhantes.

Entretanto, para contornar as dificuldades criadas pela crescente desistência de amas-de-leite devido ao surgimento de melhores empregos que a indústria vinha criando, a busca de novas alternativas baseadas nos progressos tecnológicos foi uma preocupação nos Estados Unidos de América. Assim, em 1910, graças ao uso das técnicas de refrigeração, foi criado o primeiro banco de leite humano, em Boston (OMS, 1981).

Nos finais do século XIX, as fórmulas infantis mais ou menos elaboradas começaram a ser produzidas na França, na Alemanha e nos Estados Unidos, tendo como principais ingredientes água, açúcar e farinha. A partir daí, avanços vêm sendo registrados na indústria alimentar buscando maior adaptação às necessidades das crianças. Mas a perfeição parece ter sido atingida nas décadas de 20 e 30 deste século. Há indicação, entretanto, de que o declínio do aleitamento materno começou a ser evidenciado, na Europa, a partir dos finais do século passado (REA, 1989; BALLABRIGA et al, 1987; OMS, 1981)

As informações existentes em vários países da Europa e da América do Norte sugerem que o período de 1920 a 1970 é o da maior expressão do declínio do aleitamento materno (WOODS et al, 1989; DE SOUSA et al, 1983; HELSING,

1991; 1981; OMS/UNICEF, 1981). Na segunda metade dos anos 60, com a onda de ecologistas a espalhar-se pela Europa e pela América do Norte, o regresso a forma natural de alimentar filhos, começou a ganhar corpo.

Na medida em que os trabalhos científicos aumentam em número e em qualidade, opiniões pró-amamentação vêm ganhando força. Mas sabe-se também que a falta de trabalhos científicos não impediu a emergência do movimento pró-amamentação mais ou menos estruturado já na década de 50. A criação da *La Leche League Internacional*, em 1956, é um exemplo que merece menção (OMS, 1981).

O movimento pró-amamentação começou a estruturar-se para uma ação coordenada contra uma sociedade de consumo, já próspera com o desenvolvimento industrial e comercial nos finais da década de 60. Nesta altura, o "marketing" de fórmulas infantis já se tinha tornado uma ferramenta imprescindível das firmas produtoras de alimentos infantis. O seu progresso foi, então, utilizado para disseminar o aleitamento artificial nos países em desenvolvimento. Na década de 70, como consequência da crescente tomada de consciência acerca dos benefícios do aleitamento materno, tem início, na Europa e na América do Norte, um movimento de retorno à amamentação (REA, 1989; MONTEIRO, 1988; DE SOUSA, 1983; OMS, 1981; UNICEF, 1980)

Estima-se que duas em cada três mães nascidas antes de 1920 nos Estados Unidos, alimentaram os seus primeiros filhos ao peito. Essa proporção caiu para uma mãe em cada três nas nascidas entre 1941 e 1945. A partir da década de 70, os resultados de todas as pesquisas apontam para uma franca reversão dos padrões do aleitamento materno em toda América do Norte. A mesma tendência é

observada na Europa, particularmente nos países da Escandinávia onde a incidência da amamentação chega a mais de 80% (HELSING et al, 1991; REA, 1989; BALLABRIGA, 1987; ESPGAN, 1984; DE SOUSA, 1983; OMS, 1981).

De acordo com o levantamento da Comissão de Nutrição da Sociedade Européia de Gastroenterologia Pediátrica (ESPGAN), levado a cabo nos países da Europa, em 1982, não parece ter havido retomada da duração da amamentação nesses países. A Turquia é o único país onde foi registrada uma taxa do aleitamento total de 80%, em menores de doze meses de idade. A duração mediana da amamentação estimada para os países escandinavos é de 5-6 meses, enquanto que nos restantes países envolvidos no estudo não chegaria aos três meses (BALLABRIGA et al, 1987; ESPIGAN, 1984). As estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam para uma duração média de 4 meses para os países europeus, na década de 80 (HELSING, 1991).

De um modo geral, dados sobre a evolução dos padrões de alimentação infantil nos países em desenvolvimento são escassos e permitem generalizações menos seguras do que as efetuadas para os países desenvolvidos. Mas alguns progressos estão sendo registrados em alguns países como Brasil onde intervenções pertinentes vêm sendo implementadas há mais de uma década (VENANCIO, 1996; MONTEIRO, 1988).

Nesses países, a avaliação das tendências tem se baseado em dados de representatividade duvidosa e obtidos usando uma diversidade metodológica que não facilita a realização de análises comparativas. Nas últimas duas décadas surgiram três principais fontes de dados consideradas de melhor qualidade facilitando assim, a comparabilidade de resultados obtidos em diferentes locais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) coordenou um estudo cooperativo em nove países (Índia, Filipinas, Etiópia, Nigéria, Zaire, Chile, Guatemala, Hungria e Suécia), no período de 1975 a 1978. Esse estudo foi concebido para obter dados seguros sobre alimentação infantil visando a implantação de intervenções pertinentes a favor da promoção de adequadas práticas alimentares (OMS, 1981).

Com intuito de coletar dados nacionais representativos sobre fertilidade e planejamento familiar, a *United States Agency for International Development (USAID)* criou, no princípio da década de 70, o *World Fertility Survey (WFS)*. Dados sobre práticas do aleitamento materno foram também coletados devido aos conhecidos efeitos contraceptivos da amamentação. Os WFS foram realizados no período de 1974 a 1981 (TRUSSEL et al, 1992; BOERMA et al, 1991).

Para dar continuidade ao Estudo Mundial sobre Fertilidade (WFS), foi criado o *Demograph and Health Survey (DHS)*. Esse último programa busca proporcionar em nível mundial maior número de dados sobre população e saúde. Os DHS iniciaram em 1984. Os estudos têm sido realizados em vários países inclusive africanos. No período de 1984 a 1989, 47 países em desenvolvimento, dos quais 18 africanos, foram estudados.

Apesar da reconhecida qualidade das três fontes de dados, esses últimos não são isentos de críticas. A representatividade dos dados da OMS pode ser questionada, pelo menos em alguns países. A sub-amostra do Zaire, por exemplo, envolveu na pesquisa apenas a região oriental de Kivu. A sub-amostra rural da Nigéria foi constituída apenas pelo grupo étnico Yoruba, enquanto que a da

Etiópia comportava apenas duas regiões (OMS, 1981). Esse fato não está a favor de generalização que tem sido feita baseando-se nos dados obtidos em níveis espaciais limitados.

As críticas aos dados de WFS referem-se às frequentes perdas por omissões e erros na declaração de idade. O momento da retirada da amamentação referido pelas mães é sujeito a vício de memória havendo maior concentração das idades de desmame completo em torno de 6, 12 e 18 meses de idade. Tem havido consenso em reconhecer que as possibilidades de ocorrência de erros de seleção são quase nulas (TRUSSEL et al, 1992).

Comparados com os dados de WFS, os de DHS têm apresentado poucas perdas. No entanto, persiste a problemática de idades preferenciais raportadas pelas mães. Para nove países africanos (Burundi, Gana, Quênia, Mali, Marocos, Senegal, Tunisia, Uganda e o Estado nigeriano de Ondo) muitas mães referiram que a retirada da amamentação ocorreu em torno de 12, 18 e 24 meses de idade (TRUSSEL et al, 1992).

Os resultados do estudo cooperativo da OMS evidenciam a diversidade de padrões da amamentação entre países e dentro de cada país. A maioria das crianças estudadas iniciaram a amamentação de modo que a referida diversidade afeta essencialmente a sua duração. No geral, a amamentação é mais prolongada nos países em desenvolvimento onde, em grande parte chega aos doze meses ou mais enquanto que nos dois países europeus envolvidos, raramente passa os seis meses. Através deste estudo foi possível identificar os principais fatores que influenciam o comportamento da alimentação infantil que são descritos mais adiante (OMS, 1981).

As análises de dados de WFS e DHS mostram que, para o período de 1977 a 1989, uma média de 92% das crianças iniciaram a amamentação nos países em desenvolvimento. Informações mais recentes (1990-1993) proporcionadas pelos DHS continuam indicando que, pelo menos 90% das crianças dos países em desenvolvimento iniciam a amamentação (ARMSTRONG, 1995).

As estimativas baseadas nos dados de DHS apontam para uma mediana variando de 9 meses, para os países da América Latina e Caribe, a 18 meses, para maioria dos países africanos e alguns países asiáticos. Os dados de DHS têm gerado uma duração média da amamentação maior que os de WFS, para os países asiáticos e latino-americanos; não foi identificada, para os países africanos nenhuma diferença entre as duas fontes de dados (BOERMA et al, 1991).

A análise das referidas três fontes de dados mostra que, em muitos países em desenvolvimento, o principal problema é o **desmame precoce**, continuando a se registrar o uso indiscriminado de fórmulas infantis comercializadas. No período de 1990 a 1993, os dados de DHS revelam em muitos países uma introdução dos alimentos complementares aos 15 dias de idade. Poucos são os países com uma mediana de duração do aleitamento materno completo maior que 45 dias (ARMSTRONG, 1995).

O uso da mamadeira é também frequente. Essa constatação levou alguns pesquisadores a questionar a validade da tipologia dos padrões de alimentação infantil baseada apenas no aleitamento materno como proposto pela OMS (BOERMA et al, 1991; LATHAM et al, 1986; OMS, 1981).

Baseando-se nos resultados do estudo colaborativo, já referido, a OMS concebeu um modelo de evolução da prática da amamentação comportando três fases básicas. A primeira fase é tradicional correspondendo com alta prevalência do aleitamento materno na população; a segunda é a de transformação, caracterizada por declínio da amamentação. A última fase corresponde à retomada de amamentação.

Dependendo da fase em que se encontram os diferentes subgrupos populacionais, os países poderiam ser classificados em oito estágios. De acordo com este conceito, o primeiro estágio corresponde aos países em que todos subgrupos populacionais encontram-se na fase tradicional colocando a situação em que os subgrupos se encontra na terceira fase no oitavo estágio. As situações intermediárias vão do estágio 2 a 7. A tipologia proposta pela OMS sugere, portanto, uma sequência progressiva da evolução dos padrões da amamentação (WHO, 1983).

LATHAM et al, (1986) descrevendo o padrão de alimentação infantil na população de baixa renda da cidade de Nairóbi, observaram a universalidade do aleitamento materno prolongado. O padrão da amamentação dessa comunidade é, de acordo com a proposta da OMS, tradicional encontrando-se no primeiro estágio da evolução da prática de amamentação. Os referidos pesquisadores sublinham que, na realidade, o padrão identificado não é tradicional uma vez que o frequente uso de fórmulas infantis e da mamadeira é uma prática não ancestral do Quênia.

A inadequação da tipologia proposta pela OMS apoiam-se também em outros trabalhos realizados na Colômbia, no Caribe, na Tailândia, na Indonésia, nas Filipinas e no Zaire. Esses estudos demonstram que a tipologia proposta é

simplista demais considerando apenas um componente de alimentação infantil (aleitamento materno total) e dois critérios (frequência e duração). O modelo da OMS, na opinião de LATHAM et al (1986) e de GLUSSELER et al (1983), deveria ser repensado considerando a complexidade dos padrões alimentares.

3 - Determinantes do comportamento alimentar

A programação das distintas intervenções com intuito de reverter a tendência de declínio da amamentação passa pela identificação dos principais fatores associados à prática do aleitamento materno. No entanto, sabe-se que o comportamento da amamentação é resultado de um processo complexo onde intervêm uma diversidade de fatores (HUFFMAN, 1984).

Neste conjunto de fatores pode-se destacar algumas características que têm merecido uma atenção especial na literatura: características familiares, características da criança e indicadores de contato com serviços de saúde. A dimensão cultural muitas vezes é despercebida, mas é de uma importância fundamental e depende do nível de desenvolvimento econômico de cada comunidade.

Dentre as características familiares e as condições sócioeconômicas (escolaridade materna, renda familiar, trabalho materno fora do lar, local de residência, procedência materna, tipo de família, idade materna) têm sido descritos como importantes determinantes do comportamento alimentar. Residência em área urbana, maior escolaridade materna (e/ou a renda alta),

família nuclear e mães mais novas têm apresentado, nos países em desenvolvimento, uma associação positiva com o declínio do aleitamento materno (BAUTISTA, 1996; IGHOGBOJA et al, 1996; TRUSSEL et al, 1992; PEREZ-ESCAMILLA et al, 1994; 1995; PEREZ-ESCAMILLA, 1994; BARROS et al, 1990; MOTT, 1984).

No geral, os diferentes estudos, realizados nos países em desenvolvimento, sugerem uma relação positiva entre o grau de urbanização e o declínio da amamentação. Em raros casos observou-se um diferencial mínimo entre áreas rurais e urbanas ou mesmo uma relação inversa. Não foi encontrada em 1989, por exemplo, uma diferença significativa na duração da amamentação entre crianças da cidade de Nairóbi e as que vivem em áreas rurais do Quênia. No Irão, observaram-se maiores frequência e duração da amamentação em áreas rurais, comparadas às zonas urbanas (ARMSTRONG, 1995).

Uma relação positiva entre o nível de escolaridade materna e a amamentação identifica as comunidades desenvolvidas onde, antes da década de 70, se observava o comportamento atual dos países em desenvolvimento (TRUSSELL et al, 1992; MONTEIRO, 1988).

DELPEUCH et al. (1996), em estudo populacional sobre impacto da crise econômico nos padrões alimentares, no Congo-Brazzaville e no Senegal, mostraram que o baixo poder aquisitivo influi mais na qualidade da alimentação complementar sem alterar o comportamento global da amamentação. Na impossibilidade de usar fórmulas infantis e farinhas lácteas industrializadas opta-se por papinhas de preparo caseiro de baixa qualidade nutricional.

A dimensão cultural do comportamento da amamentação é fundamental em determinadas comunidades. EVER-HADANI et al (1994) observaram na cidade de Jerusalém maior duração do aleitamento materno nas famílias judaicas ortodoxas e entre os imigrantes, quando comparados aos outros grupos populacionais.

PAGEZY & DE GARINE (1989), a partir de uma perspectiva sociológica, encontraram diferenças significantes na alimentação infantil entre diferentes grupos étnicos africanos. Os Mvae dos Camarões, por exemplo, apresentam maior tendência à diversificação, incorporando hábitos novos como o uso de farinhas lácteas comercializadas, arroz e milho. O seus vizinhos Yassa tendem à se limitar em oferecer aos bebês papinhas a base de mandioca.

É impressionante constatar que entre os Oto e Twa de África Central, o aleitamento materno exclusivo dura exatamente 4 a 6 meses. Mas os pesquisadores sublinham que não é raro alimentar bebês com uma dieta familiar (PAGEZY & DE GARINE, 1989). A prática de alimentar bebês como se fossem adultos foi também observada na África do Norte na década de 30 (KITOKO, 1978).

O impacto do trabalho materno fora do lar no comportamento do aleitamento materno é objeto de controvérsias. Alguns o valorizam (BUTZ et al, 1984; KONDEL et al, 1980) e outros tentam minimizar esse impacto (HUFFMAN, 1984; VAN ESTERICK et al, 1991). Sabe-se no entanto que, quando as mães funcionárias efetivam o retorno ao trabalho, a probabilidade é que decaia a amamentação (BOERMA et al, 1991)

Há indicação de que problema metodológico pode atrapalhar os resultados da pesquisa. Pois alguns pesquisadores afirmam que quando mulheres são entrevistadas uma só vez, poucas fazem menção do trabalho como causa de desmame. Em entrevistas múltiplas, o trabalho fora do lar surge como um importante fator do desmame (REA et al, 1988).

Na realidade, vários fatores devem ser considerados para analisar o efeito do trabalho materno fora do lar no comportamento de alimentação infantil tais como a distância entre local de trabalho e o domicílio da mulher, condições de transporte, disponibilidade de creches na empresa ou pelo menos na vizinhança, existência de dispositivos legais regulamentando a matéria, tempo disponível para a mãe cuidar do seu filho, tipo de ocupação materna, facilidade de acesso à criança, atitudes e nível de conhecimento sobre leite materno e prática da amamentação e capacidade para contornar os problemas com a amamentação (HUFFMAN, 1984).

Em estudo realizado na cidade brasileira de Santos, constatou-se que a proporção de mães que retoma as suas atividades laborais é bem menor do que as que deixam de amamentar exclusivamente ao seio. Isso significa que mesmo em casa, as mães intercalam leite materno com outros alimentos e que o trabalho fora do lar não implica, necessariamente, em obstáculo ao aleitamento materno (SANGHVI, 1996).

A idade materna e a paridade são tidas, em vários estudos, como importantes preditores da amamentação. Os dois fatores são consideradas como indicadores da experiência materna passada (EVER-HADANI et al, 1994).

A menor idade materna tem sido associada ao declínio do aleitamento materno (EVER-HADANI et al, 1994; MONTEIRO, 1991; 1987; BARROS et al, 1990; BECERRA et al, 1990). De igual modo, nos estudos que investigam a relação entre paridade e amamentação, tem sido evidenciado o fato de que as mães primíparas são mais propensas a amamentar os seus filhos que as múltiparas.

Certos pesquisadores acham que mulheres com experiência anterior negativa, acabam optando por não amamentar (VENANCIO, 1996). Aí é preciso ser cauteloso visto que, como foi anteriormente referenciado, onde a tradição é preservada, a experiência passada é raramente negativa. Nesse particular, mecanismos tradicionais existem para apoiar jovens mães com dificuldade de amamentação.

Em várias comunidades africanas conservadoras, cabe a mãe e as tias orientarem às filhas e sobrinhas em todos os aspectos de vida inclusive no período pós-parto. É frequente, uma mulher mais velha se instalar, temporariamente, na residência de uma mãe jovem com bebê para prestar maior apoio até achar que as condições estão reunidas para que os jovens pais possam prestar a devida atenção ao seu filho (MIHAMI et al, 1976).

Dentre as características da criança, o peso ao nascer e o sexo têm sido estudados. Tende-se a acreditar que o peso ao nascer influencia a idade de desmame. O estudo da OMS não evidenciou nenhuma diferença significativa entre bebês de baixo peso ao nascer, comparados às crianças que nasceram com peso normal, em oito países entre os nove estudados (OMS, 1981). Em Israel, como

na amostra das Filipinas do estudo da OMS, foi possível estabelecer uma relação positiva entre peso ao nascer e amamentação (EVER-HADANI et al, 1994).

Em relação ao sexo, OMS não evidenciou, de igual modo, nenhuma diferença significativa entre meninas e meninos. Mas, resultados de outras pesquisas apontam que os meninos têm sido amamentados mais do que as meninas. Numa área rural tunisina, observou-se uma duração da amamentação maior nos meninos, comparados a das meninas. O inverso, foi observado no Sudão e no Bangladesh. É mais um exemplo da importância cultural na alimentação (BAUMSLAG, 1992; MOHIUDIN, 1986; OMS, 1981; KITOKO, 1978).

O contato com serviços de saúde, onde não existe programas pró-amamentação, tem sido associado às menores prevalência e duração do aleitamento materno. Pois, as rotinas hospitalares nessas condições têm desestimulado a amamentação. Assim sendo, o pré-natal, o parto hospitalar, o monitoramento do crescimento, a imunização básica e o ambulatório de pediatria correspondem às oportunidades perdidas (PÉREZ-ESCAMILLA et al, 1994; VALDES et al, 1993; HUFFMAN, 1984).

A análise dos dados de DHS referentes a América Latina e Caribe mostram uma relação inversa entre a duração da amamentação e a proporção de partos atendidos por trabalhadores de saúde em diferentes países. A duração média da amamentação é curta (em torno dos dez meses) nos países com uma cobertura ao parto hospitalar de pelo menos 80% (Trindade, República Dominicana e Brasil) e prolongada (mais de quinze meses), nos países com baixa cobertura (menos de 50%) ao parto hospitalar (Guatemala, Bolívia e Peru). Os restantes países da

região encontram-se numa situação intermediária mantendo uma forte relação linear das duas variáveis (PÉREZ-ESCAMILLA, 1993).

Na cidade brasileira de Santos, o risco de desmame esteve associado, de forma significativa a: partos cirúrgicos, dificuldades maternas para ordenhar o leite durante a internação, ausência de orientação no primeiro mês de vida e ocorrência de diarreia (SEGALL CORRÊA, 1996; SANGHVI, 1996). No entanto, aumento dos índices de aleitamento materno é observado nos hospitais que implementaram ações pró-amamentação bem sistematizadas (HOFVANDER et al, 1995; LAMOUNIER, 1995).

Recentemente uma pesquisa que envolveu maternidades de três países da América Latina (Brasil, Honduras e México) confirmou a importância do acompanhamento pós-natal para o sucesso da amamentação. Entre as maternidades pesquisadas, as que dispõem de ambulatório pós-parto de aleitamento materno, registram maior êxito (SANGHVI, 1996).

Observa-se uma retomada da amamentação nos países onde há programas pró-amamentação que buscam mudar as rotinas hospitalares que contribuíram para o declínio da prática do aleitamento materno. Os resultados positivos que têm sido obtidos através desses programas, demonstram mais uma vez o importante papel exercido por profissionais de saúde nas decisões maternas referentes à alimentação dos bebês. Nesse particular, os países como Suécia, Filipinas, Brasil, são dentre os que têm sido destacados na literatura (HOFVANDER & HILLERVIK, 1995; REA, 1991; HELSING & SAADEH, 1991; HUFFMAN, 1984).

Cabe salientar que as medidas políticas são determinantes para o sucesso dos programas pró-amamentação. Intervenções isoladas, sem suporte legal correm grande risco de resultar em fiasco. De igual modo, programas que procuram envolver a família, particularmente o pai, têm mais chance de alcançar os seus objetivos. Pois, a perda de suporte social como efeito do processo de urbanização é um dos fatores que contribuíram ao declínio da amamentação (HUFFMAN,1984).

4 - Políticas de alimentação infantil

Na medida em que se vêm acumulando evidências sobre vantagens do aleitamento materno, a comunidade internacional vai se mobilizando para reverter a tendência ao declínio da amamentação. Os esforços em desenvolvimento para alcançar esse objetivo integram os programas de nutrição e de saúde materno-infantil da OMS e do UNICEF e constituem uma chave da assistência primária à saúde (OMS,1990b;UNICEF,1990).

De entre as estratégias selecionadas a favor da amamentação, pode-se destacar:

- * a proclamação de 1979, ano Internacional da Criança com a amamentação como uma das principais preocupações;
- * a adoção do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (CICSLM);
- * a adoção do programa chamado de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)
- * o incentivo à adoção de legislação trabalhista de proteção à maternidade que integra a amamentação.

Ao publicar o seu trabalho intitulado "*Milk and Murder*" (Leite e homicídio), em 1939, WILLIAMS é, para muitos defensores da prática natural de alimentar filhos, um dos pioneiros do atual movimento pró-amamentação. Mas é o artigo de MULLER intitulado "*The baby killer*" (O assassino de bebês), publicado em março de 1974, e a sua tradução posterior pelo Grupo de Ação Terceiro Mundo de Berna sob título "*Nestlé tötet babies*" (Nestlé assassina bebês) que começou a conscientizar o mundo sobre a importância de uma ação mundial para proteger a amamentação (REA, 1989).

O ano de 1979 é um marco referencial na sistematização de intervenção centradas na criança. As Nações Unidas buscaram durante este ano, estimular medidas nacionais e internacionais de caráter permanente e contínuo e incentivar um investimento imediato nas crianças. Nesse âmbito organizou-se uma reunião conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação de lactentes e crianças pequenas (OMS/UNICEF, 1980).

Os participantes do evento reconheceram a importância do aleitamento materno, juntamente com os métodos saudáveis de desmame, na prevenção da desnutrição e adotaram recomendações que acabaram estimulando as discussões sobre medidas corroborativas tomadas nos anos subsequentes, no âmbito dos programas globais de desenvolvimento. Ao término da reunião, foi formulada a necessidade de um código de ética para controlar as práticas inadequadas de comercialização de fórmulas infantis (TOMA, 1996; OMS, 1981; OMS/UNICEF, 1980).

O Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno (CICSLM) que acabou sendo discutido e aprovado pela Assembléia Mundial de Saúde (AMS), em maio de 1981 (Resolução WHA 34.22, 1981), é considerado um "*requisito mínimo*" visando o fornecimento de nutrição segura e adequada aos lactentes, por meio da proteção e promoção da amamentação e assegurando o uso apropriado de substitutos do leite materno, quando estes forem necessários, com base nas informações adequadas e por meio da comercialização e da distribuição apropriadas (OMS, 1981).

Sendo uma recomendação de caráter internacional, para ter efeito, o referido Código requer uma transformação em instrumento legal após, obviamente, a sua adaptação ao contexto de cada Estado membro da Organização Mundial de Saúde.

Na sua essência, o Código e as resoluções subsequentes da Assembléia Mundial de Saúde proíbem qualquer publicidade ou outra forma de promoção de Substitutos do Leite Materno (SLM) para o público em geral e para as mães em particular. Os rótulos e as embalagens devem proporcionar informações claras e destacar a superioridade da amamentação e o perigo do uso inadequado de fórmulas infantis desencorajando a utilização da mamadeira e chupeta.

Sob a luz dos resultados de monitoramento do Código Internacional conduzido pela *Internacional Baby Food Action Network (IBFAN)*, apenas 16 de 172 países, ou seja 9.3%, já haviam promulgado até 1995, medidas legislativas que traduzem na íntegra, ou quase na íntegra, o espírito do Código Internacional. Desses 16 países, 5 são africanos: Burkina Faso, Camarões, Quênia, Nigéria e Tanzânia. Dos restantes 47 países africanos estudados, 12 já adotaram dispositivos legais

com algumas cláusulas do Código; 5 adotaram algumas medidas, mas sua aplicação é voluntária; 9 dispõem de projetos de medidas aguardando a sua aprovação e 9 outros encontram-se na fase de estudo das medidas a tomar.

Dois países (Madagascar e Sudão) limitaram-se a adotar ações para por fim à venda livre e/ou com desconto nas unidades de saúde. Para 10 países, incluindo Angola, a IBFAN não tinha qualquer informação para apreciar a situação.

Dos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), Angola é também único sem informação. Os restantes países dividem-se em quatro grupos:

- * Brasil, único país da CPLP que dispõe de normas nacionais que traduzem integralmente o teor e o espírito do Código Internacional;
- * Portugal dispõe de um dispositivo legal contemplando muitas cláusulas do Código Internacional;
- * Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe adotaram algumas cláusulas do Código.
- * Cabo Verde aguardava a aprovação do projeto de medidas no momento de coleta de informações.

De igual modo, Angola continua a ser o único país sem informação, quando se considera os seus vizinhos: Congo, Namíbia, Zaire e Zâmbia. Desse conjunto de países, o Zaire dispõe de um dispositivo legal com algumas cláusulas do Código, a Namíbia e a Zâmbia adotaram medidas de aplicação voluntária, enquanto que o Congo aguardava a aprovação de projeto de medidas (IBFAN/ICDC, 1996).

As violações do Código Internacional continuam a ser registradas em todos os países, mesmo onde existem dispositivos legais baseados nas resoluções da Assembléia Mundial de Saúde (TOMA,1996; AIS,1995; RADFORD & MEIKLEJOHN, 1994).

Buscando mais ações a favor da proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, a OMS e o UNICEF promoveram, em 1990, um encontro em Florença, Italia (Spedale Degli Innocenti). Ao termo do encontro, foi adotado pelos participantes um conjunto de metas denominado de "Declaração de Innocenti". A Declaração visa resgatar o direito da mulher aprender e praticar a amamentação com sucesso enfatizando a necessidade do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 4-6 meses de vida, e do aleitamento parcial continuado aos vinte e quatro meses de idade ou mais (UNICEF, 1990).

A Declaração de Innocenti estimula os países a implementar os Dez Passos para o sucesso da amamentação nas suas maternidades dentro do programa "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" (IHAC) idealizado pela OMS e pelo UNICEF, em 1989 (OMS,1989). Basicamente, esse programa busca mobilizar os profissionais de saúde para produzir mudanças nos hospitais que adotaram rotinas que desestimulam a prática da amamentação.

Ao optar por atuar intensamente junto aos hospitais em decorrência de que informações errôneas e práticas inadequadas têm sido atribuídas às unidades e aos profissionais de saúde, a OMS e o UNICEF buscam efetivar a participação ativa dos hospitais e dos profissionais de saúde no alcance das metas que constam da Declaração de Innocenti, implementando os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno". Dessa forma, pensa-se garantir a iniciação

universal da amamentação desestimulando a prática desnecessária do aleitamento artificial (UNICEF, 1990b;OMS/FISE,1989).

O impacto na comunidade e a eficiência da promoção e do apoio da amamentação - no âmbito do programa IHAC - têm sido evidenciados em diferentes lugares. Tem sido demonstrado que a implementação desse programa leva a uma redução dos custos nos hospitais através da diminuição de Substitutos do Leite Materno e de medicação no parto (SANGHVI,1996;SEGALL CORRÊA,1996; LAMOUNIER,1995; HOFVANDER, 1995).

Importa também mencionar que, visando proteger a mãe trabalhadora no seu período reprodutivo, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) inscreveu a proteção da amamentação na sua política desde 1919. A OIT recomenda o cumprimento dessa proteção implementando quatro critérios:

- * licença-maternidade de 12 semanas com possibilidade de uma prorrogação, caso necessário;
- * manutenção de pelo menos dois terços do salário durante a licença-maternidade;
- * proibição de demissão durante a licença-maternidade;
- * obrigatoriedade de duas meias horas de descanso para amamentar durante o horário de trabalho da mãe, no período pós-parto até o sexto mês de idade do bebê.

De acordo com a avaliação da IBFAN, mais de 80 países incorporaram os critérios da OIT nas suas legislações, até 1993, contra apenas 18 países, em

1951. O número de países africanos que satisfazem a recomendação da OIT foi de 12, em 1988, subindo para 18, em 1993 (IBFAN/ICDC,1994;REA,1989).

5 - Situação da amamentação em Angola

Angola só dispõe de estudos sumários e limitados no tempo e no espaço. No entanto, todos concordam em afirmar que a maioria das crianças angolanas iniciam a amamentação que se prolonga até a volta dos dois anos de idade. Observa-se também que a introdução de outros líquidos e alimentos logo nos primeiros dias de vida.

NUNES (1963), em estudo de base populacional sobre alimentação da mãe e da criança nas favelas de Luanda, em 1959/1960, observou uma prevalência do aleitamento materno total de 96%, em menores de 12 meses de idade. Em 1966, MALPIQUE (1968) estimou essa prevalência em 70%, entre menores de doze meses recrutados nos serviços de saúde da cidade. Relatos da década de 60 e princípio dos anos 70, alertam sobre o perigo do encurtamento da amamentação e a utilização do leite em pó e da mamadeira (TAVARES,1973;PENA,1970).

Estudos realizados na década de 80 e na primeira metade da década subsequente, ainda referem à universalidade da iniciação da amamentação com introdução precoce dos alimentos complementares. O uso de água e outros líquidos desde os primeiros dias de vida é também universal (MINISTÉRIO DA SAÚDE,1992;1989;GRAVE,1992;KITOKO,1991).

Os dados disponíveis evidenciam uma tendência ao declínio da amamentação em Luanda, quando comparado com outras localidades do país. Essa tendência ao declínio parece mais acentuada nas áreas urbanas, no subgrupo populacional com melhores condições sócioeconômicas e na menor idade materna. O contato com serviços de saúde, evidenciado pelo posse do cartão de saúde infantil não parece melhorar a situação (GLISSER, 1992, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; MINISTÉRIO DA SAÚDE/ASDI/UNICEF, 1989).

O desmame precoce vem sendo assinalado no país desde os anos 50 com o relato de FELGAS (1956) afirmando que, os Bakongos - nativos do norte e noroeste - começam a diversificação alimentar nas primeiras semanas com a introdução da pasta de amendoim. MALPIQUE (1968) observou em Luanda, crianças de 2-3 meses alimentadas com papas de farinha de mandioca, farinhas lácteas Nestlé ou maizena.

PENA (1970) observa que é frequente, em Luanda, ver crianças comer mandioca cozida, banana madura ou batata doce, aos três meses de idade. Algumas crianças se beneficiavam do leite condensado administrado através da mamadeira. TAVARES (1973) observou em diferentes lugares do país o uso frequente da mamadeira e do leite em pó. No Andulo - na região centro-sul do país - DE MORAIS et al (1973) verificaram que o desmame se iniciava com a introdução de "*ocissangua*" ou "*quissangua*", uma bebida não fermentada feita a base de milho. Mais tarde, introduz-se a "*atete*" ou "*matete*", papa de milho adocicada ou salgada.

Em áreas rurais de Bom Jesus (Província do Bengo) e Calumbo (Província de Luanda), apurou-se 80% de menores de 4 meses de idade alimentados com papa de mandioca. A maizena e as farinhas lácteas comercializadas foram usadas numa proporção de 15%, enquanto que o leite em pó foi usado por 36% das 754 menores de 4 meses. Todas as mães ofereceram água aos seus filhos logo no primeiro dia de vida (KITOKO,1991).

Bem que pouco observados em Luanda, os tabus alimentares influenciam a atitude materna com relação à alimentação da criança. Acredita-se que o aleitamento misto e o leite de uma ama pode causar gastroenterite (DA SILVA FERREIRA et al, 1970). Entre os Basolongos - subgrupo étnico dos Bakongos - que não aceitam, tradicionalmente, alimentar bebês com leite de um animal, o leite da mãe biológica só pode ser substituído pelo de uma mulher parente que tenha dado a luz na mesma altura (TAVARES, 1973). Entre o povo pastoril Cuanhama - habitante do Sul do país - é hábito usar leite fresco de vaca, caso a mãe não pode continuar a amamentação. A partir desse momento, o bebê passa a ser cuidado por uma irmã mais velha ou por uma tia (FELGAS,1956; ESTERMAN,1954).

O momento da retirada definitiva do aleitamento materno é cercado de *kijila*, proibições alimentares. Entre Axiluanda (gente de Luanda) - nativos da orla marítima conhecida por Ilha de Luanda - a *kijila do infante* é ainda respeitada por algumas famílias. Trata-se de uma norma que proíbe a introdução de qualquer alimento complementar antes que seja oferecida a criança uma comida ritual chamada de *kia haku*. O *kia haku* é preparado pela avó paterna e é constituído por pão amassado com manteiga, passas, queijo ou banana ou é mesmo um

verdadeiro segredo herdado de geração em geração (DA SILVA FERREIRA et al, 1970).

O surgimento de uma nova gravidez é um dos mais frequentes motivos da retirada definitiva da amamentação lembrados pelas mães, sendo que os outros relacionam-se à insuficiente lactação, às doenças da mãe ou da criança, a recusa da criança. A forma como essa retirada é feita, muitas vezes é cercada de violência. Molhar o mamilo com um produto picante ou amargo como pimento ou camoquina para obrigar a criança a deixar de mamar é hábito antigo, em Luanda onde não é raro afastar, temporariamente, a criança da casa dos pais . A criança é, nesse caso, entregue a avó ou outra parente mais chegada (MALPIQUE, 1968). A alternativa pode também ser deixar a criança dormir a noite ao lado do pai evitando assim o contato direto com a mãe. Doces podem ser oferecidos a criança para lhe acalmar (TAVARES, 1973).

Procedimentos idênticos relacionados a retirada da amamentação foram relatados na Nigéria, na Libéria e no Uganda. Nessas comunidades, untam-se os seios de unguentos picantes (SMITH, 1966; GIBBS, 1966; SOUTHWORLD, 1966)

CAPÍTULO III

MARCO CONCEITUAL, OBJETIVOS E METODOLOGIA DA PESQUISA

1 - Marco conceitual

A figura I - modificada do esquema de PECHEVIS (1981) e de PEREZ (1989) - apresenta o resumo da revisão da literatura sobre os determinantes da amamentação. Esses determinantes são múltiplos e intervêm simultaneamente em diferentes momentos e direções. A intensidade da associação varia com as características das comunidades e as conjunturas sócio-econômicas.

A quase universalidade do aleitamento materno continua a prevalecer, na maior parte dos países em desenvolvimento. Mas, contrariamente ao que acontece nos países industrializados, a sua frequência e, particularmente, a sua duração estão ainda em declínio continuado. Esse declínio começou a evidenciar-se nas últimas décadas, iniciando-se nas classes de melhores condições sócio-econômicas. (ARMSTRONG, 1995; PÉREZ ESCAMILLA, 1993).

É um comportamento idêntico ao que ocorreu nos países desenvolvidos onde também foi observada a imitação do comportamento de referência da camada social privilegiada nas comunidades de baixa renda. Assim sendo, o declínio do aleitamento materno estende-se por todas as classes com maior incidência nos estratos privilegiados (HELSING, 1991).

Uma reversão dos padrões da amamentação é observada nos países industrializados desde o começo da década de 70. Além do retorno à prática da amamentação, constata-se uma relação positiva entre o nível sócio-econômico e o aleitamento materno. O sentido inverso da relação identifica, portanto, as sociedades urbanas não desenvolvidas (MONTEIRO, 1988).

Todavia, é possível observar mesmo nessas sociedades, uma discreta tendência ao retorno do aleitamento materno nas famílias com acesso à informação científica atualizada. Mas trata-se de um número ainda muito reduzido para produzir efeito significativo na população.

Ao determinar modificações estruturais nas famílias, a urbanização surge como um potente fator favorável ao declínio da amamentação (TRUSSEL et al, 1992). A grande tendência à aculturação das comunidades urbanas faz com que a influência da experiência das mulheres mais velhas tenda, cada vez mais, a minimizar-se. As modificações no estilo de vida urbana acabam contribuindo para a motivação da população para usar os substitutos de leite materno. Essa motivação é um dos principais determinantes do declínio da amamentação. O desejo de usar os referidos substitutos pode resultar principalmente de causas materiais como o trabalho materno fora do lar ou mesmo do "*status*" diferenciado de práticas tradicionais e modernas (imitação do modelo considerado como referência).

A licença-maternidade é teóricamente uma medida legislativa que deveria favorecer a amamentação da criança. Mas existem razões para duvidar do seu real impacto no comportamento da amamentação uma vez que, geralmente, trata-se de uma medida isolada (VAN ESTERICK et al, 1991). Em vários lugares onde

vigora a sua aplicação, muitas mulheres procuram desenvolver, durante o período em que se encontram de licença-maternidade, outras atividades para melhorar o poder aquisitivo das suas famílias. Quando a mulher é chefe de família, a situação é mais complicada para quem vive numa sociedade inflacionista.

Nas áreas rurais predomina a preservação de normas tradicionais. Aqui, a influência das mulheres mais velhas é ainda muito forte. Em caso de qualquer tipo de dificuldade, a comunidade mobiliza-se para prestar o apoio necessário; ninguém espera chamada ou problema já que normas pré-estabelecidas fazem com que as mais velhas se organizem prestando serviços e apoio material logo após o parto. Tudo é organizado de forma que a mãe esteja mais disponível para prestar maior atenção à criança e a si própria (MIHAMI et al, 1976).

Hoje em dia, a preocupação de ordem estética de muitas mulheres da sociedade moderna é tida como um dos fatores associados ao declínio do aleitamento materno. Em contrapartida, a reversão da situação, iniciada nas classes privilegiadas, tem servido de modelo, dessa vez a favor da amamentação.

A disponibilidade dos substitutos de leite materno é uma das condições necessárias, mas não suficientes, para o declínio do aleitamento materno. É preciso que duas outras condições estejam reunidas, a saber: motivação para o seu uso e possibilidade para sua aquisição. A renda familiar e a organização do mercado podem ou não favorecer o uso e a aquisição destes substitutos. Aí, o processo de urbanização facilitando a criação de emprego, atraindo mais gente na cidade e apoiando a organização cada vez mais sofisticada do mercado, acaba favorecendo o abandono do aleitamento materno. O "*marketing*" de

fórmulas infantis, na medida em que a população vai crescendo e as firmas novas vão se instalando, vai conquistando um espaço cada vez maior.

Buscando aumentar e/ou manter a disponibilidade dos produtos no mercado, as estratégias do "*marketing*" dos referidos produtos são concebidas de forma a criar e/ou ampliar o desejo da população para o seu uso e explorar e/ou reforçar as falhas dos serviços de saúde (omissão de informações sobre as desvantagens do uso dos substitutos de leite materno, rotinas e procedimentos "desarticulados") e dos dispositivos legais. Sendo nulo o efeito dos outros fatores na ausência da possibilidade de aquisição, adotam-se várias formas, oferecendo facilidades na forma de uma "assistência social aos carentes". Entre outras formas adotadas pode-se citar: fornecimento de subsídios, doações, desconto para maior quantidade de compra, abertura de linhas de crédito aos governos, pagamento a prazo, inclusão de fórmulas infantis na cesta básica oferecida aos trabalhadores.

A importância dos profissionais de saúde como formadores de opiniões sobre alimentação é notória. Desse modo, a inadequação às reais necessidades da população, que se observa na sua formação e no planejamento dos serviços onde desempenham as suas funções, é preocupante. As manifestações dessa inadequação observam-se sobretudo na forma como orientam o processo do desmame, na facilidade em prescrever o uso de fórmulas infantis e nas dificuldades que muitos apresentam em ajudar as mães com problemas de amamentação (PECHEVIS, 1981).

As falhas no processo de planejamento podem levar a uma formulação viciada dos problemas, a um estabelecimento defeituoso das prioridades e conseqüentemente, a uma seleção de estratégias inapropriadas. Essa cadeia de

falhas influi, finalmente, na qualidade das técnicas e dos procedimentos de implementação das intervenções na comunidade e nas famílias.

As intervenções em assistência primária à saúde como a educação para saúde e a promoção das boas práticas de alimentação nas famílias e nas comunidades, são tidas como determinantes na promoção ou manutenção do aleitamento materno. A escassez dos substitutos de leite materno no mercado ou a falta de possibilidade para sua aquisição impede o declínio do aleitamento materno, independentemente de existir ou não desejo para o seu uso no seio da população.

O marco teórico apresenta, portanto, duas dimensões fundamentais do comportamento da amamentação. Por um lado, ressaltam-se as estratégias da mercadologia desenvolvidas pelos fabricantes e distribuidores dos substitutos do leite materno. A propaganda tornou-se um potente instrumento de persuasão procurando criar hábitos e necessidades novos (GOLDEMBERG, 1989). A propaganda comercial exerce, dessa forma, um papel estratégico, fundamental na disseminação do aleitamento artificial, beneficiando-se dos efeitos do processo de urbanização no estilo de vida da população, das deficiências na formação dos profissionais de saúde e do funcionamento dos serviços sanitários.

Por outro lado, a preservação das tradições ancestrais, a adoção de políticas de programas pró-amamentação e o controle das propagandas comerciais dos substitutos de leite materno protegem e/ou incentivam o aleitamento materno.

Vê-se a complexidade do processo do declínio da amamentação que resulta de uma combinação de fatores. As condições sócio-econômicas das famílias, as

políticas de saúde e a agressividade da propaganda comercial dos substitutos de leite materno acabam determinando o comportamento adotado em relação a alimentação infantil. A proteção da amamentação, para ser efetiva, requer, acima de tudo, a implementação de pertinentes estratégias de desenvolvimento social.

2 - Objetivos da pesquisa

2.1 - Objetivo geral

Estudar o padrão da alimentação infantil na cidade de Luanda, procurando entender a sua evolução histórica e os seus determinantes, estabelecendo assim, uma base para propor ações pertinentes em favor da sobrevivência e saúde das crianças.

2.2 - Objetivos específicos

2.2.1 - Estabelecer séries históricas de indicadores da frequência e da duração da amamentação que retratem a tendência temporal dessa prática, de 1972 a 1994.

2.2.2 - Caracterizar a alimentação dos menores de três anos de idade, nascidos e residentes em Luanda, no momento atual.

2.2.3 - Avaliar a aderência da política de alimentação infantil ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e o seu cumprimento.

2.2.4 - Identificar os principais fatores que influenciam as práticas de alimentação infantil, buscando entender o papel dos serviços de saúde com relação à prevalência do desmame precoce.

2.2.5 - Formular recomendações necessárias e exequíveis para uma ação coordenada que vá ao encontro das necessidades do País, particularmente da cidade de Luanda.

3 - METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 - Delineamento

Para o alcance dos objetivos da pesquisa, foram delineados três estudos diferentes, porém complementares.

Através de **abordagem retrospectiva** entrevistando mulheres entre 15 e 49 anos de idade, residentes nas áreas urbanas e periurbanas de Luanda, foram constituídas 10 coortes de crianças nascidas nos 10 biênios do período de 1972 a 1991. Esta abordagem inspirou-se em estratégia já experimentada pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (ZUÑIGA & MONTEIRO, 1995). O mesmo estudo domiciliar identificou mães que tiveram filhos que residiram em Luanda até completar o primeiro ano de vida excluindo-se, todas as crianças em condições diferentes. Esse estudo permitiu avaliar a tendência da amamentação no período de observação.

Usando o mesmo cadastro domiciliar, foi realizado um **estudo transversal** de menores de 36 meses de idade nascidos e residentes em Luanda. Esse estudo foi concebido para descrever as práticas atuais de amamentação, identificar os fatores responsáveis pelo declínio do aleitamento materno e avaliar o impacto dos serviços de saúde no desmame precoce.

A terceira estratégia corresponde ao **monitoramento** do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Esse estudo foi concebido para avaliar a política de alimentação infantil e o seu cumprimento tendo como critério o Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno. A metodologia usada para o referido monitoramento foi desenvolvida no capítulo III.

3.2 - AMOSTRAGEM

3.2.1 - Âmbito geográfico

A área abrangida pela pesquisa integra as zonas urbanas e periféricas da Província de Luanda. As zonas com características marcadamente rurais/semi-rurais que constituem a maior parte da chamada cintura verde de Luanda foram excluídas da pesquisa. Assim sendo, são envolvidos na pesquisa seis municípios da província (Cazenga, Kilamba Kiaxi, Rangel, Sambizanga, Ingombota, Maianga) e dois bairros periféricos (Kikolo e Corimba) pertencentes a dois municípios (Cacuaco e Samba) cuja maior parte da sua extensão é constituída pela cintura verde. Fica completamente de fora o município de Viana.

Em cada município, foram consideradas as áreas censitárias que integraram a amostragem por conglomerado da avaliação internacional do programa de imunização. Fez-se, portanto, aproveitamento do cadastro usado pelo referido programa que se baseou nas informações do Instituto Nacional de Estatística. Mas os conglomerados sorteados não coincidem forçosamente aos usados na referida avaliação. Dado que o cadastramento tinha sido feito há mais de um ano, em algumas áreas foi necessária uma atualização, o que foi feito graças à pronta colaboração das autoridades municipais.

Em cada período, calculou-se um número mínimo de 100 crianças. Esse valor inicial acabou sendo duplicado devido à previsão de um importante número de perdas. Dessa forma, esperava-se recrutar um número suficiente de crianças em todos os biênios, o que acabou acontecendo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número de crianças planejado e estudado em diferentes biênios. Luanda, 1972-1991.

Biênios	Número planejado	Número estudado
1972-1973	200	96
1974-1975	200	113
1976-1977	200	154
1978-1979	200	166
1980-1981	200	182
1982-1983	200	264
1984-1985	200	260
1986-1987	200	301
1988-1989	200	329
1990-1991	200	347
Total	2000	2212

Em cada período, calculou-se um número mínimo de 100 crianças. Esse valor inicial acabou sendo duplicado devido à previsão de um importante número de perdas. Dessa forma, esperava-se recrutar um número suficiente de crianças em todos os biênios, o que acabou acontecendo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número de crianças planejado e estudado em diferentes biênios. Luanda, 1972-1991.

Biênios	Número planejado	Número estudado
1972-1973	200	96
1974-1975	200	113
1976-1977	200	154
1978-1979	200	166
1980-1981	200	182
1982-1983	200	264
1984-1985	200	260
1986-1987	200	301
1988-1989	200	329
1990-1991	200	347
Total	2000	2212

b) Estudo transversal

O tamanho de amostra para representar cada faixa etária considerada foi calculado assumindo-se uma prevalência média do desmame precoce, isto é, a introdução de alimentos complementares em menores de 6 meses de idade, de 50%, e uma precisão tal que para 95% das possíveis amostras o erro máximo admitido fosse de 10%. Optou-se pela faixa de 0 a 6 meses para calcular o tamanho amostral, para garantir nessa faixa de maior vulnerabilidade, um número suficiente de crianças.

Aplicando-se a fórmula anterior, acabou-se obtendo o mesmo tamanho planejado para o estudo retrospectivo. Pela mesma razão já exposta, o tamanho inicial de 100 foi duplicado. Finalmente, planejou-se conseguir 200 crianças em cada faixa etária, o que, praticamente, acabou sendo alcançado (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do número de menores de três anos planejado e estudado em diferentes faixas etárias. Luanda, 1994.

Faixa etária (meses)	Número planejado	Número estudado
0 - 6	200	225
6 - 12	200	185
12 -24	200	164
24 -36	200	180
Total	800	754

3.2.4 - Seleção das unidades de amostragem

A partir do cadastro elaborado, previamente, para avaliação do Programa de Imunização, foram sorteados, de uma lista de 311 setores censitários cadastrados, 22 conglomerados distribuídos em 8 dos 9 municípios que compoem a Província de Luanda. O número de conglomerados de cada um dos municípios é proporcional à estimativa da população de mulheres de 15 a 54 anos de idade feita pela Delegação Provincial de Saúde de Luanda (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do número de conglomerados em diferentes municípios envolvidos na pesquisa. Luanda, 1994.

Municípios	Nº Conglomerados
Cazenga	6
Kilamba Kiayi	4
Maianga	3
Rangel	3
Sambizanga	2
Ingombota	2
Cacuaco	1
Samba	1
Total	22

Previo-se coletar dados em 35 domicílios por conglomerado mas a proporção de crianças por domicílio foi menor que a esperada acabando-se por coletar dados de 45 domicílios por conglomerado, em média.

FIGURA II
FLUXO DO PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A Figura II apresenta o fluxo da amostragem. Vê-se que foram sorteados 1000 domicílios a partir de cadastros representativos dos distintos setores censitários da área urbana e periférica de Luanda. Em 367 domicílios só foram encontrados menores de três anos envolvidos no estudo transversal enquanto que 353 só tinham crianças elegíveis para o estudo retrospectivo. Em 280 domicílios foram encontrados filhos de ambos os grupos de crianças estudadas.

Em suma, a pesquisa envolve 1053 mães correspondendo a 2966 crianças sendo 754 nascidas no período de 1992 a 1994 e 2212, no período de 1972 a 1991. Do total de menores de três anos, 113 foram excluídos por terem nascido fora de Luanda ou por apresentarem dados incompletos (15 casos) e 56 crianças tinham falecido. Para as crianças nascidas de 1972 a 1991, foram excluídas 626, sendo 32 por fichas incompletas e os restantes por terem nascido fora de Luanda.

3.3 - Organização e procedimento do trabalho de campo

3.3.1 - Estrutura do trabalho de campo

Para operacionalidade da pesquisa, buscando resultados de melhor qualidade possível, três categorias físicas foram estabelecidas:

* Coordenador: é o pesquisador principal a quem compete coordenar todas as atividades mantendo contato permanente com os restantes membros das equipes de campo, através de duas reuniões diárias com os supervisores, sendo a primeira antes de ir ao campo e a segunda depois do campo. O contato com os

restantes membros foi realizado, diariamente, através de visitas de controle e semanalmente, através de reunião de balanço e de planejamento da semana a seguir. O coordenador foi apoiado por dois assessores (Diretora do Programa Nacional de Saúde Infantil da Direção Nacional de Saúde Pública e Diretor do Programa Nacional de Nutrição do Ministério da Saúde) com quem foram mantidos encontros semanais.

* Supervisores: em número de 4, foram escolhidos após o treinamento e antes do estudo piloto, em função da experiência individual, da capacidade e do interesse mostrado. Cada supervisor era responsável pelo desenvolvimento das atividades dos entrevistadores do seu grupo.

* Entrevistadores: em número de 12, para o levantamento domiciliar e 3, para a monitoramento do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, os entrevistadores foram selecionados dentro dos 30 candidatos que participaram do treinamento. Com exceção de um aluno finalista do ensino médio e de um professor primário, todos os entrevistadores são supervisores dos diferentes programas das Direções Nacional e Provincial de Saúde Pública com vivência em trabalhos comunitários.

Os seguintes programas se fizeram representar: Saúde Infantil (Seguimento à criança e Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e Controle das Doenças Diarréicas, Educação em Saúde, Nutrição e Saúde Materna. A representação dos programas foi idealizada com a perspectiva de seu envolvimento nas ações futuras.

Fizeram ainda parte do escritório de coordenação instalado no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina, um digitador, um logístico e uma secretária. Além desse quadro do pessoal, 4 voluntários prestaram colaboração na organização de atividades de campo, enquanto os diretores municipais de Saúde Pública jogaram um papel fundamental na mobilização das mães e suas famílias. Todos os profissionais de saúde foram disponibilizados por seus superiores para participar na pesquisa em tempo integral recebendo normalmente os seus salários além da remuneração proporcionada pelo projeto de pesquisa.

3.3.2 - Treinamento de pessoal e estudo piloto

O treinamento envolveu todas as pessoas que participaram nas atividades, com exceção da secretária. O treinamento durou 5 dias e o seu programa comportou três aspectos básicos: informações gerais sobre o projeto, orientação sobre o preenchimento dos questionários, simulação de entrevistas e preenchimento dos questionários.

Um estudo piloto realizou-se logo depois do treinamento e durou também 5 dias. Os resultados desse estudo não foram aproveitados na pesquisa, mas permitiram rever determinados aspectos planejados como o tamanho da amostra, o horário das visitas e a formulação de algumas perguntas. Ficou evidente a dificuldade de encontrar as mães dos menores de três anos nos domicílios. Com base nessa constatação o número de domicílios previsto, passou de 700 para 1000. O período inicial para o estudo retrospectivo foi alterado. Em vez do período de 1965 a 1991, passou a ser de 1972 a 1991.

3.3.3 - Coleta de dados

A coleta de dados realizou-se em dois meses e vinte dias no período de Outubro de 1994 a Janeiro de 1995, em horário compreendido entre 8 e 16 horas. Algumas mães que não se encontravam nos seus domicílios durante as visitas foram localizadas nos seus respectivos locais de atividades, caso esses se localizassem nas proximidades das residências. Em outros casos, uma ou duas novas visitas foram realizadas, em horário combinado. Foi mais difícil encontrar mães assalariadas, na primeira visita. Mas foi possível, com ajuda dos familiares ou vizinhos localizar a maioria delas.

A ausência da mãe biológica, após a terceira visita, ou a impossibilidade de realizar a entrevista foi motivo de uma busca na vizinhança para substituição do domicílio sorteado. A busca iniciava-se sempre do lado esquerdo do domicílio a substituir olhando para a entrada principal desta, e continuava até a última casa vizinha do próximo domicílio visitado ou sorteado. A busca terminava logo na primeira casa com criança (s) elegível/elegíveis para a pesquisa. Caso persistisse a inexistência de um domicílio elegível, passou-se a buscar do lado direito. Mas essa persistência só ocorreu em dois casos. A decisão de proceder a uma busca foi da competência exclusiva do coordenador após ouvir o supervisor e após uma verificação no campo.

Em cada domicílio, foram entrevistadas todas as mães biológicas que tiveram filhos nos períodos de interesse. A entrevista foi sempre precedida por uma listagem de todos os moradores. Em seguida, identificavam-se todas as mulheres de 15 a 55 anos. Todas as mulheres que tiveram pelo menos um filho, seja ele

vivo ou não no momento da entrevista, foram convidadas à entrevista. Houve apenas dois casos de recusa.

3.4 - Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados em nível domiciliar, foram utilizados questionários estruturados em três blocos:

* bloco A (Anexo I-6a/b): concebido para caracterizar o domicílio, comporta duas distintas partes sendo a primeira uma folha de controle e de identificação do domicílio e a segunda, destinada ao registro dos moradores permitindo assim a identificação de crianças e mães envolvidas na pesquisa;

* bloco B (Anexo I-6c a I-6g): concebido para registro de dados referentes às crianças nascidas no período de 1992 a 1994 e composto de três partes:

- características dos pais, sócioeconômicas e ambientais
- características da criança e de assistência à saúde
- dados sobre alimentação da criança

* bloco C (Anexo I-6h): reservado para dados dos filhos nascidos no período de 1972 a 1991, dividido em duas partes sendo a primeira destinada ao registro de informações que permitem caracterizar a família e suas condições de vida enquanto a segunda busca caracterizar a alimentação da criança no seu primeiro ano de vida.

Para padronizar a aplicação do questionário elaborou-se o manual do entrevistador que foi distribuído a cada um dos entrevistadores. Esse manual

contem normas e instruções pertinentes que permitem a cada entrevistador formular perguntas, registrar respostas e fazer observações sem alterar o sentido das preocupações de pesquisas. O entrevistador foi obrigado a se fazer acompanhar desse manual constantemente para ser consultado em caso de dúvida, antes de pedir ajuda do supervisor.

As informações coletadas podem ser agrupadas da seguinte forma:

a) Condições sócio-econômicas

* Renda familiar: calculou-se a renda familiar em salários ganhos, a partir do somatório dos salários individuais de todos os moradores assalariados do mesmo domicílio. Para tal, considerou-se o salário ganho no mês anterior ao da visita. Na análise, a renda familiar foi transformada em salários mínimos e foram criadas duas categorias de renda em salários mínimos: <30 ou >=30.

* Coabitação do pai com a criança: procurou-se saber se o pai da criança em estudo vivia no domicílio ou não.

* Escolaridade dos pais: o nível de escolaridade foi avaliado pelo número de anos completados na escola; para o estudo retrospectivo, limitou-se a saber se cada um dos pais sabia já ler e escrever no momento de nascimento do filho em estudo. A mãe foi, em seguida, convidada a ler a seguinte frase: "Mulher, trabalho e aleitamento materno". A partir dessa leitura confirmou-se se, no presente, ela sabia ler ou não.

* Atividade materna remunerada: perguntou-se se a mãe exercia algum tipo de atividade remunerada; em casos julgados pertinentes, procurou-se saber a principal ocupação materna. O exercício de atividade remunerada foi

categorizado em três modalidades: não trabalha, trabalha por conta própria e trabalha por conta de outrem.

* Tipo de construção: foi observada a característica de material utilizado na construção das paredes, do telhado, no revestimento do chão, na construção das portas e janelas da residência. O domicílio é chamado de construção definitiva, quando o material utilizado é duradouro como tijolo, bloco de cimento ou pedra, madeira regular (justaposição de tábuas regulares, colocadas lado a lado, com a ripa de acabamento) e as portas e janelas feitas com material apropriado. A construção é provisória, quando o material utilizado é parcial ou totalmente inapropriado para uma residência definitiva: terra batida, madeira irregular, paredes feitas com chapa de zinco, construção definitiva inacabada ou quando local, inicialmente, destinado a outro fim serve de residência sem a adequada adaptação do mesmo.

* Zona de residência: considerou-se a infra-estrutura da área onde a residência é instalada e, eventualmente, seu estado de conservação ou a sua operacionalidade: estado das ruas, sistema público de eliminação de lixo, rede pública de esgoto, presença de animais na rua, rede pública de abastecimento de água, rede de energia elétrica, escola, unidade de saúde, tipo de construção da maioria das residências. A zona é moderna, quando existe na área uma infra-estrutura adequada em termos da qualidade e quantidade de água da rede pública, do saneamento básico com ruas asfaltadas e a quase totalidade dos domicílios de construção definitiva, rede de energia elétrica operacional, disponibilidade de uma infra-estrutura social adequada. A zona periférica é carente da maior parte da infra-estrutura exigida pela modernidade, enquanto que a zona intermediária possui uma grande parte dessa infra-estrutura, mas insuficiente para uma vida sadia.

* Principal fonte de abastecimento de água: foi observada a existência de uma torneira operacional no domicílio ou no quintal do domicílio e a sua possível ligação com a rede pública de água (encanação intradomiciliar de água da rede pública). Na inexistência de encanação intradomiciliar de água da rede pública operacional, perguntou-se sobre a procedência habitual de água consumida no domicílio. As outras fontes podem ser encanação extra-domiciliar de água da rede pública (chafariz, domicílio vizinho ou outro local na vizinhança), compra, conduto, poço e outras.

* Tipo de família: a família nuclear é composta apenas do pai, da mãe e do(s) filho(s); quando qualquer outro tipo de pessoa, independentemente do tipo de laço existente, vive habitualmente no domicílio, a família é chamada de extensiva.

* Tempo de permanência materna em Luanda: perguntou-se se a mãe do filho em estudo era nativa de Luanda ou não; quando a resposta era negativa, perguntava-se sobre o número de anos que vivem em Luanda.

b) Características demográficas e ambientais

* Número de pessoas no domicílio: é o número de pessoas que vivem no mesmo domicílio.

* Índice de aglomeração: é o quociente entre o número de pessoas e o número de dormitório que compõe o domicílio.

* Idade dos pais: avaliada em anos pela diferença entre as datas da entrevista e de nascimento. Foi solicitado um documento oficial (carteira de identidade, carta de condução ou outro documento idôneo para confirmar a idade).

* Disponibilidade do sanitário: foi observada a existência no domicílio ou no quintal de um local apropriado para deposição de dejetos (latrina, vaso sanitário).

c) Características maternas

- * Experiência materna prévia de amamentação: perguntou-se se a mãe já tinha amamentado um filho antes da criança em estudo.
- * Licença-maternidade: no caso da mãe com atividade remunerada, perguntou-se se suspendeu, temporariamente, a sua atividade remunerada por motivo de parto durante pelo menos 30 dias.
- * Estado civil da mãe: a mãe é casada, quando vivia com seu companheiro não importando o tipo de casamento; quando vivia habitualmente sem companheiro no domicílio, a mãe era solteira, divorciada ou viuva.
- * Uso de anticonceptivo: perguntou-se se a mãe fazia planejamento familiar usando qualquer tipo de contraceptivo.
- * História materna de fumar: perguntou-se se a mãe fuma ou chegou a fumar alguma vez.

d) Características da criança:

- * Sexo da criança
- * Idade da criança: a data de nascimento declarada pela mãe foi confirmada através da consulta de um documento idôneo. Na dúvida, recorreu-se na contagem de número de dentes e aos eventos históricos no intuito de estimar o momento de nascimento.
- * Ordem de nascimento: avaliada pelo número de gestações prévias exclusive o aborto.
- * Peso ao nascer: corresponde ao peso de nascimento registrado na ficha da maternidade ou no cartão de saúde infantil.
- * Generalidade: gestações gemelares.

* **Diarréia:** perguntou-se se a criança teve ou não diarréia nas últimas vinte quatro horas. A diarréia é definida como três ou mais evacuações de fezes aquosas nas últimas vinte quatro horas. Para menor de seis meses de idade, considerou-se o critério da própria mãe.

* **Estado atual da criança:** condição da criança no momento da entrevista podendo ser viva ou falecida.

e) Características de assistência à saúde

* **Pré-natal:** perguntou-se se a mãe chegou a consultar o serviço de saúde apropriado para o seguimento da evolução da gestação do filho em estudo; se fosse o caso procurava-se quantificar a frequência.

* **Local de parto:** lugar onde ocorreu o parto sendo o parto hospitalar, quando o local era um serviço de saúde e extra-hospitalar, quando o local não era um serviço de saúde.

* **Posse do cartão de saúde infantil:** estabelecido pela apresentação do cartão oficial da criança emitido pelo Ministério da Saúde.

* **Imunização básica para idade:** cada tipo de dose dos antígenos que integram o esquema do Programa Nacional de Imunização (BCG, Sabin, Ttíplice, Vacinas contra o Sarampo, Vacina contra a Febre Amarela). Apenas foi considerado o registro na carteira de vacinas ou no cartão de saúde infantil. A primeira dose ultimamente introduzida e aplicada logo na maternidade juntamente com o BCG, chamada de Polio 0 não foi considerada. A imunização era completa, quando a criança já tinha recebido a totalidade das doses de vacinas previstas para sua idade, caso contrário a imunização era incompleta.

* **Hospitalização prévia:** perguntou-se se a criança já tinha sido objeto de internação numa instituição de saúde pública ou particular.

3.5 - Variáveis em estudo

As variáveis em estudo foram concebidas e incluídas no questionário de modo que o (a) entrevistador(a) não necessitasse fazer cálculos, deduções ou inferências. Para comparar a consistência de respostas, algumas perguntas com informações interligadas foram formuladas. A repetição, quando julgada pertinente, foi feita evitando a sua percepção imediata. A partir das variáveis básicas, foram criadas outras mais complexas, relacionando duas ou mais informações.

As **variáveis dependentes** foram definidas pela tendência temporal da prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida e pelas prevalências da amamentação e do aleitamento materno completo em diferentes idades. Para um melhor entendimento dos padrões alimentares, considerou-se, também, as prevalências de uso da mamadeira e das categorias da alimentação infantil. Neste trabalho, as definições utilizadas no que se refere as categorias alimentares, encontram respaldo na proposta de padronização da OMS/UNICEF sobre as categorias e indicadores da prática de amamentação (OPS/OMS,1991). As seguintes definições de categorias e indicadores alimentares foram usadas nesta tese:

Amamentação: refere-se ao aleitamento materno total, independentemente de estar ou não complementado. A prevalência de amamentação, na ausência de uma indicação específica com relação à idade, corresponde a proporção de menores de um ano recebendo leite materno com ou sem alimentos complementares.

Aleitamento materno completo (AMC): refere-se à amamentação como única ou quase única fonte de nutrientes. A prevalência do AMC ou de uma das suas modalidades (Aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante) foi determinada em menores de 6 meses de idade; a sua prevalência complementar corresponde à prevalência de desmame precoce.

* **Aleitamento materno exclusivo**, quando a criança ingere somente leite materno, sem nenhum outro líquido ou semi-sólido/sólido, com exceção de suplementos vitamínicos, minerais ou medicamentos.

* **Aleitamento materno predominante**, quando a criança ingere leite materno como principal alimento, recebendo, também, água, chás, sucos de frutas, solução de sais de reidratação, vitaminas, minerais e/ou medicamentos.

Aleitamento misto (AMI): refere-se à criança alimentada com leite materno e outro tipo de leite. A prevalência correspondente é determinada em menores de doze meses de idade, quando não foi especificada qualquer outra faixa etária. O AMI é complementado, quando a criança recebe, além de leites, um alimento complementar.

Aleitamento materno continuado (AMCON): refere-se à continuidade da prática da amamentação em determinada idade. Duas faixas etária são de interesse: 12-15 meses, correspondendo ao **AMCON** aos doze meses de idade e, 20-23 meses, relativa ao **AMCON** aos 24 meses de idade.

Aleitamento artificial: a criança recebe somente leite não materno, independentemente de estar ou não complementado.

Uso da mamadeira: criança que recebe algum tipo de alimento ou bebida através da mamadeira. A prevalência de uso da mamadeira foi determinada em diferentes faixas etárias.

Dieta sem leite (DSL): a criança não recebe algum tipo de leite, recebendo outros alimentos.

Alimentação complementar: a criança amamentada recebe alimento semi-sólido/sólido. A sua introdução corresponde ao início do **processo de desmame**. O **desmame** é entendido como período de transição durante o qual a criança amamentada recebe uma alimentação complementar sendo **desmame completo**, a retirada da amamentação. O **desmame é oportuno**, quando a alimentação complementar é introduzida, pela primeira vez, na faixa de 6 a 9 meses de idade. O **desmame é precoce**, quando acontece antes dos seis meses e **tardia**, após os nove meses de idade. Qualquer alimento que a criança ingere substituindo parcial ou totalmente o leite materno, quer seja ou não adequado, é um **Substituto do Leite Materno (SLM)**.

No estudo retrospectivo, a prevalência de desmame nos primeiros seis meses de idade (desmame precoce) corresponde a retirada definitiva da amamentação. Essa prevalência envolve as crianças nunca amamentadas. No estudo transversal, o desmame precoce refere-se apenas à introdução de alimentos complementares.

Duração mediana da amamentação (ou do AMC): é a idade em que 50% das crianças ainda estão sendo amamentadas (ou são submetidas ao AMC)

Os **fatores explicativos** derivam da informação, observação ou registro especificado no questionário. O uso de documentação complementar foi feito, sempre que possível, como o cartão de saúde infantil, o cartão do pré-natal, a ficha da maternidade, o cartão de vacinas, a carteira de identidade, a certidão de nascimento. Dessa forma, foi possível confirmar a veracidade de algumas respostas.

As variáveis coletadas que não entraram no grupo das variáveis dependentes e que apresentaram maior consistência foram retidas como fatores explicativos. No estudo retrospectivo, três desses fatores foram considerados: ano de nascimento, escolaridade materna e local de parto. No estudo transversal, dois conjuntos de variáveis foram considerados. O primeiro conjunto refere-se as variáveis usadas na caracterização do padrão atual da amamentação, do aleitamento materno completo e da prevalência de uso da mamadeira: idade da criança, escolaridade materna, idade materna, procedência materna, tipo de família e local de parto.

O segundo conjunto refere-se as variáveis usadas para entender a associação entre o desmame precoce e o uso de serviços de saúde. Nesse particular, os indicadores de contatos com serviços de saúde (número de consultas pré-natais, local de parto e imunização básica para idade) serviram de variáveis independentes e dez variáveis foram retidas como potenciais fatores de confusão: idade da criança, sexo, ordem de nascimento, escolaridade materna, tipo de construção habitacional, local de residência, tipo de família, idade materna, trabalho materno e procedência materna.

3.6 - Análise de dados

3.6.1 - Processamento dos dados

Os questionários preenchidos, revisados e, eventualmente corrigidos no campo pelo supervisor foram entregues ao coordenador, no final de cada dia de trabalho. Ao receber o material, o coordenador procedia à verificação do mesmo. Em caso de erro ou dúvida, os questionários foram separados e, no dia seguinte, devolvidos ao respectivo supervisor para, juntamente com os entrevistadores interessados, resolver o problema ou esclarecer a dúvida.

Uma vez por semana, o coordenador sorteava 5 domicílios para recolção e revisão dos questionários no campo para verificar o correto preenchimento dos dados. Caso o índice de erro ultrapassasse 10% dos questionários ou na existência de um erro sistemático, todos os questionários do conglomerado envolvido sofriam uma nova revisão. O controle de número de filhos recrutados para constituir as amostras - por biênio, para o estudo retrospectivo e, por faixa etária, para o estudo transversal - foi uma constante preocupação da supervisão do trabalho de campo.

Cada questionário revisado e eventualmente corrigido era enviado logo para digitação, após a codificação das perguntas não pré-codificadas. Durante a digitação foi feita a verificação de códigos válidos. Para cada tipo de estudo, criou-se um banco de dados com auxílio de aplicativo EPI INFO. Após a digitação, foi feita uma crítica quantitativa buscando detectar faltas ou excesso de pastas, conglomerados, boletins, domicílios, crianças, duplicidade de boletins e de pessoas.

Uma crítica qualitativa foi também feita, buscando detectar inconsistência e erros de qualidade nas informações já armazenadas no banco de dados. Nesse contexto, foram feitos cruzamentos entre variáveis. Como no caso da crítica quantitativa, foram feitas eventuais correções antes de proceder a um novo processamento. O processamento acabou só quando foi eliminada qualquer incompatibilidade verificada nas informações.

3.6.2 - Modelo de análise da relação entre amamentação e seus determinante

O entendimento da associação entre a alimentação infantil e seus determinantes requer um modelo (Figura III) de análise que explicita a relação entre fatores de exposição. A hierarquização dos fatores de risco para desmame é mais complexa, nesse particular, comparando com o que acontece nos estudos de morbi-mortalidade.

Partiu-se do pressuposto de que, uma diversidade de fatores pode atuar direta ou indiretamente sobre o comportamento da amamentação. As condições estruturais, sócioeconômicas e culturais podem, conjuntamente ou separadamente, levar as mães a tomar decisões julgadas pertinentes como a relacionar com o desmame em determinada idade. Essas condições formam, no caso, o conjunto de causas básicas de desmame. De acordo com o nível hierárquico de determinação, a seguir viriam os efeitos de programas e políticas alimentares. Esses últimos podem influenciar as causas subjacentes (PEREZ, 1989; REA et al, 1988; HUFFMAN, 1984)..

Fig.III-Causas do desmame precoce

A indiferença ou incapacidade técnica dos profissionais de saúde no que se refere a resolução dos problemas maternos (insuficiência de lactação, doença, dificuldade de conciliar a amamentação e as atividades profissionais, problemas psico-sociais) e/ou dos problemas da criança (doença, anorexia, excesso de apetite, recusa) pode fazer com que as mães acabam optando por um desmame precoce. Esse fato é facilitado pelo despreparo da família e da mãe assim como pela existência de alternativas à amamentação. As condições

necessárias e suficientes para usar os Substitutos de Leite Materno (disponibilidade, possibilidade de aquisição e motivação) têm sido criadas pela propaganda comercial dos referidos substitutos (SEGALL CORRÊA, 1996; GOLDEMBERG, 1989; REA, 1989; CANDEIAS, 1982).

Todos estes fatores poderiam interferir no comportamento de alimentação infantil e, conseqüentemente, levar a adoção do desmame precoce. Inspirou-se do modelo de causalidade de desnutrição e mortalidade infantil do UNICEF (1990), para conceber o modelo adotado neste trabalho, levando em consideração a configuração do já descrito marco conceitual (Figura I). Apesar de não dispomos de indicadores suficientes para testar o modelo, a sua aplicação neste trabalho afigura-se pertinente.

3.6.3 - Análise propriamente dita de dados

Os dados foram analisados utilizando os pacotes estatísticos EPI INFO e HARVARD GRAPHICS. Na análise propriamente dita, foram usadas técnicas específicas envolvendo, também, pacotes estatísticos específicos. Optou-se por colocar a descrição dessas técnicas e dos respectivos pacotes estatísticos junto aos resultados, em cada estudo. Dessa forma, essa descrição antecederá os resultados.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No atual capítulo serão descritos os resultados referentes a tendência temporal da amamentação no período de 1972 a 1991, aos padrões atual da amamentação e do aleitamento materno completo. As prevalências de uso da mamadeira e das diferentes categorias alimentares, como foi anunciado anteriormente, servem de complemento aos referidos padrões.

Os resultados relativos ao monitoramento do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (CICSLM) são apresentados após anunciar os aspectos básicos de diferentes artigos do Código de interesse. Com intuito de facilitar a leitura, alguns documentos referentes à propaganda de Substitutos do Leite Materno encontram-se nos anexos III.

A apresentação dos resultados de cada estudo, como já foi referenciado, inicia-se sempre com a descrição dos aspectos metodológicos julgados pertinentes. Esse procedimento foi adotado para não quebrar a sequência na leitura.

1 - Caracterização dos domicílios estudados

A Tabela 4 apresenta a distribuição espacial da população residente em Luanda exceto a cintura verde que representa 8 % da população em 1983 e da amostra de crianças estudadas. Nota-se, praticamente, que a distribuição da população e de amostra de domicílios são parecidas com a periferia representando cerca de 50 % da população.

Tabela 4- Distribuição espacial da população de Luanda (1983) e da amostra de população residente nos domicílios em estudo.

Zona de residência	Amostra		Luanda*
	N	%	%
Moderna	1041	16,5	14,0
Intermediária	2108	33,4	26,0
Periférica	3161	50,1	52,0

*Fonte: F.L. S. COLAÇO,(1986;1992).

A Tabela 5 retrata a distribuição da amostra da população residente nos domicílios estudados segundo idade e sexo; a correspondente pirâmide populacional é apresentada na Figura IV. Observa-se que é uma estrutura característica das regiões em desenvolvimento. A base da pirâmide é ampla e a cúspide bem estreita configurando uma população jovem. Mas é preciso interpretar com cautela essa estrutura que é grosseira visto que houve dificuldades para as mulheres se lembrarem da idade dos seus maridos. Não foi possível obter informação sobre idade paterna, em 15% das crianças.

Tabela 5 Distribuição da população residente nos domicílios estudados por sexo e por faixa etária com a respectiva razão de masculinidade. Luanda, 1994

Faixa etária	Sexo		Total	%	Razão de masculini- dade
	Masculino	Feminino			
Anos					
0 - 4	664	626	1290	20,4	106,1
5 - 9	467	505	972	15,4	92,5
10-14	448	478	926	14,7	93,7
15-19	322	438	760	12,0	73,5
20-24	243	384	627	10,0	63,3
25-29	219	313	532	8,4	69,9
30-34	160	192	352	5,6	83,3
35-39	155	147	302	4,8	105,4
40-44	108	89	197	3,1	121,3
45-49	58	64	122	1,9	90,6
50-54	53	43	96	1,5	123,3
55-59	22	33	55	1,0	66,7
60-64	17	21	38	0,6	80,9
65-70	20	20	40	0,6	100,0
Desconhecida	-	1	1	0,0	0,0
Total	2956	3354	6310	100,0	88,1

FIGURA IV
ESTRUTURA DA POPULAÇÃO RESIDENTE NOS DOMICÍLIOS ESTUDADOS
PIRÂMIDE ETÁRIA
LUANDA, 1994

2 - Estudo de tendência da amamentação de 1972 a 1991

2.1 - Aspectos metodológicos

O estudo da tendência da amamentação baseou-se na evolução da prevalência de desmame nos primeiros 6 meses de vida, sendo o desmame precoce um dos graves problemas que afligem as comunidades pobres. Visto que muitas mães têm declarado que os seus filhos nunca mamaram, mesmo quando esses últimos já tinham experimentado a amamentação por um tempo muito curto, considerou-se como retirada da amamentação, o caso em que a criança nunca mamou.

A análise da trajetória da amamentação foi efetuada mediante a utilização dos pacotes Epi Info e Harvard Graphics. O procedimento de médias móveis foi usado para ilustrar a evolução da prevalência de desmame nos primeiros 6 meses de vida, no intuito de minimizar a variabilidade aleatória. Dessa forma, buscou-se priorizar as tendências do indicador.

Os resultados são apresentados sob forma de tabelas e figuras. As tabelas apresentam as prevalências observadas, enquanto que as médias móveis foram usadas na elaboração das figuras. Cada figura é colocada abaixo da tabela correspondente facilitando assim a consulta de ambos tipos de apresentação dos dados.

A Tabela 6 descreve as idades médias das mães de crianças nascidas no período de 1972 a 1991. No momento de nascimento dos filhos, a idade materna é estimada em torno de 25 anos ao longo de todo período de observação.

Tabela 6- Idade materna média nos momentos de nascimento e da entrevista por anos de nascimento dos filhos nascidos no período de 1972 a 1991. Luanda. 1972-1991.

ANOS DE NASCIMENTO	MOMENTO DE NASCIMENTO		MOMENTO DA ENTREVISTA	
	Idade (anos)	Desvio padrão	Idade (anos)	Desvio padrão
1972	25,1	6,3	47,0	6,5
1973	26,2	6,0	46,7	6,6
1974	24,6	5,6	44,5	5,5
1975	25,9	5,9	44,6	6,2
1976	24,5	5,4	42,4	5,4
1977	25,6	6,3	42,6	6,4
1978	25,4	6,2	41,4	6,3
1979	25,5	5,9	40,5	5,9
1980	25,6	5,9	39,6	5,9
1981	25,8	6,1	38,8	5,9
1982	25,8	6,4	37,9	6,4
1983	25,7	6,4	36,6	6,4
1984	26,6	6,9	36,6	6,8
1985	25,4	6,4	34,5	6,4
1986	26,3	6,4	34,2	6,3
1987	26,3	6,4	33,3	6,5
1988	25,9	6,6	31,9	6,5
1989	26,0	6,2	31,1	6,2
1990	26,2	5,2	30,2	6,3
1991	25,8	7,1	28,4	7,2

Diferenças significantes na distribuição etária das mães nos distintos anos tornariam a idade materna uma importante variável de confusão na relação entre tempo e frequência do aleitamento materno.

A idade materna média no momento da entrevista varia de 28 a 47 anos. Obviamente, observa-se que os anos de nascimento mais recuados correspondem a maiores idades. Essa última variável é importante podendo estar

implicada nas eventuais diferenças de lembrança. Numa sociedade ainda com forte tradição oral e diante de um evento universal, pode-se acreditar que há pouco motivo de se perder por completo a confiança nas declarações maternas. Mas é difícil avaliar a real dimensão do problema num ambiente com poucos trabalhos que facilitariam a validação dos resultados.

Tabela 7- Distribuição da amostra de crianças nascidas em Luanda (1972-1991) segundo município de residência materna no momento da entrevista.

Município	Número	%
Cazenga	563	25,5
Maianga	407	18,4
Rangel	384	17,4
Kilamba Kiaxi	322	14,6
Sambizanga	222	10,0
Ingombota	179	8,1
Cacuaco	72	3,2
Samba	63	2,8
Viana	-	-
Total	2212	100,0

A Tabela 7 mostra a distribuição das crianças nascidas no período de 1972 a 1991 por município. Comparando esses dados aos da

Tabela 1, referente à distribuição da população de Luanda, vê-se que, grosso modo, as proporções são conservadas.

A distribuição da procedência materna, dos filhos de mães nativas de Luanda apresentada na Tabela 8 mostra que a quase totalidade dos bairros estão representados na amostra. Nota-se que mais de 80% das mães viviam nas zonas periféricas ou nas áreas intermediárias.

Tabela 8- Distribuição dos filhos de mães nativas de Luanda segundo bairro de procedência materna. Luanda, 1972-1991.

Bairro	Número	%	Bairro	Número	%
Popular	221	13,4	Calamba	10	0,6
Ilha do Cabo	126	7,6	Palanca	9	0,5
Caxanga Popular	125	7,6	Vila Alice	9	0,5
Carlango	112	6,7	Rocha Pinto	9	0,5
Sambizanga	110	6,7	Boa Vista	9	0,5
Rangel	105	6,4	Combatentes	8	0,5
Marçal	97	5,9	Corimba	8	0,5
Cuca	83	5,0	Caputu	7	0,4
Congolenses	77	4,7	Cassequele	7	0,4
Nelitos Soares	74	4,5	Margoso	7	0,4
Golfo	68	4,4	Petrangol	6	0,4
Operário	63	3,8	Maculusso	6	0,4
Maianga	60	3,6	Cacuaco	6	0,4
Tala Hadi	29	1,8	Alvalade	5	0,3
Nocal/Mae Preta	22	1,3	Coqueiros	4	0,2
Salazar/Kifangondo	22	1,3	Vila da Mata	3	0,2
Prenda	21	1,3	Funda	3	0,2
Catamboor	21	1,3	Grafanil	2	0,1
Terra Nova	19	1,1	Militar	2	0,1
Tungandó	16	1,0	Sao Pedro da Barra	2	0,1
Cassenda	14	0,8	Sao Paulo	2	0,1
Ingombota	14	0,8	Mutamba	2	0,1
Precol	12	0,7	Viana	2	0,1
N'Gola Kiluanji	11	0,7	TOTAL	1653	100,0

De igual modo, a Tabela 9 referente à distribuição da procedência materna, dos filhos de mães imigrantes mostra os diferentes locais de emigração das mães da amostra. É importante destacar que essa distribuição está em concordância com as informações mais recentes sobre a população imigrante de Luanda, no que se refere às principais províncias de emigração (De MOURA, 1993).

Tabela 9- Distribuição da amostra de crianças filhas de mães imigrantes nascidas em Luanda segundo província de procedência materna Luanda, 1972-1991

Província de procedência	Número	%
Malange	98	17,6
Bengo	85	15,2
Kwanza Norte	70	12,5
Huambo	57	10,2
Uíge	47	8,4
Kwanza Sul	38	6,8
Bié	27	4,8
Namibe	23	4,1
Zaire	18	3,2
Moxico	15	2,7
Benguela	15	2,7
Huíla	5	0,9
Cabinda	4	0,7
Lunda Sul	4	0,7
Exterior do país	52	9,5
Total	558	100,0

2.2 - Resultados

A Tabela 10 reproduz as prevalências de desmame em diferentes faixas etárias. Observa-se que, até 6 meses, 21,2% das crianças deixam de receber leite materno ou nunca o receberam. Até aos 18 meses de idade, a maioria (69.1%) das crianças já se encontram desmadas. A retirada da amamentação após 24 meses de idade, interessa 1.2 % das crianças. Ao longo do período de observação, 8.5 % das crianças nunca experimentaram a amamentação.

Na análise da evolução do comportamento da amamentação, interessa considerar o período de maior vulnerabilidade. O desmame nos primeiros seis meses de vida é de particular interesse, posto que se relaciona a um período de maior vulnerabilidade na sobrevivência e na saúde das crianças. Diante de um pequeno tamanho amostral nos anos mais recuados, optou-se por reagrupar os anos de modo a obter um tamanho mínimo de 200 crianças por período. Nota-se que em 2212 crianças eleitas para o estudo, 23 (1%) são perdidas de observação por inconsistência de dados ou informação incompleta.

A Tabela 11 apresenta a evolução temporal da prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida, no período de 1972-1991. A proporção de crianças que abandonaram a amamentação nos primeiros seis meses de vida, em distintos períodos, oscila entre 15 e 24%. A Figura correspondente ilustra melhor o padrão da amamentação por menos de seis meses na totalidade das crianças.

Tabela 10 - Prevalência de desmame em diferentes faixas etárias. Luanda, 1972-1991.

Faixa etária (meses)	Número de crianças	Prevalência %	Prevalência acumulada %
≤ 6*	464	21.2	21.2
7 - 12	707	32.3	53.5
13-18	342	15.6	69.1
19-24	651	29.7	98.8
> 24	29	1.2	100.0
Total	2189	100,0	

*Inclui crianças que não chegaram a receber o leite materno

Na evolução da proporção de crianças desmamadas nos primeiros seis meses de vida, são evidenciados dois períodos distintos: o primeiro caracterizado por uma ascensão do declínio da amamentação (1972 a 1981) e o segundo corresponde a uma estabilização da amamentação por menos de 6 meses em patamar relativamente elevado (1982 a 1991).

Tabela 11 - Prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida em diferentes períodos. Luanda (Angola), 1972-1991.

Período	Total	Crianças desmamadas	Prevalência (%)
1972-1975	205	31	15.1
1976-1978	236	46	19.5
1979-1981	265	62	23.4
1982-1983	281	51	19.5
1984-1985	258	63	24.4
1986-1987	298	60	20.1
1988-1989	323	71	20.0
1990-1991	343	80	23.3
Total	2189	464	21.2

As Tabelas 12 e 13 evidenciam o fato de que a alfabetização materna e o parto em instituições de saúde traduzem melhor o padrão da amamentação por menos de 6 meses, fato bem ilustrado nas correspondentes figuras. Observam-se, no entanto, o fato de que o analfabetismo materno e o parto extra-hospitalar são associados à uma resistência contra a retirada da amamentação em menores de seis meses de idade.

A Tabela 14 e a figura correspondente mostram, claramente, que crianças filhas de mães alfabetizadas que nasceram nas instituições de saúde traduzem melhor as mudanças ocorridas em Luanda. Entretanto, crianças de mães analfabetas nascidas fora das instituições de saúde são imunes às referidas mudanças. As outras situações ocupam uma posição intermediária mas com maior tendência à imunidade à modernidade.

Tabela 12 - Prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida segundo escolaridade materna. Luanda (Angola), 1972-1991.

Período	Filhos de mães alfabetizadas		Filhos de mães analfabetas	
	Total	Prevalência de desmame (%)	Total	Prevalência de desmame (%)
1972-1975	83	9.6	122	18.9
1976-1978	122	21.3	114	17.5
1979-1981	149	26.8	116	19.0
1982-1983	160	23.1	101	13.9
1984-1985	176	27.3	82	18.3
1986-1987	210	23.8	88	11.4
1988-1989	240	24.6	83	14.5
1990-1991	261	26.1	82	14.6
Total	1401	24.0	788	16.2

Tabela 13 - Prevalência de desmame nos primeiros seis meses de vida segundo local de parto. Luanda (Angola), 1972-1991.

Período	Parto hospitalar		Parto domiciliar	
	Total	Prevalência de desmame (%)	Total	Prevalência de desmame (%)
1972-1975	70	15.7	135	14.8
1976-1978	81	19.8	155	19.4
1979-1981	128	31.3	137	16.1
1982-1983	143	25.2	118	12.7
1984-1985	141	29.8	117	17.9
1986-1987	161	25.5	142	13.4
1988-1989	187	25.1	156	21.2
1990-1991	261	26.1	82	14.6
Total	1092	26.1	1097	16.0

Tabela 14 - Prevalência (%) de desmame nos primeiros seis meses de vida segundo escolaridade materna e local de parto. Luanda (Angola), 1972-1991.

Período	Mães alfabetizadas		Mães analfabetas	
	Parto hospitalar	Parto domiciliar	Parto hospitalar	Parto domiciliar
1972-1975	10.0	9.3	23.3	17.4
1976-1978	20.3	22.2	18.2	17.4
1979-1981	31.3	18.0	31.0	14.9
1982-1983	28.0	15.0	18.6	10.3
1984-1985	32.1	18.8	20.7	17.0
1986-1987	28.3	15.3	8.7	12.3
1988-1989	29.7	15.3	23.1	10.5
1990-1991	25.8	26.5	20.8	12.1
Total	27.5	18.3	20.8	14.4

No conjunto da amostra, ao longo do período de observação, 1039 crianças (47% do total) fizeram uso da mamadeira. Desse total apenas 19 crianças usaram mamadeira para beber outro tipo de líquido (água, *quissangua** ou suco de frutas). Para as restantes crianças, ou seja 98%, a mamadeira foi usada para tomar leite não materno e, eventualmente, comer papinha (398 crianças).

A Tabela 15 e a figura correspondente retratam a evolução da prevalência de uso da mamadeira. O padrão correspondente ao desmame nos primeiros seis meses de vida repete-se, praticamente, com relação à prevalência de uso da mamadeira. Nota-se, novamente, que a alfabetização materna e o parto hospitalar associam-se ao padrão descrito na tabela 11.

De igual modo, as Tabelas 16 a 18 e as figuras correspondentes demonstram mais uma vez o que já foi demonstrado anteriormente com as crianças de mães alfabetizadas nascidas nas instituições de saúde, traduzindo melhor o padrão de referência, enquanto as outras tendem à preservar as tradições fazendo, menos uso da mamadeira.

* Bebida não fermentada a base de milho.

Tabela 15 - Prevalência de uso da mamadeira no primeiro ano de vida em diferentes períodos. Luanda (Angola), 1972-1991.

Período	Total	Crianças usuárias da mamadeira	Prevalência (%)
1972-1975	208	82	39.4
1976-1978	236	106	44.9
1979-1981	266	135	50.8
1982-1983	264	126	47.7
1984-1985	260	125	48.1
1986-1987	301	134	44.5
1988-1989	329	162	49.2
1990-1991	347	173	49.9
Total	2211	1043	47.2

Tabela 16 - Prevalência de uso da mamadeira no primeiro ano de vida segundo escolaridade materna. Luanda (Angola), 1972-1991.

Período	Filhos de mães alfabetizadas		Filhos de mães analfabetas	
	Total	Prevalência de uso da mamadeira (%)	Total	Prevalência de uso da mamadeira (%)
1972-1975	83	43.4	125	36.8
1976-1978	122	50.8	114	38.6
1979-1981	149	55.7	117	44.4
1982-1983	162	54.3	102	37.3
1984-1985	177	56.5	83	30.1
1986-1987	210	51.0	91	29.7
1988-1989	243	54.7	86	33.7
1990-1991	262	54.6	85	35.3
Total	1408	53.4	803	36.2

Tabela 17 - Prevalência de uso da mamadeira no primeiro ano de vida segundo local de parto. Luanda (Angola), 1972-1991.

Período	Parto hospitalar		Parto domiciliar	
	Total	Prevalência de uso da mamadeira (%)	Total	Prevalência de uso da mamadeira (%)
1972-1975	69	31.9	139	43.2
1976-1978	81	54.3	155	40.0
1979-1981	128	60.9	138	41.3
1982-1983	144	54.2	120	40.0
1984-1985	141	58.2	119	36.1
1986-1987	162	55.6	139	31.7
1988-1989	181	59.7	148	36.5
1990-1991	187	58.3	160	40.0
Total	1093	55.9	1118	38.6

Tabela 18 - Prevalência de uso da mamadeira no primeiro ano de vida segundo escolaridade materna e local de parto. Luanda (Angola), 1972-1991.

Período	Mães alfabetizadas		Mães analfabetas	
	Parto hospitalar	Parto domiciliar	Parto hospitalar	Parto domiciliar
1972-1975	28.2	56.8	36.7	36.8
1976-1978	59.3	42.9	40.9	38.0
1979-1981	61.6	44.0	58.6	39.8
1982-1983	58.0	48.4	45.5	31.0
1984-1985	62.5	46.2	41.4	24.1
1986-1987	58.0	37.5	41.7	25.4
1988-1989	61.3	43.2	50.0	26.7
1990-1991	58.9	47.5	54.2	27.9
Total	58.5	45.3	46.1	32.3

3 - Estudo das práticas atuais de alimentação dos menores de 3 anos

O estudo das práticas atuais de alimentação infantil comporta três partes distintas. A primeira refere-se aos padrões da amamentação e do aleitamento materno completo (AMC) assim como dos efeitos de diferentes marcadores. A segunda parte fornece informações complementares para um melhor entendimento dos referidos padrões. Nessa parte, foram descritas as prevalências de uso da mamadeira e as categorias alimentares. A análise de efeito do contato com serviços de saúde no desmame precoce fecha a apresentação dos resultados do estudo transversal.

As Figuras referentes aos padrões em estudo foram colocadas abaixo das respectivas Tabelas. Algumas informações importantes referentes a modelagem encontram-se nos Anexos I.

3.1 - Aspectos metodológicos

a) Determinação dos padrões da amamentação

Várias técnicas de análise são empregadas nos estudos epidemiológicos de alimentação infantil. É frequente o uso de dados baseados na memória materna. Sabe-se que as informações retrospectivas são sujeitas ao "*recall bias*" devido à sua imprecisão (LANTZ et al, 1992; HULLEY et al, 1988). O método recordatório utilizado nos estudos transversais minimiza esse tipo de viés, ao reduzir o tempo de lembrança mas sem, todavia, atingir a perfeição. Erros de classificação foram evidenciados no uso de método recordatório de 24 horas (PIWOZ et al, 1995; BEATON et al, 1979).

O uso dos dados sobre o status atual da prática alimentar ("*current status feeding practice data*") tem-se beneficiado da preferência de muitos pesquisadores. Esses dados informam se as crianças estão ou não sendo amamentadas no momento da entrevista, e se recebem ou não alimentos complementares. Pode-se estimar, então, a frequência do aleitamento materno em diferentes idades minimizando eventuais erros decorrentes da memória materna ou "*recall bias*" (OPS/OMS,1991; SMITH,1985; KNODEL,1980).

Para análise dos dados tem sido usada a técnica atuarial das tábuas de vida. O emprego dessa técnica revela-se mais vantajoso que o estudo da prevalência de crianças amamentadas e o estudo da época de desmame nas crianças completamente desmamadas (MONTEIRO, 1988). Mas o caráter retrospectivo dos dados, não permite ultrapassar o problema originado pela falha na memória materna (DANKO et al, 1990; SMITH et al, 1985)

Na busca de uma alternativa melhor, propõe-se a utilização de informações sobre o estado atual da prática de amamentação (as crianças estão ou não sendo amamentadas), empregando a **análise de probitos** (FERREIRA et al, 1996;VENANCIO,1996;FINNEY,1980).

A análise de probitos permite estimar a prevalência da amamentação em diferentes idades a partir de regressões lineares ponderadas, tendo em conta o conjunto de amostra de crianças em estudo sendo evento de interesse, o desmame e o fator de exposição, o tempo de vida da criança expresso em idade.

Um pacote estatístico (Probit) da autoria de C.S. Ferreira, escrito em linguagem Basic para microcomputador IBM-PC e compatível, foi concebido facilitando assim, a utilização dessa técnica de análise no estudo da amamentação (FERREIRA et al, 1996; VENANCIO, 1996).

Através do referido pacote estatístico, as proporções de crianças amamentadas em diferentes idades são calculadas com os seus intervalos de confiança, em 95% de confiança. A duração mediana da amamentação, ou seja, a idade em que 50% das crianças ainda estão amamentando (ED50), é também calculada com o respectivo intervalo de confiança.

O valor do poder explicativo do modelo de regressão ou coeficiente de determinação (r^2) é automaticamente fornecido pelo pacote. O teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov, aos níveis de significância de 0,01 e 0,05, é incorporado no pacote permitindo assim, avaliar o ajuste do modelo. Esse teste é mais poderoso que o teste de χ^2 e a sua precisão cresce com o aumento do nível de significância.

No presente estudo, a adequação do modelo obtido é avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, ao nível de significância de 0,20. Na aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, espera-se obter desvios máximos absolutos (d) entre as proporções observadas e esperadas de crianças amamentadas menores que o desvio crítico (d_c). Como o pacote não fornece o d_c , ao nível de significância de 0,20, este último é calculado usando a seguinte fórmula (MASSEY, 1951):

$$d_c = \frac{1.07}{\sqrt{T}}$$

Onde T é o número de crianças em amamentação ou em aleitamento materno completo.

O pacote fornece os probitos e as proporções de crianças amamentadas em diferentes idades. O probito esperado de crianças amamentadas em determinada idade (agressor) pode ser calculado a partir da equação de regressão linear [$Y=ai+bi(x=idade \text{ ou } \log \text{ idade})$], graças ao fornecimento do intercepto (ai) e do declive ou coeficiente de regressão (bi) pelo pacote.

O probito esperado (Y) de uma proporção de crianças amamentadas em determinada idade é a variabilidade relativa da idade de desmame acrescida de um fator de correção (K). O probito mede, portanto, o afastamento das idades de desmame (x_i) em relação à idade média de desmame ($\bar{x}$), em unidade de desvio padrão (s). Tem-se:

$$Y = K + \frac{1}{s} (x_i - \bar{x})$$

O fator de correção K foi introduzido na definição original do probito para evitar valores negativos. Esse fator corresponde a 5 (FINNEY, 1980; ARMITAGE et al, 1987).

Assume-se que a distribuição das idades de desmame numa população descreve uma curva Gaussiana ou pode-se obter facilmente a sua aproximação à distribuição normal através de uma transformação como a transformação logarítmica. Assim sendo, a média m corresponde, portanto, a idade mediana do

desmame. O valor de Y correspondente à mediana é, nessa condição, igual a $K=5$.

A amostra de crianças foi estratificada segundo idade, tipo de família e local de parto, para descrever a prevalência de uso da mamadeira. A definição das categorias e indicadores de alimentação infantil encontra respaldo, como já anunciado, na propostos de padronização da OMS/UNICEF (1991).

b) Associação entre contato com serviços de saúde e desmame precoce

Para avaliar a associação entre uso de serviços de saúde e o desmame precoce, foram selecionados três indicadores de contato com esses serviços: pré-natal (número de consultas), local de parto e imunização básica para idade. Fez-se uso de análise de regressão logística não condicional para determinar as medidas de efeito (razão de produtos cruzados ou *odds ratio*) e seus intervalos de confiança (95% de confiança), tendo como variável resposta o logito da probabilidade de desmame precoce (Y).

A regressão logística, como se sabe, permite analisar o efeito individualizado de cada uma das variáveis independentes sobre a variável resposta, levando em consideração a presença do efeito dos fatores de confusão.

A seguinte equação define a relação entre Y e o indicador de contato com serviços de saúde (variável independente) e as variáveis de controle (HOSMER & LEMESHOW, 1989):

$$Y = P / 1-P = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

Onde P=Prevalência de desmame precoce; β_0 =intercepto; β_1 a β_k = coeficientes de regressão e X_1 a X_k = regressores (variável independente e variáveis de controle).

Como etapa preliminar ao processo de modelagem, realizou-se uma análise de regressão logística univariada para testar a associação bruta entre o uso de serviços de saúde e o desmame precoce. Análise semelhante foi realizada com relação a cada um dos potenciais fatores de confusão.

Considera-se como potenciais fatores de confusão, as variáveis que apresentaram, na análise univariada, associação com significância estatística igual ou inferior a 0.15. Esse nível de significância permite evitar a exclusão de uma variável importante no controle de confusão, fato que pode acontecer usando um critério mais rígido ($p < 0.05$). Um nível de significância maior ($p < 0.20$) tem sido preconizado em alguns estudos epidemiológicos. Esse último nível não adiantaria em nada na seleção de variáveis de controle, no presente estudo (FUCHS, 1993).

Foram mantidos no modelo, para análise subsequente, os fatores que apresentaram associação significativa ($p < 0.15$) após a análise, levando em conta o controle das demais variáveis de confusão. Nessa etapa, foram estabelecidos dois modelos específicos para cada indicador de contato com serviços de saúde

ajustado para idade da criança e demais fatores de confusão: um ajustado para idade da criança e outro ajustado, também, para as demais variáveis de controle (idade e procedência maternas). O processo de modelagem foi conduzido de acordo com o procedimento preconizado por HOSMER & LESMESHOW (1989) do tipo *forward*.

Utilizou-se o pacote estatístico MULTLR escrito em linguagem Pascoal para microcomputador IBM-PC e compatível, apropriado para análise multivariada por método de máxima verossimilhança condicional e incondicional. Com a utilização do MULTLR, é possível determinar Y e testar a significância do modelo e dos respectivos coeficientes de regressão (CAMPOS-FILHO, 1989)

3.2 - Resultados

3.2.1 - Caracterização da população estudada

A Tabela 19 apresenta as principais características demográficas das crianças estudadas. Observa-se que 24% vivem em famílias de menor tamanho (menos de quatro pessoas), sendo que 42,8% vivem em famílias numerosas com mais de 6 pessoas.

Tabela 19 - Amostra de menores de 36 meses de idade características demográficas. Luanda, 1994.

Variáveis	Número	%
Idade das crianças (meses)		
< 6	225	29 8
6 - 11	185	24 5
12 - 23	164	21 7
24 - 35	180	24 0
Sexo		
Masculino	396	52 5
Feminino	358	47 5
Idade paterna (anos)		
< 28	225	35 1
28-34	194	30 3
35-56	222	34 6
Sem informação = 113		
Idade materna (anos)		
15-19	115	15 3
20-29	430	57 0
30-46	209	27 7
Tamanho da família (nº de pessoas)		
< 4	181	24 0
4 - 6	250	33 2
7 e mais	323	42 8
Estado civil materno		
Casado	630	83 6
Outros	124	16 4
Presença do pai		
Sim	629	83 4
Não	125	16 6
Tipo de famílias		
Nuclear	342	45 4
Extensivo	412	54 6
Presença de uma mulher mais velha que a mãe da criança em estudo		
Não	580	23 1
Sim	174	76 9
História materna de filho falecido		
Sim	149	19 8
Não	605	80 2
Procedência materna		
Nativas de Luanda	307	40 7
Imigrantes	447	59 3
Uso materno de anticonceptivo		
Sim	125	16 6
Não	629	83 4

Do total das crianças, 264 ou seja 35% são filhos únicos, sendo que 32,1% são filhos de mães grandes múltiparas (mais de 3 filhos). A maioria das mães são casadas (83,6%) e coabitam com os pais dos seus filhos (83,4%). Em 54,6% as famílias são extensivas. Cerca de 20% das crianças têm pelo menos um irmão falecido.

Uma minoria das mães (cerca de 17%) das crianças em pesquisa usa anticonceptivo para se proteger contra gravidez indesejável. No total, aproximadamente 41% das mães são nativas de Luanda.

As características sócio-econômicas estão apresentadas na Tabela 20. Nota-se que em mais de metade das crianças não foi possível estimar a renda familiar. Em relação à escolaridade paterna as perdas atingiram 26.8 % das crianças por as mulheres não saberem informar com precisão o nível de escolaridade dos seus maridos. Em relação à mãe, verifica-se que 20.7 % não têm a terceira série feita sendo que as restantes dividem-se entre 3a-6a séries (50.7%) e maior que sexta série (28.6%).

Apenas 14.5 % das mães são funcionárias. A maioria das mães (56.9%) têm alguma atividade remunerada por conta própria predominando as vendedoras ambulantes. As restantes mães (28.6%) não têm nenhuma atividade remunerada fora do lar. Do total das mães funcionárias, 97.2 % tiveram acesso à licença-maternidade ao termo da gestação do filho em estudo.

Tabela 20 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características sócio-económicas das famílias. Luanda, 1994.

Variáveis	Número	%
Renda familiar		
Baixa (<10 salários mínimos)	184	51.5
Média/alta (10 sm e mais)	173	48.5
Sem informação=397		
Escolaridade paterna		
<7ª série	206	37.3
7ª - 8ª série	216	39.1
>8ª série	130	23.6
Sem informação=202		
Escolaridade materna		
< 3ª série	156	20.7
3ª - 6ª série	382	50.7
> 6ª série	216	28.6
Ocupação materna		
Donas de casa	216	28.6
Conta própria	429	56.9
Funcionárias	109	14.5
Gozo de licença-maternidade (mães funcionárias)		
Sim	106	97.2
Não	3	2.8
Principal fonte da água consumida		
Rede pública: canalização interna	214	28.4
Rede pública: canalização externa	196	26.0
Outras	344	45.6

Tabela 21 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características do ambiente. Luanda, 1994.

Variáveis	Número	%
Zona de residência		
Moderna	92	12.2
Intermediária	228	30.2
Periférica	434	57.6
Aglomerado (nº pessoas/dormitório)		
< 3	261	54.4
>= 3	493	65.4
Número de menores de 5 anos		
< 3	410	54.4
>= 3	344	45.6
Tipo de construção		
Definitivo	512	67.9
Provisório	242	32.1
Vaso sanitário		
Sim	731	96.9
Não	23	3.1

Do total dos domicílios, 45.6 % não têm acesso à nenhuma canalização de água da rede pública. As famílias desses domicílios têm usado habitualmente água vendida através dos caminhões-cisternos. Os restantes domicílios dividem-se entre os que dispõem de uma canalização interna de água da rede pública (28.4 %) e os que usam chafarizes ou canalização interna dos domicílios vizinhos.

As características do ambiente onde vivem as crianças estão apresentadas na Tabela 21. Aí observa-se a distribuição das crianças por zonas de residência com a zona periférica a predominar (57,6%). As crianças em estudo fazem parte, como já ficou evidente observando o tamanho das famílias, de famílias numerosas, distribuídas em um menor número de peças, resultando em elevado índice de aglomeração. A maioria das casas são de construção definitiva e dispõe de um sistema de evacuação dos dejetos.

Dados referentes às características maternas são reproduzidos na Tabela 22. Mais uma vez, as mães tiveram dificuldade em responder de forma satisfatória em relação à idade dos seus maridos. Pois, houve no total 15% de perdas relacionadas à idade do pai.

Em relação à idade materna, nota-se que cerca de 27.7% das mães são maiores de 29 anos, sendo que as restantes dividem-se equitativamente entre menores de 20 anos (15.3%) e mulheres de 20 a 29 anos de idade (57.0%). Do total das mães, 35% são primíparas, 33% são múltipares com 2 a 3 filhos e 32% são grandes múltipares com mais de 3 filhos.

Quanto ao tempo de permanência das mães em Luanda, repara-se que 76,8% vivem nessa cidade há mais de nove anos. Desse total, 43% residem em Luanda há mais de 20 anos, isto é, são residentes dessa cidade desde o tempo colonial.

A maior parte das mães entrevistadas (56,1%) afirmam que já amamentaram pelo menos um dos seus filhos mais velhos que a criança em estudo. Das restantes mães, 35 % são primíparas, ou seja, apenas 8,9% das mães múltiparas não raportam experiência prévia da amamentação.

O hábito de fumar entre as mulheres entrevistadas parece ser um evento relativamente raro (8,2%).

Na Tabela 23 observam-se as características da criança. Aí verifica-se que 52,5% das crianças em estudo são do sexo masculino. Do total, 14,6% nasceram com baixo peso. A proporção de perdas relacionadas ao peso ao nascer é de 7.9%.

Tabela 22 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características maternas. Luanda, 1994.

Variáveis	Número	%
Paridade (Filhos tidos)		
1	264	35.0
2 - 3	248	32.9
4 e mais	242	32.1
Tempo de permanência em Luanda		
< 10 anos	175	23.2
10-20 anos	329	43.7
> 20 anos	249	33.1
Sem informação=1		
Experiência prévia de amamentação		
Sim	423	57.5
Não	313	42.5
Sem informação=18		
História de hábito de fumar		
Sim	62	8.2
Não	692	41.8

Tabela 23 - Amostra de menores de 36 meses de idade: características das crianças. Luanda, 1994.

Variáveis	Número	%
Sexo		
Masculino	396	52.5
Feminino	358	47.5
Peso ao nascer (gramas)		
< 2500	101	14.6
>=2500	593	85.4
Sem informação=60		
Gemelaridade		
Sim	21	2.8
Não	733	97.2
Presença de diarreia nas últimas 24 horas		
Sim	158	21.0
Não	596	79.0

Os indicadores de contato com serviço de saúde encontram-se na Tabela 24. A quase totalidade das mães (94,4%) referiram ter feito o pré-natal pelo menos uma vez durante a gestação da criança em estudo. Do total das mães, 77 % afirmaram ter feito mais de três consultas pré-natais.

Tabela 24 - Amostra de menores de 36 meses de idade indicadores de contato com serviço de saúde Luanda, 1994

Variáveis	Número	%
Consulta no período pré-natal		
Sim	711	94.4
Não	42	5.6
Sem informação=1		
Número de consultas no período pré-natal		
< 4	162	23.0
>=4	543	77.0
Sem informação=49		
Local de parto		
Instituição de saúde	424	56.2
Outros	330	43.8
Posse do cartão de saúde infantil		
Sim	579	76.8
Não	175	23.2
Imunização básica para idade		
Completa	329	43.6
Incompleta	277	36.7
Ausente	148	19.7
História de hospitalização prévia		
Sim	75	9.9
Não	679	90.1

A maior parte das crianças nasceram nas instituições de saúde (56,2%) e têm o cartão de saúde infantil (76,8%). Apenas 43,6% apresentaram o cartão de saúde infantil ou o cartão de vacinas confirmando a realização de todas as doses de vacinas para idade, de acordo com o esquema do programa nacional ampliado de imunização.

Em relação a BCG, independentemente da observação documental, confirmou-se ou não a existência de cicatriz vacinal. As restantes crianças têm doses incompletas ou ausentes.

É possível que a maior parte das crianças classificadas no estrato de imunização básica ausente tivessem alguma dose de determinadas vacinas, mas faltou um comprovante. Do total das mães entrevistadas, cerca de 10% referiram que o seu filho em estudo já tinha sido hospitalizado pelo menos uma vez por um problema qualquer de saúde.

3.2.2 - Padrões de amamentação em Luanda

A Tabela 25 apresenta as prevalências da amamentação nas diferentes idades e seus respectivos intervalos de confiança. A Figura abaixo da Tabela apresenta a curva que descreve o padrão atual da amamentação, em Luanda.

O padrão assim descrito, é uma curva sigmoide . Da análise de probitos resultou a seguinte equação de regressão linear: $Y=7,15-0,004(X=\text{idade})$ onde Y é o probito esperado das crianças amamentadas. O poder preditivo da regressão é de $r^2 = 0,96$, isto é, a variabilidade das proporções de crianças amamentadas deve-se, em 96% à regressão e, em apenas 4% devido ao resíduo. Da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov (MASSEY, 1951) resultou um $d=0,012$, significativo ao nível de significância de 0,20 ($dc= 0,050$).

A duração mediana da amamentação, isto é, a idade em que metade das crianças ainda estão sendo amamentadas, é de 500,1 dias (95% IC:456,9-546,7 dias). Esse valor mediano é indicativo de uma amamentação prolongada, de modo que aos 365 dias ainda estão amamentando, 72,2% das crianças (95%, IC:65,4-78,3%).

Tabela 25 - Prevalência (%) da amamentação em diferentes idades (e respectivos intervalos com 95% de confiança). Luanda (Angola), 1994

Idade (dias)	Prevalência de amamentação (IC)
30	97.8 (95.3-99.1)
60	97.1 (94.2-98.7)
90	96.1 (92.7-98.1)
120	94.9 (91.1-97.3)
180	91.6 (86.9-94.9)
365	72.2 (65.4-78.2)
548	42.3 (34.6-50.2)
720	17.6 (11.4-25.5)

Se até doze meses de idade, a maioria das crianças estão em amamentação, nota-se que aos 548 dias (ou 18 meses), 42,3% (IC,95%: 34.6-50.2) das crianças ainda amamentam (Tabela 25).

Os dados correspondentes aos diferentes níveis de escolaridade materna são reproduzidos na Tabela 26 e na Figura correspondente. Observam-se, nitidamente, que a prevalência da amamentação vai baixando com a elevação do nível de escolaridade materna. A significância das diferenças que se observa entre padrões descritos pelos níveis de escolaridade evidencia-se no fato de que os intervalos de confiança não estão contidos uns nos outros e as curvas não se cruzam.

A duração mediana da amamentação é 601.6 dias (IC,95%IC:479.8-755.3 dias), para o mais baixo nível de escolaridade materna contra 406.9 dias (IC,95%:314.8-524.1 dias), para o mais elevado nível.

As crianças, filhas de mães com nível de escolaridade de 3a-6a série apresentam prevalência da amamentação que ocupa uma posição intermediária. O nível de prevalência mais alto identifica-se com o menor nível de escolaridade. Inversamente, a maior escolaridade corresponde a menor prevalência de amamentação.

Tabela 26 - Prevalência (%) da amamentação em diferentes idades (intervalos com 95% de confiança) segundo nível de escolaridade materna Luanda (Angola),1994.

IDADE (dias)	< 3ª SÉRIE	3ª - 6ª SÉRIE	> 6ª SÉRIE
30	98.7 (91.7-99.9)	97.3 (85.3-99.8)	92.6 (81.1-97.8)
60	98.3 (90.4-99.8)	96.6 (83.6-99.6)	90.6 (76.5-95.7)
90	97.7 (89.0-99.7)	95.6 (81.7-99.4)	88.5 (76.5-95.7)
120	97.0 (87.4-99.6)	94.3 (79.7-99.0)	86.6 (73.9-94.2)
180	95.1 (83.7-98.9)	91.1 (74.9-97.9)	81.1 (68.1-90.2)
365	82.8 (66.8-92.7)	73.5 (54.2-87.5)	57.4 (43.6-70.4)
548	59.6 (41.1-76.2)	46.5 (25.5-68.5)	30.9 (16.7-48.5)
720	33.9 (16.4-55.7)	22.4 (6.3-50.3)	12.6 (3.5-31.2)

A Tabela 27 e a Figura correspondente mostram que as mães mais jovens superam ligeiramente as mais velhas no que se refere à iniciação da amamentação. Essa superação se mantém, até aproximadamente 13 meses de idade (400 dias). A partir dessa idade, as mães mais velhas lideram a frequência da amamentação. O exame dos intervalos de confiança, não revela diferenças significantes entre faixas de idade materna devido ao fato de que, os intervalos de confiança estão contidos uns nos outros. A Figura correspondente ilustra melhor esse fato mostrando cruzamentos das curvas da amamentação.

As mães de idade intermediária empatam com as mais velhas em relação à iniciação da amamentação mas logo após os três meses, elas apresentam as mais baixas proporções de crianças amamentadas. A mediana de duração da amamentação é de 466 dias nas mães de 20 a 29 anos contra 551.5 dias entre mulheres maiores de 29 anos. As mães menores de 20 anos ocupam a posição intermediária com uma duração mediana da amamentação de 492 dias.

Tabela 27 - Prevalência (%) da amamentação (intervalos com 95% de confiança) em diferentes idades segundo idade materna ao nascer da criança. Luanda (Angola), 1994.

IDADE (dias)	15 - 19 anos	20 - 29 anos	30 - 49 anos
30	98.3 (85.5-99.9)	96.3 (86.6-99.3)	95.9 (88.5-98.9)
60	97.7 (84.4-99.9)	95.3 (84.7-98.9)	94.9 (87.0-98.5)
90	96.9 (83.2-99.9)	93.9 (82.6-98.5)	93.9 (85.3-97.9)
120	95.9 (81.8-99.9)	92.4 (80.4-97.7)	92.6 (83.5-97.2)
180	93.2 (58.4-99.7)	88.3 (75.1-95.5)	89.4 (79.2-95.3)
365	76.0 (38.4-95.6)	67.2 (51.9-80.0)	73.7 (61.6-83.4)
548	47.4 (9.8-87.7)	38.7 (22.2-37.8)	51.1 (38.3-63.8)
720	21.4 (0.5-82.4)	16.4 (4.9-37.8)	29.4 (17.4-44.1)
913	5.4 (0.0-78.7)	3.9 (0.3-20.6)	11.9 (4.3-25.7)

A relação entre amamentação e procedência materna, de um lado, e o tipo de família e a amamentação, de outro lado, pode ser apreciada através das Tabelas 28 e 29 e suas correspondentes Figuras. As duas figuras mostram claramente que as mães imigrantes e as famílias extensivas identificam-se a preservação da tradição ao apresentarem elevadas prevalências da amamentação, quando comparadas às mães nativas de Luanda e às famílias nucleares.

O exame dos intervalos de confiança mostra diferença significativa entre curvas da amamentação segundo procedência materna. Essa observação é também válida com relação ao tipo de família. Nas duas situações, os intervalos de uns não estão contidos nos outros.

Tabela 28 - Prevalência (%) da amamentação (intervalos com 95% de confiança) em diferentes idades segundo procedência materna. Luanda (Angola), 1994

IDADE (dias)	MÃES NATIVAS DE LUANDA	MÃES IMIGRANTES
30	95.4(90.2-98.1)	99.0 (96.6 - 99.8)
60	94.1(88.5-97.3)	98.6 (95.7 - 99.6)
90	92.6(86.5-96.4)	98.0 (94.5 - 99.4)
120	90.9(84.3-95.1)	97.3 (93.1 - 99.1)
180	86.5(79.1-91.8)	94.9 (89.5 - 97.9)
270	77.4(69.3-84.1)	88.9 (81.5 - 93.9)
365	64.9(56.4-72.8)	78.2 (69.3 - 85.3)
548	37.3(28.2-47.1)	46.9 (36.7 - 57.4)
720	16.1(9.0 - 26.0)	18.9 (10.8 - 30.0)
913	4.1(1.3 - 10.5)	3.8 (1.0-10.2)

Tabela 29 - Prevalência (%) da amamentação (intervalos com 95% de confiança) em diferentes idades segundo tipo de família. Luanda (Angola), 1994.

IDADE (dias)	FAMÍLIA NUCLEAR	FAMÍLIA EXTENSIVA
30	93.3 (88.1 - 95.5)	99.2 (98.0 - 99.7)
60	91.9 (86.3 - 95.5)	98.9 (97.4 - 99.6)
90	90.2 (84.3 - 94.3)	98.4 (96.6 - 99.3)
120	88.4 (82.1 - 92.9)	97.8 (95.6 - 98.9)
180	83.9 (77.2 - 89.2)	95.9 (92.8 - 97.8)
270	75.4 (68.4 - 81.5)	90.8 (86.3 - 94.1)
365	64.4 (57.5 - 70.7)	81.5 (75.5 - 86.4)
548	40.2 (34.1 - 46.4)	52.5 (44.7 - 60.2)
720	20.3 (15.1 - 26.5)	23.6 (16.6 - 31.9)

A Tabela 30 e a Figura correspondente reproduzem as prevalências da amamentação nas diferentes idades segundo local do parto. Observam-se, nitidamente, que essas prevalências são mais altas nas crianças que nasceram fora das instituições hospitalares, quando comparadas as apresentadas pelas crianças que nasceram nas instituições de saúde. Mas a diferença é significativa somente após os 4 meses de idade. Pois, até aí, os intervalos de confiança referente ao parto hospitalar estão contidos nos do parto extra-hospitalar.

Tabela 30 - Prevalência (%) da amamentação (intervalos com 95% de confiança) em diferentes idades segundo local do parto. Luanda (Angola), 1994.

IDADE (dias)	PARTO HOSPITALAR	PARTO DOMICILIAR
30	97.68 (92.49-99.45)	98.50 (91.32-99.86)
60	96.77 (90.79-99.10)	97.91 (89.74-99.75)
90	95.58 (88.82-98.58)	97.13 (87.94-99.57)
120	94.07 (86.52-97.82)	96.12 (85.90-99.29)
180	89.86 (80.87-95.29)	93.24 (81.06-98.24)
365	65.14 (53.44-75.55)	74.51 (58.67-86.41)
548	31.35 (19.37-45.71)	43.39 (27.44-60.51)
720	9.54 (3.17-22.33)	16.07 (5.60-34.68)
913	1.28 (0.13-7.27)	3.49 (0.40-16.37)

A Tabela 31 e a curva correspondente reproduzem o padrão do aleitamento materno completo (AMC). Aí se observa uma alta taxa de desmame logo nos primeiros dias de vida. Esse fato é evidenciado no gráfico pelo acentuado declive dos segmentos iniciais da curva. Cabe sublinhar que o aleitamento materno completo confunde-se ao predominante visto que o exclusivo é, praticamente, nulo no nosso meio.

Observa-se que, apenas 49.3% das crianças são submetidas ao aleitamento materno completo, aos trinta dias de idade. A duração mediana do aleitamento materno completo é estimada em 25.4 dias (IC,95%:9.1-42.1 dias)..

Tabela 31 - Prevalência (%) do aleitamento materno completo (AMC) em diferentes idades (e respectivos intervalos com 95% de confiança). Luanda (Angola), 1994

Idade (dias)	Prevalência do AMC (IC)
30	49.3 (22.1-58.9)
60	19.8 (11.0-31.7)
90	11.7 (5.9-20.7)
120	7.6 (3.3-15.3)
180	3.8 (1.1-10.0)
365	0.9 (0.1- 4.7)

As prevalências relativas a cada estrato do nível de escolaridade considerado são apresentadas na Tabela 32 e na Figura correspondente. Observam-se, até 150 dias de idade, que as mães de maior nível de escolaridade apresentam uma tendência ao desmame precoce relativamente maior que as de nível mais baixo. A Figura ilustra bem esse fato mas, alguns intervalos de confiança estão contidos nos outros.

A Tabela 33 mostra que , até 90 dias de idade, a intensidade de desmame é maior nas mães mais velhas, comparando com o que se observa entre as mães mais novas. Após essa idade, verifica-se uma inversão de posições com as mães mais velhas prolongando mais o aleitamento materno completo ultrapassando os 180 dias.

O diferencial observado entre os dois estratos de idade materna pode encontrar uma explicação nos aspectos culturais da sociedade. Pois, as mulheres mais velhas são, obviamente, mais conservadoras, acreditando mais nos preceitos tradicionais. No caso, as mães mais velhas são mais propensas a oferecer alimentos complementares mais cedo. Os intervalos de confiança revelam a existência de diferença significativa somente até aos trinta dias. Mas esse fato contrasta com o mostrado pelos outros marcadores, sugerindo uma relação positiva entre os indicadores da modernidade e o desmame precoce.

Tabela 32 - Prevalência (%) do aleitamento materno completo (intervalos com 95% de confiança) em diferentes idades segundo nível de escolaridade materna. Luanda (Angola), 1994.

IDADE (dias)	< 6ª SÉRIE	>= 6ª SÉRIE
30	43.8 (12.1-80.5)	39.4 (23.7-56.9)
60	20.5 (5.3-48.4)	17.4 (10.3-26.9)
90	11.2 (1.9-36.1)	9.2 (4.8-15.9)
120	6.8 (0.6-30.9)	5.4 (2.3-10.9)
180	2.9 (0.1-26.4)	2.3 (0.6-6.3)
270	1.1 (0.0-23.6)	0.8 (0.1-3.6)
365	0.5 (0.0-22.1)	0.4 (0.0-2.3)

Tabela, 33 - Prevalência (%) do aleitamento materno completo (intervalos com 95% de confiança) em diferentes idades segundo idade materna ao nascer da criança. Luanda (Angola), 1994.

IDADE DAS CRIANÇAS (dias)	MÃES < 30 ANOS	MÃES >=30 ANOS
30	50.5 (17.9-82.7)	30.5 (17.6-46.4)
60	22.1 (7.5-46.0)	16.5 (9.4-26.2)
90	11.1 (2.8-29.6)	10.6 (5.1-19.2)
120	6.1 (0.9-22.3)	7.5 (2.9-15.8)
180	2.3 (0.1-15.6)	4.3 (1.1-12.3)
270	0.7 (0.0-11.3)	2.4 (0.3-9.6)
365	0.3 (0.0- 8.9)	1.4 (0.1-8.0)

As Tabelas 34 e 35, e Figuras correspondentes, relativas à procedência materna e ao tipo de família sustentam a hipótese de que, a preservação da tradição é associada à menor intensidade do desmame precoce. Pois, as crianças filhas de mães imigrantes e as de famílias extensivas tendem a apresentar maiores prevalências de aleitamento materno completo, até aos seis meses de idade. Mas como nas situações precedentes, alguns intervalos de confiança estão contidos nos outros, indicando uma diferença não significativa.

A Tabela 36 e a Figura que a acompanha reproduzem as prevalências de aleitamento materno completo segundo local de parto. O parto extra-hospitalar apresenta níveis mais elevados do indicador, comparado ao parto hospitalar. Esse fato vem apoiar mais a hipótese da existência de uma relação positiva entre o desmame precoce e a preservação da tradição. Os intervalos de confiança revelam uma diferença significativa, em menores de dois meses; nas crianças mais velhas, verifica-se que, alguns intervalos estão contidos nos outros.

Tabela 34 - Prevalência (%) do aleitamento materno completo (intervalos com 95% de confiança) em diferentes idades segundo procedência materna. Luanda (Angola), 1994.

IDADE (dias)	MÃES NATIVAS DE LUANDA	MÃES IMIGRANTES
30	34.8 (7.0-75.5)	41.3 (19.8-65.9)
60	16.4 (3.4-44.4)	22.1 (10.6-38.4)
90	9.3 (1.4-32.5)	13.8 (5.9-26.6)
120	5.9 (0.5-27.5)	9.4 (3.4-20.7)
180	2.8 (0.1-23.4)	5.0 (1.2-14.9)
270	1.2 (0.1-21.1)	2.5 (0.3-10.9)
365	0.6 (0.0-20.0)	1.4 (0.1-8.7)

Tabela 35 - Prevalência (%) do aleitamento materno completo (intervalos com 95% de confiança) em diferentes idades segundo tipo de família. Luanda (Angola), 1994.

IDADE (dias)	FAMÍLIA NUCLEAR	FAMÍLIA EXTENSIVA
30	33.2 (7.7-70.9)	39.7 (24.3-56.8)
60	16.1 (3.7-41.9)	21.4 (13.1-32.1)
90	9.4 (1.7-29.5)	13.6 (7.9-21.6)
120	6.0 (0.8-23.5)	9.4 (5.0-16.1)
180	3.0 (5.2-2.2)	5.2 (2.2-10.7)
270	1.4 (0.0-14.2)	2.7 (0.8-7.1)
365	1.5 (0.3-5.2)	0.7 (0.0-12.3)

Tabela 36 - Prevalência (%) do aleitamento materno completo (intervalos com 95% de confiança) nas diferentes idades segundo local do parto. Luanda (Angola), 1994.

IDADE (Dias)	PARTO HOSPITALAR	PARTO DOMICILIAR
30	36.1 (22.6-51.7)	47.5 (34.3-60.9)
60	17.3 (11.2-25.2)	20.9 (13.5-30.2)
90	10.0 (6.1-15.4)	10.6 (5.7-18.0)
120	6.3 (3.4-10.8)	6.0 (2.5-12.1)
180	3.1 (1.2-6.6)	2.3 (0.6-6.5)
270	1.4 (0.3-4.0)	0.8 (0.1-3.3)
365	0.7 (0.1-2.7)	0.3 (0.3-1.9)

3.2.3 - Prevalência de uso da mamadeira

A prevalência de uso da mamadeira nas distintas idades das crianças é apresentada na Tabela 37. A prevalência de uso da mamadeira apresenta uma tendência crescente do primeiro ao segundo semestre de vida, sendo a sua expressão muito reduzida nas crianças mais velhas. A partir daí, vai decrescendo com evoluir do tempo. Esse fato pode significar que a mamadeira não é usada obrigatoriamente para substituir o peito, pelo menos após o primeiro ano de vida.

Tabela 37 - Prevalência de uso da mamadeira em diferentes faixas etárias. Luanda (Angola), 1994.

Idade (meses)	Total de crianças	Usuárias da mamadeira	Prevalência de uso da mamadeira
0 - 6	225	93	41.3
7 - 11	183	82	44.8
12-23	164	29	17.7
24-35	180	23	12.8

As Figuras V e VI, mostram que o uso da mamadeira é mais frequente nas famílias nucleares e nos menores de um ano que nasceram nas instituições de saúde. Essa constatação pode ser explicada pelo fato de que a família nuclear como o parto hospitalar são associados à modernidade, como o uso da mamadeira.

É importante observar que, no conjunto da amostra, 225 crianças, ou seja, 30% usaram mamadeira. Na maior parte dos casos (80%), a mamadeira é usada para administrar leite ao bebê e, aproveita-se, também do recipiente para administrar outros líquidos. Nos restantes 20%, a mamadeira é usada mais para oferecer água à criança.

3.2.4 - Prevalência de categorias da alimentação infantil conforme indicadores da Organização Mundial de Saúde

As Tabelas 38 e 39 e suas respectivas Figuras apresentam as diferentes categorias de alimentos consumidos pelas crianças nas várias faixas etárias. A amamentação parcial é predominante, até aos quinze meses de idade. Do total de menores de 4 meses, 68% são submetidos ao aleitamento materno parcial e 3.4% não recebem leite materno, ou seja, apenas 28.6% são completamente amamentados.

A prevalência de alimentação complementar oportuna é de 87.6%. Mas, 2.6% das crianças de 6 a 9 meses de idade são submetidas ao aleitamento materno completo. Entretanto, 9.8% não são amamentadas nessa faixa de idade. A prevalência de amamentação continuada aos doze meses de idade é de 77.3% e, aos vinte quatro meses, apenas 7,1% ainda amamentam.

Nota-se que a maioria das crianças (69.5%) de 20 a 35 meses de idade (n=236) não recebem nenhum tipo de leite. Importa também referir que na totalidade da amostra, 30.6% das crianças são alimentadas com leite não materno. Mas o aleitamento artificial exclusivo interessa apenas duas crianças das 231 que recebem leite não materno. Do total das crianças em estudo, 213 (28.2%) são submetidas de forma exclusiva à alimentação sólida/semi-sólida sem qualquer tipo de leite.

Tabela 38 - Prevalência (%) de categorias de alimentação infantil em diferentes faixas etárias. Luanda (Angola), 1994.

Idade (meses)	Total de crianças	AMC*	AMP**
0 - 3	147	28.6	68.0
4 - 5	78	3.8	88.5
6 - 9	153	2.6	87.6
10 -11	32	-	75.0
12 -15	44	6.8	70.5
16 -19	64	-	37.5
20 -23	56	-	7.1
24 -35	180	0.6	7.2
Total	754	7.0	52.9

*AMC=Alimentação materna completa; **AMP=Alimentação parcial.

Tabela 39 - Prevalência(%) de categorias de alimentação infantil em diferentes faixas etárias: Luanda (Angola),1994.

Idade (meses)	Total de crianças	LM+ O.i	LM+ SS	LM+ LV	LM+ LV	LV	LV+ SS	DSL
0 - 3	147	28.6	43.5	5.4	19.0	0.7	2.0	0.7
4 - 5	78	3.8	55.1	-	33.3	-	7.7	-
6 - 9	153	2.6	51.6	-	35.9	-	7.2	2.6
10-11	32	-	56.3	-	18.8	-	9.4	15.6
12-15	44	6.8	52.3	-	18.2	-	4.5	18.2
16-19	64	-	29.7	-	7.8	-	14.1	48.4
20-23	56	-	7.1	-	-	-	25.0	67.9
24-35	180	0.6	3.9	-	3.3	0.6	21.7	70.0

LM=Leite materno; O.i=Outro líquido; SS=Semi-sólido; LV=Leite de vaca.
DSL=Dieta sem leite

3.2.5 - Associação entre uso de serviços de saúde e desmame precoce

Para analisar o papel dos serviços de saúde no desmame precoce, foram testadas 11 variáveis, na análise univariada: idade da criança, escolaridade materna, procedência materna, local de residência, trabalho materno fora do lar, tipo de construção, ordem de nascimento, sexo da criança, tipo de família, idade materna e coabitação da criança com o pai. Desse total, apenas cinco apresentaram uma associação significativa: idade da criança, tipo de construção, idade materna, tipo de família e procedência materna. Esses cinco potenciais fatores de confusão foram testados na análise multivariada. Apenas a idade da criança, a idade materna e a procedência materna entraram nos modelos finais.

Tabela 40- Associações entre indicadores de contato com serviços de saúde e de desmame precoce. Luanda, 1994

Variáveis	Total de crianças	Prevalência de desmame	OR (IC, 95%) ¹	OR (IC, 95%) ²	OR (IC, 95%) ³
Número de consultas no pré-natal					
<4	164	79.27	1.0	1.0	1.0
≥4	61	78.69	0.97(0.46 - 2.03)	1.02(0.42 - 2.45)	1.13(0.46 - 2.76)
p			0.9	0.9	0.8
Local de parto					
Parto extra-hospitalar	101	70.30	1.0	1.0	1.0
Parto hospitalar	124	86.29	2.41(1.23 - 4.73)	2.40(1.08 - 5.33)	2.36(1.04 - 5.34)
p			0.01	0.03	0.04
Imunização básica para idade					
Incompleta	92	63.83	1.0	1.0	1.0
Completa	133	90.08	3.42(1.55-7.52)	2.33(0.95-5.70)	1.96(0.79-4.86)
p			0.002	0.06	0.15

1: Odds bruto.

2: Odds ajustado para idade da criança mediante regressão logística.

3: Odds ajustado para idade da criança e para idade e procedência maternas mediante regressão logística.

A Tabela 40 mostra os efeitos de cada um dos indicadores de contato com serviços de saúde no desmame nos primeiros 6 meses de vida. O número de consultas pré-natais não apresentou nenhuma associação ao desmame precoce, considerando o grupo de crianças com três consultas ou menos e o de crianças com mais de três consultas. O local de parto apresentou uma associação estatisticamente significativa tanto no modelo bruto quanto nos modelos ajustados. O parto hospitalar confirmou-se, de forma clara, como fator de risco para desmame precoce (OR=2.4;IC:1.04-5.34).

No que se refere a imunização básica para idade, verifica-se maior prevalência de desmame precoce (90.08%) nas crianças completamente imunizadas, quando comparadas às crianças com imunização incompleta. Mas a associação só foi significativa no modelo bruto, onde as crianças completamente imunizadas apresentaram um risco de desmame precoce maior (OR=3.42;IC:1.55-7.52). Nos dois modelos ajustados, a magnitude do efeito foi mais baixa e a sua significância estatística ficou perdida.

Em suma, os indicadores de contato com serviços de saúde apresentaram uma relação positiva com a prevalência de desmame precoce. Essa relação foi mais clara com relação ao local de parto, duvidosa no que se refere à imunização básica para idade(*) e, praticamente nula, quando a variável dependente foi o número de consultas pré-natais.

(*) A significância das associações dos modelos ajustados é limítrofe ($p < 0.06$ e $p < 0.15$).