PHALLCHA LUÍZAR OBREGÓN

A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO NA REGIÃO NORTE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR

*Tese Apresentada Ao Departamento de
Saúde Materno-Infantil da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de Doutor
em Saúde Pública.*

*Área de Concentração:
Saúde Materno-Infantil*

*Orientadora:
Profa. Dra. Keiko Ogura Buralli*

*São Paulo
2001*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus agradecimentos, em primeiro lugar, a três pessoas especiais, por terem transmitido, não somente o domínio de métodos e técnicas de pesquisa, mas exemplo de profissionalismo, caráter e seriedade, que certamente jamais esquecerei: Dra. Keiko Ogura Buralli (Departamento de Saúde Materno - Infantil - FSP/USP), Dra. Fumika Peres (Departamento de Saúde Materno - Infantil - FSP/USP) e Dr. José Maria Pacheco de Souza (Departamento de Epidemiologia - FSP/USP).

Ao Dr. Ivan França Junior pela contribuição e apoio na revisão dessa tese.

Aos professores e funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil - FSP/USP, pela acolhida e pelo apoio em todos os momentos;

Aos funcionários da Biblioteca e Documentação - FSP/USP, pelo auxílio nos momentos que se fizeram necessários;

À Prefeitura de Londrina pela permissão na obtenção desses dados nas Unidades Básicas de Saúde e pelas informações da área de estudo;

Às mães e crianças que participaram, respondendo com paciência às nossas indagações;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudo concedida.

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO

1.1 Importância do aleitamento materno	1
1.2 Causas do declínio do aleitamento materno	5
1.3 Tendências do aleitamento materno no Brasil	20
1.4 Políticas de incentivo ao aleitamento materno	22
1.5 Serviços de saúde e amamentação	28

2. OBJETIVO 33

3. MÉTODOS 34

3.1 Delineamento do estudo	34
3.2 Área de estudo	34
3.3 População de estudo	35
3.4 Variáveis de estudo	36
3.5 Análise dos dados	41

4. RESULTADOS	43
4.1 Caracterização da população de estudo	43
4.2 Duração do aleitamento materno exclusivo	52
4.2.1 Procedimentos Univariados	52
4.2.2 Análise Multivariada	70
5. DISCUSSÃO	74
6. CONCLUSÕES	83
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
8. REFERÊNCIAS	87

ANEXOS

Anexo 1. Termo de consentimento esclarecido

Anexo 2. Mapa das ~~micro-áreas~~ de risco da região norte do Município de Londrina

Anexo 3. Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno

Anexo 4. Questionário

Anexo 5. Análise multivariada

ÍNDICE DE TABELAS

		Pg.
1	Distribuição de crianças, segundo condição de aleitamento materno exclusivo e idade por ocasião da entrevista	43
2	Número e porcentagem de mães, segundo micro-área de risco	44
3	Número e porcentagem de mães, segundo UBS que freqüentam	44
4	Número e porcentagem de mães, segundo idade por ocasião da entrevista	45
5	Número e porcentagem de mães, segundo escolaridade	45
6	Número e porcentagem de mães, segundo ocupação	46
6.1	Número e porcentagem de mães, segundo tipo de ocupação	46
7	Número e porcentagem de mães, segundo renda familiar mensal	47
8	Número e porcentagem de mães, segundo paridade da mãe	47
9	Número e porcentagem de mães, segundo orientação recebida sobre aleitamento materno no último filho	48
10	Número e porcentagem de mães, segundo local de orientação	48
11	Número e porcentagem de mães, segundo o momento da orientação	49
12	Número e porcentagem de mães, segundo a presença ou não de dificuldades durante a amamentação	49
12.1	Número e porcentagem de mães, segundo a presença ou não de dificuldades ...	50
13	Número e porcentagem de mães, segundo tipo de censura	50
14	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo micro-área de risco.....	54
15	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo UBS que freqüenta	55
16	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo idade da mãe	56
17	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo escolaridade da mãe	57
18	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo ocupação da mãe	58

18.1	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo ocupação da mãe	59
19	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo renda familiar mensal	60
20	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo paridade da mãe	61
21	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo referência a orientações sobre amamentação	62
22	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo referência ao local de orientação sobre amamentação	64
23	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo referência ao momento da orientação sobre amamentação	65
24	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo referência de dificuldades durante o período de amamentação	66
24.1	Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo tipo de dificuldades durante o período de amamentação	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva	52
2	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo micro-área de risco	53
3	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo UBS	55
4	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo idade da mãe	56
5	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo escolaridade da mãe	57
6	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo ocupação da mãe	58
7	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo renda familiar mensal	59
8	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo paridade da mãe	60
9	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo referência de orientação sobre amamentação	62
10	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo local de orientação	63
11	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo momento de orientação	65
12	Proporção de crianças ainda em amamentação exclusiva, segundo dificuldade referida pelas mães	67

ÍNDICE DE QUADROS

1	Políticas internacionais de apoio a amamentação	24
2	Políticas governamentais de apoio à amamentação	25
3	Formas categóricas das variáveis consideradas na análise	40
4	Número e porcentagem das variáveis segundo censura	61
5	Resultados da análise univariada (Cox)	69
6	Análise multivariada do aleitamento materno exclusivo. Modelo inicial "A" ...	70
7	Resultado da análise - Modelo "A"	71
8	Análise multivariada do aleitamento materno exclusivo. Modelo final "A"	71
9	Análise multivariada do aleitamento materno exclusivo. Modelo inicial "B" ...	72
10	Resultado da análise - Modelo "B"	72
11	Análise multivariada do aleitamento materno exclusivo. Modelo final "B"	72

RESUMO

Luízar P.O. **A prática da amamentação na região norte do município de Londrina- PR.** São Paulo; 2000 [Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Verificar a associação entre a situação sócio-demográfica, a orientação sobre aleitamento materno e a duração do aleitamento materno exclusivo em uma população que frequenta Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.) da região norte do Município de Londrina, Estado do Paraná. **Métodos.** O universo do estudo constituiu-se de 225 crianças menores de dois anos de idade, usuárias de duas U.B.S. (uma com programa de incentivo ao aleitamento materno e outra sem essa programação), no ano de 1997. Foram analisadas informações sobre a área de residência (micro-área de risco), U.B.S. que frequenta, a idade, escolaridade, paridade e ocupação da mãe, a renda familiar, a orientação sobre aleitamento materno (local e época de orientação), dificuldades durante a amamentação. Estudou-se a associação entre essas variáveis e a duração do aleitamento materno exclusivo (AME), utilizando-se o método de Tábua de Sobrevida de Kaplan-Meier e realizando uma análise multivariada (Cox) para identificar condições preditoras da duração da amamentação. **Resultados.** A análise revelou que a duração mediana do aleitamento exclusivo foi de 90 dias. Na análise univariada, a duração do AME esteve significativamente associada com a referência a dificuldades, com 4 ou mais anos de escolaridade da mãe, com a orientação no pré-natal e pós-parto, com o local de orientação (hospital + UBS), com o trabalho fora do lar da mãe e com a U.B.S. que frequenta. Na análise multivariada, a duração do AME esteve positivamente associada com a orientação no pré-natal e pós-parto ($RR= 0,35$; $IC95\%= 0,19-0,64$) e negativamente com a referência a dificuldades durante a amamentação ($RR= 2,75$; $IC95\% =1,98-3,84$). Também esteve associada com a orientação em U.B.S. e hospital ($RR=0,32$; $IC95\%= 0,17-0,60$) e com dificuldades ($RR= 2,85$; $IC95\%= 2,04 - 3,98$). **Conclusão.** A duração do AME na população estudada foi inferior ao recomendado internacionalmente, o que reforça a necessidade de se continuar estimulando a amamentação nos primeiros meses de vida junto a essa população.

Descritores: aleitamento materno, promoção da saúde, educação em saúde, saúde da criança.

SUMMARY

Luizar PO. **The breast-feeding practice in north region of Londrina - PR.** São Paulo (BR); 2000 [Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective. This study evaluates the association between social demographic situation, orientation on breast-feeding and breast-feeding exclusive duration in population user of health services in the north region of Londrina.

Methods. This study was carried with 225 less than two years-old children currently living there, using two health services (with and without program of breast-feeding promotion) in 1997. These were analysed selected factors: residence (microarea in risk), age, education, occupation of mother, families per capita incomes, orientation on breast-feeding (site and period of orientation); difficulty during breast-feeding. Life table technique (Kaplan-Meier) was used to analysed breast-feeding duration and multivariated methods (Cox).

Results. The median duration of breast-feeding exclusive was 90 days. The results of univariate analysis have shown association with difficulties during breast-feeding, 4 ou more years school, pre-natal and post natal orientation, UBS and hospital orientation, occupation of mother and UBS user. The multivariate analysed have show that mothers who received pre natal and post natal orientation a positive impact on breastfeeding duration ($RR=0.35$ IC95%= 0.19 - 0.64) and mothers who relate difficulties during breast-feeding a negative effect ($RR= 2.75$; IC95%= 1.98 - 3.84).

Conclusions. The duration of breast-feeding continue distant of international recomendations.

Descriptors: breast-feeding, health promotion, health education, child health.

1. INTRODUÇÃO

1.1. IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Durante os distintos períodos do ciclo vital, o ser humano necessita consumir alimentação balanceada, fundamental para promover bem-estar físico, mental e social, bem como para propiciar melhor qualidade de vida (Cavalcanti, 1995).

Do ponto de vista da nutrição, de acordo com o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria (1980), a criança, em seu processo de desenvolvimento, atravessa 3 períodos: a) período da amamentação, que compreende desde o nascimento até 4 a 6 meses de idade, quando a criança é capaz de sugar e deglutir somente líquidos, em que o leite materno constitui o alimento ideal; b) período de transição, que começa após os 4 a 6 primeiros meses de vida, em que, além do leite materno, há necessidade de introdução de alimentos complementares e c) período adulto, que compreende o período após o primeiro ano de vida da criança, momento em que a maior parte dos nutrientes passa a ser proveniente da mesa familiar.

Existe um consenso entre os especialistas da área quanto ao leite materno como alimento ideal e específico para promover o crescimento e desenvolvimento sadio da criança nos primeiros meses de vida. Em função disso, é muito forte a idéia de que o aleitamento materno deve ser estimulado e promovido em todas as circunstâncias possíveis por atender perfeitamente às necessidades fisiológicas, nutricionais e psicossociais de todos os lactentes (MS, 1991a; Carvalho e col., 1992; Jelliffe, 1966, 1970; Jelliffe e Jelliffe, 1988; OMS 1979, 1981, 1985; Rego Filho, 1974; Shelton, 1990; Nogueira e col., 1984; Lawrence, 1994).

As vantagens do leite humano e da amamentação, tanto para a criança como para mãe, família e comunidade, têm sido amplamente documentadas na literatura.

No que diz respeito às vantagens para a criança que é amamentada ao seio, é descrito que esta passa a receber um alimento puro, perfeitamente adaptado ao seu metabolismo, que proporciona a proteção imunológica e afetiva necessárias, e ainda é um modo prático e seguro de alimentar a criança (Vorherr, 1972; Candeias, 1983; Castillo e col., 1995; Cavalcanti, 1995; Issler e Carneiro-Sampaio, 1986; Jelliffe, 1970; Martins Filho e col., 1983; Monteiro, 1988, 1995; Monteiro, 1996; Nogueira e col., 1984; OMS, 1979, 1989; Giugliani, 1994; Sampaio e col., 1997). Desta forma, a criança tem um ganho de peso satisfatório (Carvalho e col., 1992; Wan e Wu, 1996; Barros Filho e col., 1996) e adquire resistência contra diferentes doenças

infecciosas, entre elas, a diarreia, doenças respiratórias, e apresenta menor incidência de desnutrição.

Dentre as pesquisas que ressaltam o papel protetor do leite materno frente às doenças diarreicas e/ou respiratórias, destacam-se as desenvolvidas por Barros Filho e col., (1985); Issler e Carneiro-Sampaio (1986); Jourdan (1987); Sazawal e col., (1992); Furzan e col., (1992); Chaves e col., (1995); Mondal e col., (1996); Duffy e col., (1997); Lima e col., (1990); Sobreira e col., (1991); OMS, (1991); Silfverdal e col., (1997); Sampaio e col., (1997).

Victora e col. (1987) constataram que as crianças em aleitamento materno exclusivo, quando comparadas com outras que não nesta condição, apresentam uma mortalidade por diarreia 14,2 vezes menor; por infecções respiratórias, 3,6 vezes menor e por outras doenças infecciosas, 2,5 vezes mais baixa. Corroborando esses resultados, Martins Filho (1976) e Rego Filho (1974) evidenciaram maior incidência de patologias nos grupos alimentados artificialmente. Barros Filho e col., (1985) observaram menor frequência de gastroenterites e otites média em crianças em aleitamento exclusivo e prolongado, em comparação com aquelas alimentadas com fórmulas infantis.

Teruya (2000) aponta, em seu estudo, que as hospitalizações foram 5 vezes mais frequentes em crianças alimentadas com substitutos do leite materno; constatou, ainda, que a intolerância ou alergia ao leite de vaca esteve presente em 7,5% das crianças de sua população de estudo.

Ademais, estudos recentes têm mostrado um provável papel protetor do leite materno frente a algumas doenças, entre elas o *diabetes mellitus* insulino-dependente (Pettit e col., 1997; Pérez-Bravo e col., 1996; Gimeno e Souza, 1998; American Academy of Pediatrics 1994). Também foram descritas associações nas seguintes situações: crianças exclusivamente amamentadas por no mínimo 6 meses apresentam metade da probabilidade de desenvolver câncer antes dos 15 anos do que crianças não amamentadas (Davies e col., 1988); crianças de 0 a 12 meses amamentadas exclusivamente têm metade do número de otites do que crianças não amamentadas (Duncan e col., 1993); crianças não amamentadas têm probabilidade quase três vezes maior de serem vítimas de morte súbita do que crianças amamentadas (Mitchel e col., 1991; Ford e col., 1993). A amamentação materna foi,

também, associada a um melhor desenvolvimento intelectual da criança (Rogan e col., 1993) e a um melhor desenvolvimento fonoaudiológico (Aronis e Fiorini, 1999).

No que diz respeito às vantagens para a mãe que amamenta, estudos (Cavalcanti, 1982; Giugliani, 1994; OMS, 1979; Savage King, 1997) revelam que o aleitamento possibilita: a) involução uterina pós-parto mais rápida, b) proteção contra anemia (amenorréia pós-parto mais prolongado), c) menor incidência de câncer de mama e de ovário, d) anticoncepção, assinalando que a mulher que não voltou a menstruar com um bebê menor de 6 meses em aleitamento materno exclusivo tem uma margem de 98% de segurança contra a nova gravidez (Huffman e Labbok, 1994; Gross, 1991; Vekermans, 1997; Shelton, 1990). Outros benefícios são considerados nos estudos, tais como: a) simplicidade e conveniência, pela pronta disponibilidade do leite e facilidade de administração, b) custo considerado freqüentemente gratuito (dependendo de serem ou não consideradas as calorias suplementares que a mãe lactente deve ingerir, da qualidade dos alimentos suplementares e da compra ou não de acessórios diversos), c) satisfação emocional.

Tem sido estudada a interação mãe-filho, ressaltando-se a satisfação emocional que o aleitamento materno proporciona a ambos. Estudos se referem à importância dessa interação, acreditando no papel central da estimulação somato-sensorial, nas respostas da mãe para com o recém-nascido e nos cuidados que a mãe tem para com seu filho, especialmente o grau de contato ou de separação. Segundo esses estudos, a criança recebe da mãe estímulos, como o contato da pele, a percepção do batimento do coração da mãe, a estimulação em forma de brincadeiras e, sobretudo, a presença contínua e identificável de uma fonte de cuidados e afeto. Sobre este último ponto, no aleitamento artificial parece existirem graduações na relação de cuidados, ternura e tempo de intimidade de contato entre mãe-filho (Jelliffe e Jelliffe, 1979).

Quanto à vantagem para a comunidade, Jelliffe e Jelliffe (1988) demonstram a importância do uso do leite materno frente ao uso de leite artificial e seu significado na economia familiar e nacional, fazendo um cálculo dos recursos financeiros necessários para o atendimento nos serviços de saúde das crianças privadas do aleitamento ao seio; alertam sobre as possíveis implicações negativas, conseqüentes à alimentação desequilibrada no primeiro ano de vida, com sérias repercussões no desempenho escolar e vida adulta.

Estudos de Bhatnagar e col. (1996), Moxley e col., (1997) mostram a importância do leite materno frente ao leite artificial no que diz respeito ao custo e à sua influência na economia familiar.

Teruya (2000) indica que “se todas as crianças nascidas em 1995 (no Brasil) tivessem sido amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de vida, seriam poupados 423.824.130 litros de leite”. Em relação a custos diretos isso corresponderia, em relação ao leite “in – natura” (R \$ 0,7/L), a uma importância de R\$ 296.676.890,00 e, em relação ao leite em pó modificado (R\$ 1,4/L), ao equivalente a R\$ 593.353.782,00. A estes valores, deve-se acrescentar o custo da mamadeira, do gás, de medicamentos, de internações hospitalares, etc.. Quanto à produção média de leite materno por mãe, esta equivaleria a aproximadamente 750 ml/dia – 135 litros em 6 meses”. Na hipótese de que essas crianças tivessem recebido aleitamento exclusivo, todo esse dinheiro poderia ter sido utilizado em outros projetos sociais.

Finalmente, a Organização Mundial da Saúde ressalta que, mesmo com toda a tecnologia desenvolvida, ainda não existe nenhum produto industrializado ou nenhuma outra fonte alternativa de alimentação que se iguale ao leite materno e à amamentação (OMS, 1979).

Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1992), UNICEF (1999) e o Ministério da Saúde (1999) recomendam que as crianças sejam alimentadas exclusivamente até os 4 a 6 meses de vida e que o aleitamento materno continue, pelo menos, até 2 anos de idade.

Deve-se ressaltar que, por razões nutricionais, torna-se necessária a introdução de outros alimentos na dieta da criança após os 4 a 6 primeiros meses. Estudos revelam que o acréscimo de novos alimentos à dieta láctea, antes desse período, não propicia nenhuma vantagem nutricional; ao contrário, a introdução precoce de novos alimentos na dieta infantil parece contribuir para que o lactente tenha consumo alimentar excessivo, o que pode dificultar adquirir o hábito correto de comer com moderação. Por outro lado, recomenda-se que o início de desmame não ultrapasse os seis meses de idade, sob pena de ocasionar atraso de crescimento, desnutrição e anemia carencial de ferro (Cavalcanti, 1995).

Jelliffe e Jelliffe (1979) referem que em países com melhores condições de vida o uso de substitutos do leite materno, além do fato de estes não contarem com

propriedades contra infecções e alergias, tem contribuído para a presença de modificações, não só no aspecto nutricional (obesidade, deficiência de ferro, anemia, hipernatremia, hipocalcemia neonatal, amino-acidemia em prematuros e acrodermatites enteropática), senão também com conseqüências no nível emocional, alimentar (cárie dental, maloclusão, obstrução intestinal) e econômico. Ao lado disso, foram descritas algumas síndromes de deficiência do leite em pó (deficiência de piridoxina (Vit. B₆), deficiência de ácido linoléico, falta de Vit. E) que foram posteriormente corrigidas. Esses mesmos autores indicam que, em países pobres, as conseqüências nutricionais pelo uso de substitutos do leite traduziram-se em desnutrição, infecções, deficiências de vitamina C e impacto no nível da economia familiar e nacional.

Monteiro (1995), baseado em estudos na cidade de São Paulo, no período de 1961 a 1973, associa as elevadas taxas de mortalidade infantil com o declínio gradual e consistente da prática da amamentação.

Nesse contexto, tem sido objeto de estudo em Saúde Pública a relação entre a duração do aleitamento materno e os efeitos sobre o desenvolvimento, sobrevivência e prevenção de doenças infecciosas na criança. A curta duração do aleitamento materno em relação ao tempo recomendado (desmame precoce) tem se constituído problema de Saúde Pública, principalmente em países em desenvolvimento, onde as condições do meio são extremamente desfavoráveis, sendo notória a relação entre interrupção precoce da amamentação, desnutrição e mortalidade infantil (Jelliffe e Jelliffe, 1988).

1.2. CAUSAS DO DECLÍNIO DO ALEITAMENTO MATERNO

Apesar das inúmeras vantagens do aleitamento materno, a amamentação não é praticada universalmente, apresentando oscilações conforme as transformações históricas e segundo a especificidade de cada cultura.

De um modo geral, as informações relativas às mudanças nos padrões de alimentação infantil, têm sido relativamente escassas. Os dados disponíveis referem-se principalmente à situação nos países desenvolvidos e, recentemente, nos países em desenvolvimento. Além disso, são poucos os estudos com representatividade nacional (OMS, 1979).

Os relatos históricos indicam que o declínio da amamentação foi associado ao início da industrialização. Até o advento da revolução industrial, as mulheres eram estimuladas a amamentarem seus filhos por períodos prolongados, ou a permitirem, especialmente em camadas sociais elevadas que amas de leite o fizessem.

Com a revolução industrial, formaram-se sociedades modernas, urbanizadas, ocorrendo modificações consideráveis em todas as áreas, incluindo mudanças culturais que afetaram os padrões de alimentação (OMS, 1979). Contribuiu, também, para o declínio, o crescimento da indústria de alimentos sucedâneos do leite materno.

O abandono da amamentação teve início na Europa no final do século XIX, coincidente com a revolução industrial e intensificou-se no século XX, após a segunda guerra mundial. Iniciou-se nos centros urbanos dos países industrializados para depois alcançar as áreas rurais e países em desenvolvimento (WHO 1982).

O declínio da prática da amamentação em plano mundial foi verificado por vários estudos como: Jelliffe e Jelliffe (1979), WHO (1982), Pérez Escamilla (1993, 1994), Perez Escamilla e Dewey (1993), Amador e col. (1994), Castillo e col., (1995), Bautista (1996). Nas duas últimas décadas, está-se observando uma retomada da prática da amamentação, atribuindo-se essa mudança a uma educação pública, suporte social e atenção por parte dos profissionais (Jelliffe e Jelliffe, 1988, Shelton, 1990).

Em relação à amamentação, pode-se dizer que tende a ser bem sucedida quando a mãe quer e pode amamentar. No entanto, existem fatores coletivos (sociais, culturais e legais) e individuais (psico-emocionais e fisiológicos) que influenciam na forma como a mãe deve amamentar seu filho e o tempo que essa criança deve permanecer amamentada.

Dessa forma, o declínio da prática da amamentação tem sido associado à interação complexa de diversos fatores socioculturais, como a urbanização, os novos estilos de vida, a comercialização de substitutos do leite humano, a inserção da mulher no mercado de trabalho, os profissionais da saúde e a organização dos serviços de saúde (Jelliffe 1970; Jelliffe e Jelliffe 1979, 1988; OMS 1981, 1998; Moura e Santoro, 1980; Monteiro 1988, 1995).

No Brasil, em diagnóstico realizado sobre o aleitamento materno em 1979 (MS, 1991a), foram referidas como causas de desmame: a) a desinformação dos profissionais de saúde, das mães e da comunidade em geral; b) a rotina e estrutura

dos serviços de saúde; c) o trabalho remunerado da mulher e d) a publicidade indiscriminada de alimentos infantis industrializados.

Segundo Buralli (1986), os fatores mais freqüentemente evidenciados na literatura sobre o aleitamento materno dizem respeito à distribuição urbano-rural, ao nível sócio-econômico, ao nível educacional da mãe e ao trabalho da mulher.

Os fatores sócio-culturais, por sua vez, determinam crenças, atitudes e práticas em relação à amamentação. A decisão da mãe em amamentar seu filho pode ser influenciada pela percepção ou atitudes dos familiares mais próximos da mulher (pai da criança, amigos) e, de acordo com o apoio que receba, esta tomará uma decisão a favor ou contra a amamentação (WHO, 1998).

Esses fatores associados com o declínio da prática da amamentação têm sido objeto de estudo em diferentes partes do mundo pois, além de complexos, operam de maneira diferente, assim por exemplo, o elevado nível de escolaridade materno tem sido associado com elevadas taxas de amamentação nos países industrializados, enquanto que nos países em desenvolvimento tem sido associado com baixas taxas de amamentação. Os fatores podem variar com o tempo numa mesma comunidade, assim como a amamentação exclusiva e parcial pode ter diferentes determinantes (WHO, 1998).

Auerback K.G, 1975 (cit. Jelliffe e Jelliffe, 1979) propôs um esquema que mostra a interação de alguns fatores ecológicos, clínicos e sociológicos, associados ao declínio da amamentação. O esquema passou por algumas adaptações nossas. (Esquema 1).

A seguir, são descritas, em linhas gerais, algumas variáveis que influenciam na amamentação:

1. Urbanização.

A industrialização e urbanização favoreceram a migração da área rural para cidades em busca de melhores condições de vida e, num primeiro momento, condicionaram um choque cultural, seguido de adaptação dos recém-chegados aos diferentes modos de vida. Favoreceram a organização da família nuclear e aceitação de substitutos do leite materno. Em sociedades urbanas e industriais, a família urbana típica tende a ser pequena, as diferentes gerações vivem separadas. Nessas

condições, adolescentes e mães jovens tiveram pouca oportunidade de observar e aprender informalmente as técnicas dos cuidados maternos com parentes de maior experiência. Posteriormente, a prática da amamentação passou a ser percebida como uma prática ultrapassada, fora de moda, ou como perda de tempo; os seios passam a ser mais valorizados no aspecto sexual que no nutricional e as vestimentas não são mais feitas para facilitar a amamentação (OMS, 1979).

Jelliffe e Jellife (1979) indicam que, em sociedades tradicionais, a prática da amamentação é uma norma cultural, com duração prolongada, vista como uma forma natural de alimentar os filhos e praticada sem constrangimentos. Tanto o início do aleitamento, como a manutenção do mesmo, usualmente é satisfatório e sem complicações, com um permanente contato entre mãe-filho, em livre demanda, praticado em qualquer lugar, nas 24 horas do dia.

Esquema 1.

INTERAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS AO DECLÍNIO DA AMAMENTAÇÃO

Quanto à urbanização, analisada segundo a distribuição urbano-rural, foram constatadas diferenças na prática da amamentação. Descreve-se uma tendência nas populações urbanas para amamentar por períodos curtos, dando preferência ao uso de substitutos do leite. O contrário foi observado nas áreas rurais, onde a amamentação é prolongada com preservação das relações culturais mais simples e favorecedoras da amamentação. A esse respeito podemos citar os estudos de Pérez Escamilla (1993, 1994), Ulate e col. (1986), OMS (1979)

Pérez-Escamilla (1993), baseado em pesquisas representativas de 9 países da América Latina e do Caribe, realizadas entre 1984 e 1988, comparou os padrões do aleitamento materno entre eles. Os resultados revelaram que a duração média do aleitamento materno foi maior na área rural, quando comparada com a área urbana, entre mulheres com baixo nível de educação e com baixa renda per capita.

O mesmo autor (1994), baseado em pesquisas demográficas de 23 países, entre 1986 e 1990, constatou que a duração mediana do aleitamento materno era 1,64 vezes maior na África (19,3 meses) em relação à América Latina e Caribe (11,8 meses), com maior duração nas áreas rurais do que nas urbanas.

Em Costa Rica, Ulate e col.(1986) constataram que, no período de 1979-1980, 96% das crianças na área rural encontravam-se em aleitamento materno exclusivo no primeiro mês e 13%, no sexto mês.

Em estudo subsidiado pela OMS (1979), realizado em 9 países com diferentes níveis de desenvolvimento sócio-econômico – Chile, Etiópia, Guatemala, Hungria, Índia, Nigéria, Filipinas, Suécia e Zaire- foi constatado que, na maioria dos países estudados, a amamentação era muito mais freqüente e praticada por muito mais tempo em áreas rurais do que em comunidades urbanas.

Considerando essas diferenças, alguns pesquisadores têm aprofundado seus estudos em áreas especificamente urbanas (Vega López e Gonzales Pérez, 1993; Barros e col., 1994; Figueiredo e Goulart, 1995), em áreas rurais (Issler, 1977; Buralli, 1978; Rea, 1981; Ulate e col., 1986; Assis e col., 1994), ou em áreas com ambas características (Thomson, 1975; Martins Filho, 1976; OMS, 1979; Jelliffe e Jelliffe, 1979; Hardy e col., 1982, Perez Escamilla e Dewey, 1993; Sabulsky e col., 1995; Bautista, 1996; Venancio, 1996; Tonial, 1997).

Issler (1977) e Thomson (1975), constataram associação estatística significativa entre a duração da amamentação e a área de residência. Por outro lado,

as diferenças observadas dentro dos estratos urbanos e rurais não foram estatisticamente significantes nos estudos de Martins Filho (1976), Rea (1981) e Hardy e col. (1982).

O que se tem verificado nos estudos acima citados é o comportamento da prática da amamentação segundo se trate de uma área urbana ou área rural.

Até o presente momento, não se conta com estudos sobre a prática da amamentação que levem em consideração as diferenças que possam existir dentro de cada área (urbana ou rural). É conhecido que nas grandes cidades (área urbana) é comum encontrar áreas em que conjuntos habitacionais de classe média ou média baixa misturam-se com loteamentos semi-legais, cortiços, favelas consolidadas, invasões recentes, caracterizados por condições de vida e saúde bastante diferenciados entre si (Di Villarosa, 1993), o que nos leva a pensar que a prática da amamentação também pode estar apresentando diferentes comportamentos.

Essas diferenças, dentro de uma área urbana ou rural, podem estar sendo identificadas em estudos, segundo micro-áreas, que são categorias de espaço-população homogêneas. Ao considerar a micro-área, não só é possível identificar as necessidades locais da população, (as práticas da amamentação), assim como dirigir ações específicas para estes grupos.

2. Comercialização publicidade e promoção de substitutos do leite humano

O poder e crescimento das indústrias de alimentos sucedâneos do leite materno influenciaram na tendência para a alimentação artificial.

Argumentos como superioridade da ciência e aceitação social da técnica, levaram a considerar a prática da amamentação como uma moda ultrapassada e o leite em fórmula, como um avanço científico.

Foram difundidas informações sobre a conveniência e superioridade do leite artificial, através da mídia e diretamente através dos serviços de saúde, passando a imagem de moderno, científico e conveniente (OMS, 1979).

Mensagens com ênfase na questão da facilidade do preparo em pó, sua pureza bacteriológica, riqueza dos nutrientes, a sua utilização em todos os países na alimentação do lactente normal, com ótimos resultados, assim como imagens de bebê robusto e saudável foram associados ao uso das fórmulas infantis.

As políticas nacionais de nutrição, em décadas passadas, fomentaram a distribuição de leites industrializados entre lactentes de famílias de baixa renda. Também, houve doações de leite nas maternidades como complemento ou substituto do leite materno.

A conveniência do uso de leite artificial apresentada é que as mães podem desenvolver outras atividades sem precisar estar presentes durante a alimentação da criança.

3. Organização dos serviços de saúde - Rotinas e estrutura dos serviços de saúde.

A atuação dos serviços de saúde tem sido reiteradamente apontada como um dos fatores responsáveis pelo declínio da amamentação (Thomson, 1975; OMS, 1979; Cavalcanti, 1982; Tudisco e col., 1984; Megale e col., 1985; Souza e col., 1991; MS, 1991a). Alguns procedimentos têm contribuído com o desmame precoce, como as práticas hospitalares que separam o recém-nascido da mãe após o nascimento e adotam, como rotina, água glicosada em berçário (interrupção do contato mãe-filho, retardo no início da mamada, depressão do reflexo de sucção). No que diz respeito a partos feitos em instituições, o abuso de medicamentos (anestésicos, analgésicos, hormônios indutores do trabalho de parto e sedantes) e a cirurgia durante a parturição também podem interferir na iniciação da lactação e do aleitamento (diminuição dos mecanismos lactógenos).

Entre outros fatores a se considerarem, estão o aumento de partos hospitalares, com diferentes rotinas, conselhos confusos na maternidade, a inibição da lactação pelo uso de pílulas anticoncepcionais.

4. Os profissionais de saúde

Tem sido apontada a indiferença do pessoal de saúde em relação à amamentação, conseqüente ao desconhecimento da importância desta prática, ao despreparo do pessoal de saúde para tratar as questões do aleitamento materno e ao despreparo para educação das mães (OMS, 1979).

Deve-se apontar os conselhos confusos passados às mães, muitas vezes influenciados pelas companhias comerciais.

Cavalcanti (1982), estudando atitudes, práticas e conhecimentos sobre amamentação entre profissionais de saúde de unidades da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, observou que, em geral, os profissionais de saúde apresentam deficiências no conhecimento e atitudes negativas com relação à amamentação, adotando práticas alimentares que certamente interferem na lactação.

Toma (1998) avaliou as práticas hospitalares (13) relacionadas à alimentação do recém-nascido em maternidades do Município de São Paulo, tendo como referência os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação e mostrou que todas as práticas consideradas prejudiciais ao início e estabelecimento da amamentação - separação desnecessária de mães e recém-nascidos, restrição na duração e frequência das mamadas, uso de alimentos pré-lácteos e suplementos - continuam sendo utilizadas com bastante frequência.

A OMS (WHO 1992, 1994) ressalta que medidas como treinamento de profissionais e pessoal de saúde em centros de lactação e introdução de alojamento conjunto têm contribuído para o aumento da prática da amamentação, revelando que mães orientadas sobre aleitamento materno no hospital apresentam maior duração da amamentação.

Westphal e col. (1996) avaliaram o impacto de curso de treinamento em amamentação para equipes multiprofissionais, oferecido pelo Centro de Lactação de Santos - São Paulo. Evidenciaram a sua eficácia para a capacitação dos participantes em promover as práticas de amamentação nas instituições de origem. Por outro lado, os participantes encontraram dificuldades para implantar rotinas favorecedoras da amamentação em seus serviços.

Davies-Adetugbo e col. (1997), em estudo de pessoal de saúde, numa comunidade rural de Nigéria, constataram que o treinamento desse pessoal permitiu corrigir conceitos errôneos sobre aleitamento materno, em seu trabalho de orientação a nutrízes.

5. Trabalho assalariado da mulher

A industrialização favoreceu a inserção da mulher no mercado de trabalho, levando a um aumento do número de mulheres com trabalho assalariado, as quais começaram a contribuir economicamente para o rendimento familiar para diminuir o custo de vida e, por outro lado, assumiram uma nova posição, a emancipação.

O trabalho assalariado da mulher tem sido apontado como uma das razões para o desmame precoce, devido à separação entre mãe e seu filho, o pouco tempo de que dispõe para dedicar-se aos cuidados da criança e ao aleitamento materno. A isto, agregam-se as dificuldades pela situação de transporte e distância entre o lar e o local de trabalho, condição que piora nas grandes cidades (Rea e col., 1997).

A preocupação com a garantia do emprego tem sido apontada como um dos motivos que levam mães a não iniciarem ou a interromperem prematuramente a amamentação.

Haider e Begum (1995) referem que, em estudo realizado em Dhaka, Bangladesh, com 238 mães que trabalhavam fora, apenas 20% das mesmas estavam informadas sobre os benefícios do leite materno e conseguiram amamentar exclusivamente durante o primeiro mês de vida. Essa porcentagem caiu para 13% no segundo mês e para 2% no quinto mês de trabalho. Quase a totalidade das mães (99%) não estava informada sobre seus direitos durante a maternidade.

Estudos mostram, em geral, que há uma tendência para uma menor duração da amamentação, quando a mãe trabalha fora. Assim, o PNIAM (MS, 1991a) refere que o trabalho assalariado da mulher aparece como um dos fatores mais relevantes para um desmame precoce. Vega López e col.(1993) constataram uma duração curta da amamentação em mães que trabalham fora (RR 2,72; IC95% 1,17 – 6,28). A UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo, 1987) constatou que a mediana de amamentação para mulheres que trabalhavam era de 82 dias, enquanto que essa mediana variava para 86 dias quando havia separação entre a mãe e filho. Por sua vez, Thomson (1975) e Bautista (1996) não encontraram diferenças significativas entre a ocupação da mãe e a duração da amamentação.

Hight-Laukaram e col. (1996), baseado em pesquisas em Demografia e Saúde (DHS) de 15 países, referem que o emprego assalariado da mãe não é o principal determinante do uso de substitutos do leite materno. A proporção estimada para o uso de substitutos do leite materno nas mulheres com emprego longe de casa, variou

de 0,74% a 20,9%. Consideram que não é o emprego em si, senão as características do emprego da mãe que facilitam o uso dos substitutos do leite, entre eles: a separação entre mãe e filho, por trabalho em períodos com horários inflexíveis, a falta de creche no local de trabalho, o transporte, a falta de legislação apoiando a amamentação.

Para Arantes (1995), a diminuição da amamentação não é determinada diretamente pelo trabalho da mulher, mas sim pelas condições sociais concretas em que ele se realiza. A constituição de 1988 assegura, como direito social, a assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas. No entanto, na prática, esse direito não está garantido, uma vez que as mulheres ainda estão sem suporte social para assistirem seus filhos, no momento de retorno ao trabalho.

Rea e col. (1997), em estudo com mulheres que trabalhavam em 13 indústrias de São Paulo, constataram que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 10 dias e a amamentação predominante, de 70 dias. As mulheres de melhor nível sócio-econômico e as que tinham creche no local de trabalho ou sala de coleta e estocagem de leite materno, foram as que amamentaram por mais tempo. A possibilidade de flexibilizar seu horário e não trabalhar na linha de produção, também, mostraram-se fatores significantes que levaram as mulheres dessas indústrias a amamentarem por mais tempo.

6. A falta de políticas governamentais para promoverem o aleitamento materno

Os valores sociais sobre a maternidade são contraditórios: por um lado, a maternidade é dignificada e valorizada; por outro lado, a sociedade oferece pouco suporte às mulheres no desempenho de seu papel de mães (OMS, 1979).

Jelliffe e Jelliffe (1979) indicam a necessidade de políticas pró-amamentação. Os autores sugerem políticas que resolvam, por exemplo, a ausência de creches nos locais de trabalho para os filhos de mulheres trabalhadoras; a falta de valorização do leite humano como uma fonte de alimentação; a insuficiente educação em saúde, especialmente através da mídia. Também apontam a insuficiente atenção para uma apropriada legislação e sua implementação para apoiar a prática da amamentação (licença-maternidade, gratificação, etc.) e programas de assistência social que

contribuem para a diminuição da prática da amamentação, exemplo: fornecimento subsidiado de substitutos do leite através dos serviços de saúde.

7. Desinformação das mães

A falta de conhecimento sobre amamentação, por parte do público em geral, e, em especial, das mães, tem sido apontada como um dos fatores que contribuem com o desmame precoce (OMS, 1979).

A esse respeito, Giugliani e col. (1995) avaliaram o conhecimento das mães sobre aleitamento materno e a sua relação com a orientação recebida no pré e no pós-natal e com a prevalência de amamentação aos 3 meses. Os resultados evidenciaram que mães com maior escolaridade e que afirmaram terem recebido orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e que tiveram, no mínimo, 5 visitas pré-natais, apresentaram melhor conhecimento que as demais. Segundo a autora, o mesmo não se verificou com mães que relataram terem recebido orientação após o nascimento da criança. O nível de conhecimento, por sua vez, não interferiu na prevalência de amamentação aos 3 meses. Também, o conhecimento das mães sobre vários aspectos do aleitamento materno foi baixo, revelando que o fato de mães terem recebido orientação nas maternidades e durante o seguimento das crianças não ampliou os conhecimentos.

Em pesquisa realizada em 1994, o Departamento de Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde de Londrina (Prefeitura de Londrina, 1996) constatou que a criança era desmamada já no primeiro mês de vida. Constatou, ainda, que mães jovens e primigestas amamentavam menos que as demais e o motivo para o desmame precoce estava relacionado, na sua maioria, com desinformação e conceitos errôneos sobre a qualidade do leite materno.

O Ministério da Saúde (1991a) recomenda que as mulheres recebam informações de uma maneira eficiente, tanto no pré-natal, como no puerpério e nas consultas pediátricas. Cada momento apresenta particularidades que impõem ênfase em determinados aspectos da lactação.

8. *Situação sócio-econômica*

Quanto à situação sócio-econômica, Pérez-Escamilla (1993), baseado em estudo de 9 países, aponta que historicamente o declínio da amamentação na Europa e na América do Norte ocorreu inicialmente entre os grupos de renda superior, sugerindo que eles têm servido muitas vezes de modelos sociais para as mães de outros grupos sociais. Sabulsky e col. (1995), na Argentina, 1993, constataram associação estatística significativa entre aleitamento materno e nível sócio-econômico, com maior prevalência no grupo com baixo nível sócio-econômico. No primeiro mês de vida, apenas 26% das crianças se encontravam em aleitamento materno.

Com relação à renda familiar, os estudos apontam diferentes tendências. Assim, Jelliffe e Jelliffe (1979) relatam que nos países em desenvolvimento as mães de melhor situação econômica adotam mais frequentemente o aleitamento artificial, tendo sido observada tendência à maior duração nos estratos sócio-econômicos mais baixos.

A amamentação prolongada em famílias pobres tem sido associada à dificuldade na aquisição de leites industrializados e outros fatores de ordem social. Thomson (1975) e Issler (1977) apontam uma associação significativa entre duração de aleitamento e baixa renda.

Também foi observado o contrário, mães de alta renda que amamentam mais tempo (Berquó e col., 1984; Venancio, 1996; Horta e col., 1996), supondo-se tratar de mulheres que dispõem de condições para compatibilizar seus papéis e obrigações com o tempo disponível e necessário para amamentar seus filhos.

Ainda, estudos de Sichieri (1983), Rego Filho (1974), Tudisco e col. (1984), Martins Filho (1976), não evidenciaram associação significativa entre renda familiar e duração do aleitamento materno.

9. *Escolaridade da mãe*

Estudos a esse respeito mostram diferentes comportamentos. Assim, nos países em desenvolvimento tem sido observada maior duração do aleitamento materno entre mulheres menos instruídas. A explicação deste fato seria que as mães de menor instrução guardariam mais os costumes tradicionais, por estarem menos

expostas ao complexo de fatores sociais que levam ao desmame. Entre os estudos que apontam esta associação temos: Thomson (1975), Rea (1981), Candeias (1983) e Bautista (1996).

Nos países desenvolvidos, no entanto, tem sido notada, ultimamente, tendência à duração mais prolongada entre mães mais instruídas, em parte, em função da grande divulgação das vantagens do aleitamento materno. Este comportamento também tem sido observado no Brasil, como é apontado por Berquó e col. (1984), Rezende (1992), Tonial (1997), Sabulsky (1995), e Venancio (1996).

Entretanto, em algumas pesquisas não foi constatada a associação significativa entre duração da amamentação e escolaridade da mãe (Rego Filho, 1974; Souza e col., 1991; Issler, 1977; Giugliani, e col., 1995; Barros e col., 1994).

Em estudo multicêntrico (Pérez-Escamilla, 1993), foi observado que em países em desenvolvimento, a duração da amamentação era curta entre mães com maior escolaridade, enquanto que nos países desenvolvidos a amamentação se mostrou mais prolongada entre mães mais instruídas.

Monteiro e col. (1987), ao compararem dados obtidos de amostras representativas de São Paulo - Brasil, nos anos de 1984/85 e dados obtidos em 1973/74, constataram um movimento de retorno à prática da amamentação, semelhante àquele observado na década de 70 em vários países desenvolvidos, alcançando, inclusive, valores superiores em estratos de maior nível sócio-econômico.

Silva (1989) refere que, em estudo com 108 lactentes, usuários dos serviços de puericultura de um hospital do INAMPS- Rio de Janeiro, mães com maior escolaridade amamentavam mais, assim como as múltiparas e mães com mais de 30 anos de idade.

10. *Idade da mãe*

A associação entre duração do aleitamento materno e idade da mãe é controversa na literatura. Assim, Thomson (1975), Issler (1977), Rea (1981), Hardy e col. (1982), Candeias (1983), Bautista (1996), apontam associação entre amamentação prolongada com aumento da idade da mãe. Por sua vez, Vega López e col. (1993) indicam associação entre amamentação curta e mães jovens. Por outro

lado, em alguns estudos, não houve associação entre duração da amamentação e idade da mãe (Souza e col., 1991; Rego Filho, 1974 e Giugliani, 1995).

11. *Outros*

Além dos fatores já citados, têm sido objeto de estudo outras características em relação à mãe e à criança, como: o estado civil, a zona de criação e/ou procedência da mãe (urbano-rural), a ocupação, a religião, a etnia, a paridade, o número de filhos, o intervalo intergestacional, a assistência e orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, o local do parto (parto domiciliar ou institucional), o tipo de parto (normal ou cesárea), o uso de medicamentos durante o parto, o tempo após o parto em que se iniciou o aleitamento, o intervalo diurno e noturno do aleitamento, a prática do alojamento conjunto, o significado da amamentação para a mãe, as orientações recebidas pelas mães durante o período de internação sobre manejo da amamentação, a duração do aleitamento, o tipo de aleitamento, a época de introdução da mamadeira, as causas de desmame, a exposição à comunicação sobre amamentação, a procura de serviços de saúde para controle da saúde do bebê, a duração do período de afastamento pós-parto, o tempo de aleitamento do penúltimo filho, o fumo durante a gestação, o uso de meios anticoncepcionais. Em relação ao recém nascido: peso, sexo, patologias, número de ordem na prole, cor, doenças, como a diarreia, entre outras.

Um fator pouco estudado é o que se refere à etnia. Rea (1994), avaliando o fator etnia, com amostras representativas da população de duas áreas metropolitanas brasileiras (São Paulo e Recife), em estudos conduzidos em 1987, identificou que, em relação à pele da mãe, mulheres brancas, seguidas de pardas, amamentavam mais em São Paulo do que em Recife, enquanto que nesta (Recife), mulheres pretas amamentavam mais que as brancas e pardas.

1.3. TENDÊNCIAS DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

No Brasil, a frequência de amamentação era considerada razoável até a década de 1960 (duração de 4 a 12 meses), sendo que na década seguinte constatou-se uma diminuição, condizente com a tendência internacional (aumento do desmame no primeiro mês de vida).

A duração da prática do aleitamento materno foi estudada em diferentes trabalhos ao longo dos últimos anos, mostrando que o processo de abandono da amamentação se estendeu por todos os centros urbanos do país. Apesar de esses trabalhos apresentarem diferentes metodologias de estudo e, nem sempre contarem com amostras representativas da população, constataram o declínio da amamentação. A duração da prática da amamentação foi referida em termos de média, mediana ou de frequências. Em alguns trabalhos foi possível constatar a associação da duração da amamentação com fatores vários, como grau de urbanização, renda, idade da mãe, escolaridade da mãe, paridade da mãe (Rego Filho, 1974; Thomson, 1975; Thomson col., 1982; Berquó e col., 1984; Hardy e col., 1982; Sichieri e col., 1983; Tudisco e col., 1984; Univ. Federal de São Paulo, 1987; Monteiro, 1988; Souza e col., 1991; Rezende, 1992; Costa e col., 1993; Assis e col., 1994; Barros e col., 1994; D'Avila 1992; Siqueira e col., 1994; Ferreira e col., 1996; Horta e col., 1996; Tonial, 1997; Moura, 1997).

Previamente à iniciação da campanha nacional para estimular a prática de aleitamento materno, foi realizado um diagnóstico (MS, 1991a), em que ficou evidenciada baixa prevalência da amamentação, com uma mediana de 2 meses. Segundo o estudo do CEBRAPE (MS, 1991a) “a mediana de duração – cerca de 60 dias em 1981 – praticamente dobrou em 1982 – 85, após 120 dias de campanha, evidenciando o seu sucesso. A partir de 1985, com a desativação do PNAM, retornou-se à situação anterior, com a duração mediana caindo para 60 dias.

Em inquérito nacional (UNICEF, 1998), revelou-se que a mediana da amamentação era de 134 dias para o aleitamento total e 72 dias para o aleitamento exclusivo; a amamentação total era mais prolongada nas áreas rurais; constataram-se contrastes inter-regionais, sendo o Nordeste a região com a pior situação para o aleitamento materno exclusivo e total, onde mães de nível sócio-econômico mais

baixo amamentavam por mais tempo; porém, foi observado o inverso para o aleitamento materno exclusivo (Venancio 1996).

Evidências colhidas na década de 80 apontavam para tendência de retorno à amamentação (Monteiro 1995; Venancio 1996; UNICEF 1999). Apesar disso, o desmame no primeiro mês de vida ainda continuava elevado.

Venancio (1996) analisou dois inquéritos representativos da população infantil brasileira (PNSN/89 e ENDEF/74-75), correspondentes às décadas de 70 e 80 e constatou uma tendência ascendente da amamentação no Brasil, nesse período. Essa tendência ocorreu em todos os estratos da população, porém o aumento da prática da amamentação foi mais acentuado na área urbana, na Região Centro - Sul do país, entre mulheres de maior poder aquisitivo e de maior escolaridade.

Baseados nos inquéritos PNDS/96 e PNSN/89, o UNICEF (1998) constatou uma tendência favorável do aleitamento materno no país, indicando ganho de mais de dois meses na duração mediana da amamentação (de 5 para 7,5 meses).

Quanto à prática da amamentação exclusiva (leite materno sem água e sem chás) estudos revelam que esta sempre se mostrou menor em relação aos outros tipos de aleitamento. Pesquisas, como a de Berquó e col. (1984), mostraram que a mediana de amamentação exclusiva em São Paulo era de 44 dias e na Grande Recife, de 15 dias. Monteiro (1988), em estudo desta prática nos anos de 1984/85, também constatou a mediana de 62,8 dias no Município de São Paulo. Para outras cidades, Souza e col. (1991) na Bahia, apontaram a média de 30 dias; Siqueira e col. (1994) no Rio de Janeiro, referiram uma mediana de 30 dias, Tonial (1996) no Maranhão, indicou uma mediana de 42 dias.

Monteiro (2000), ao comparar pesquisas domiciliares de abrangência nacional, constatou um aumento da prática da amamentação exclusiva, predominante e mista. Os valores referidos na pesquisa PNSMIPF (1986) foram respectivamente 3,6%, 15,3% e 73,5%, enquanto que na pesquisa PNDS (1996) os resultados para as mesmas categorias foram 40,3%; 43,3% e 85,4% respectivamente.

O UNICEF (1998), baseada na comparação da pesquisa PNDS/96 com a PNSMIPF/86 (pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar) mostrou que a tendência de evolução do aleitamento materno exclusivo é de melhora pois houve um aumento na frequência de crianças exclusivamente

amamentadas entre os dois inquéritos (de 3,6% para 40,3%), sendo 11 vezes para menores de 4 meses e de 25 vezes para crianças entre 4 a 6 meses.

Em relação à Londrina, Thomson (1975) constatou que 30,8% das crianças até seis meses estavam sendo amamentadas exclusivamente. Recentemente, Oliveira e col., (1997) em entrevistas com 702 mães de crianças menores de 1 ano, que compareceram em 8 unidades básicas de saúde, durante a 2ª etapa da Campanha nacional de Multivacinação, referiram que a mediana do aleitamento materno foi superior a 6 meses; no entanto 71,5% das crianças já desmamadas à época da entrevista, deixaram de receber o leite materno no primeiro mês de vida. O aumento da duração do aleitamento exclusivo tem sido evidenciado por Thomson e col.(1997), referindo uma mediana de 3 meses para a área urbana da região sul de Londrina (a mediana de aleitamento total foi de 8 meses).

Apesar dos progressos observados no Brasil, como um todo, a duração do aleitamento materno permanece, ainda, inferior ao recomendado pelos organismos internacionais.

1.4. POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

A elevada mortalidade infantil, principalmente em países em desenvolvimento, levou a OMS/UNICEF a tomarem medidas de apoio à amamentação. Vários países identificaram e incorporaram ações a favor da amamentação.

Nessa linha, verificou-se o surgimento de forças sociais em favor da amamentação, como o movimento naturalista, para o qual a amamentação é um ato natural; a retomada de atitudes tradicionais (parto domiciliar, amamentação, métodos biológicos anticoncepcionais); as atitudes para com os seios femininos (no aspecto sexual, estético, alimentar, aceitabilidade pela família, mudanças nos serviços de saúde, grupos voluntários como a Liga de la Leche); a ênfase nas vantagens da amamentação do ponto de vista econômico; a defesa da conservação de recursos e preocupação ecológica (poluição ambiental e os recentes conhecimentos sobre o leite humano (Jelliffe e Jelliffe, 1979).

Também passou a existir uma preocupação em nível internacional, a partir do que vários grupos manifestaram seu apoio para o estímulo do aleitamento materno. Entre eles temos: World Health Organization (WHO), United Nations Children's Found (UNICEF), Food and Agriculture Organization (FAO), International Labour Organization (ILO), Protein Advisory Group of the United Nations (1975), Joint WHO/FAO Expert Committes (1975), International Paeddriatic Association (1975).

A partir dos anos 70, retomou-se o aleitamento materno como a nova arma contra a desnutrição, levando organismos internacionais como OMS/UNICEF a concretizarem ações de proteção, promoção e apoio à amamentação para reverter a situação de declínio dessa prática.

Em termos de políticas internacionais (MS 1991a, e 1999; Venancio, 1996), foram adotadas várias medidas, as quais são relacionadas no quadro 1.

No Brasil, a década de 80 é caracterizada pela preocupação institucional em desenvolver diretrizes e estratégias para a recuperação da prática do aleitamento natural. Para tanto, uma série de leis tem sido criada para garantir o direito da mulher e do bebê à amamentação e facilitar a promoção e defesa dessa prática. As medidas tomadas no Brasil para incentivar o aleitamento materno encontram-se no quadro 2 (MS, 1991a; 1993a, 1993b, 1999; Venancio 1996; UNICEF/MS 1999).

Com a assinatura da Declaração de Innocenti, o Brasil assumiu um compromisso no sentido de desenvolver atividades relacionadas à proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Também incorporou a "Iniciativa Hospital Amigo da Criança- IHAC", da OMS / UNICEF (MS 1999; WHO, 1998).

Segundo Rezende (1992), no Brasil, o primeiro mecanismo legal que trata especificamente da proteção do aleitamento natural da criança, cuja mãe trabalha, data de dezembro de 1923.

Quadro 1. Políticas internacionais de apoio a amamentação.

Ano	Organização	Conduta adotada
1979	OMS/UNICEF	Declaração sobre nutrição infantil: “o aleitamento materno é a forma natural e ideal de alimentar o lactente e constitui a única base biológica e psicológica para o desenvolvimento da criança”.
1981	OMS	Aprovação do <u>Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno</u> . Resolução WHA 34,22. Visa à regulamentação do marketing de mamadeiras, bicos, leites e outros alimentos utilizados para substituir o leite materno.
1989	OMS/UNICEF	Lançamento do texto: “Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: o papel dos serviços de saúde”. Ações a serem executadas em todos os serviços de atenção materno-infantil.
1989	OMS/UNICEF	Declaração: <u>Dez Passos de Sucesso da Amamentação</u>
1990	OMS	Assinatura da “ <u>Declaração de Innocenti</u> ”: ações para concretizar o cumprimento das recomendações do código, da legislação trabalhista de proteção a maternidade e outras ações de incentivo ao aleitamento materno.
		Reunião da Cúpula Mundial em favor da Infância (New York) : “ampliação das condições para que todas as mulheres possam alimentar seus filhos exclusivamente ao seio, durante 4 a 6 meses, e continuar a amamentação acrescida de alimentação complementar também durante o segundo ano de vida”.
1991	OMS	Lançamento Mundial da “ <u>Iniciativa Hospital Amigo da Criança</u> ”- IHAC: mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelo desmame precoce.

Quadro 2. Políticas governamentais de apoio à amamentação

Ano	Legislação Brasileira
1923	Decreto 16.300, artigos 348 e 350 : estabelecimentos industriais e comerciais devem ter salas de amamentação ou creches próximas, onde as crianças possam ser amamentadas em intervalos regulares.
1934	Constituição Brasileira faz referência: “Proteção à maternidade e a infância”.
1936	Estatuto da Mulher: amplia o período de licença na época do parto
1966	Licença maternidade por 12 semanas, Decreto nº 52,820
1969	Normas Básicas sobre Alimentos – Decreto Lei 986, sem restrição a Alimentos infantis que competem com o leite materno
1972	Criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN
1979	O INAN propôs ações para o incentivo ao aleitamento materno com a atuação multi-setorial: Ministério de Educação, Trabalho, Previdência e Assistência Social, Comunicação Social, Agricultura, Indústria e Comércio, e Saúde).
1981	Criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM).
1983	Normas para o Alojamento Conjunto – SUS Portaria MS nº 18/83.
1988	-Constituição Nacional: Licença Maternidade e Licença Paternidade. - Norma para comercialização de alimentos para lactentes – Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 05/88 - Normas para Bancos de Leite - Norma para rótulo nos alimentos das crianças
1990	Estatuto da Criança e do adolescente: reforça item de alojamento conjunto. Código de Defesa do Consumidor: reforçou vários artigos da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes.
1994	Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Portaria MS nº 1113/94 e SAS nº 155/94
1995	Portaria SAS no 97/95 – define questões relativas à AIDS e amamentação.

Observa-se uma tendência para a implementação de ações dirigidas ao incentivo da prática da amamentação, destacando-se as campanhas e programas que têm em comum a modificação de comportamentos. Estas têm contado com o apoio

do Ministério da Saúde, de organizações como UNICEF, Organização Panamericana de Saúde (OPS) e OMS. Entre as intervenções planejadas para reverter o quadro de desmame precoce temos: o treinamento intensivo do pessoal de saúde, a elaboração de material educativo para profissionais de saúde e mães, o incentivo de ações educativas no pré-natal, parto e puerpério. Esse processo foi favorecido pela adoção do sistema de alojamento conjunto e a criação de bancos de leite humano nas maternidades. Adotou-se o Código Internacional de vendas de alimentos sucedâneos de leite humano (Javorski e col., 1999).

No Brasil, algumas leis foram revisadas (UNICEF/MS, 1999), entre elas: **Alojamento Conjunto: mãe e filho juntos no mesmo quarto 24 horas por dia.**

O alojamento conjunto (MS, 1993b) é um sistema hospitalar em que o recém-nascido, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, por 24 horas, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe-filho.

Em 1982, através da Portaria 18 do Inamps/Ministério da Saúde, foi estabelecida a obrigatoriedade do alojamento conjunto.

Em 1986, através da Portaria do Ministério da Educação – MEC, tornou-se obrigatório o alojamento conjunto nos hospitais universitários.

Em 1993, através da Portaria GM/MS nº 1016, houve uma atualização das normas.

Norma de Comercialização (MS 1993a)

Esta norma tem, como objetivo, contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e defendê-los dos riscos associados à não amamentação ou desmame precoce, protegendo e incentivando a amamentação mediante a regulamentação da promoção comercial e uso apropriado de alimentos que são colocados à venda, como substitutos ou complementos do leite materno. Dessa forma:

Em 1988, houve aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos, elaborada com base no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

Em 1990, a aprovação do Código de Defesa do Consumidor reforçou vários artigos da Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes.

Em 1991, o Conselho Nacional de Saúde aprovou o novo texto da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, que inclui item específico sobre o uso de bicos e mamadeiras.

Também, em 1992, houve um acordo mundial entre o UNICEF e OMS com a Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos para cessar o fornecimento gratuito, ou a baixo custo, de leites artificiais a maternidades e hospitais.

A Consultoria Jurídica do Ministério de Saúde, em 1994, através do parecer N° 62/94, redefine as penalidades para as infrações à Norma.

Constituição Nacional - 1988

A promulgação da Constituição assegura a licença – maternidade de 120 dias, licença – paternidade de cinco dias, proteção ao trabalho da mulher e o direito às presidiárias de permanecerem com os filhos durante o período de amamentação.

Estatuto – 1990 (MS, 1993b)

A aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei N° 8069, assegura à gestante, pelo Sistema Único de Saúde, o atendimento antes e após o parto. Também trata da obrigatoriedade do alojamento conjunto.

Hospital Amigo da Criança – 1994

Entre as iniciativas para melhorar o padrão de aleitamento está a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) publicada pela OMS/ UNICEF em 1989, em que são apresentados 10 Passos para o Sucesso da Amamentação.

A IHAC foi idealizada pela OMS, UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Preconiza que os trabalhadores de saúde precisam de treinamentos que lhes ofereçam informação relevante e habilidades para o manejo da amamentação (MS, 1999).

O Ministério da Saúde, através da Portaria N^o 1.113, assegura o pagamento de 10% a mais para a assistência ao parto, a hospitais Amigos da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Por sua parte, a Secretaria de Assistência à Saúde (MS) por meio da Portaria N^o 155, estabeleceu os critérios para o credenciamento dos hospitais Amigos da Criança.

Além disso, quanto às mães que trabalham fora, a Constituição Brasileira e a Consolidação das Leis Trabalhistas garantem uma série de direitos, entre eles: Licença maternidade (Art. 395 da Constituição de 1988, o benefício de 120 dias é a partir do 8^o mês de gestação ou após o parto), licença paternidade (Art. 7^o da Constituição de 1988, das Disposições Transitórias), o direito a amamentar durante a jornada de trabalho (Seção V artigo 396 CLT, a duração do benefício é de 4 meses, que pode ser prorrogado até seis meses, mediante apresentação de atestado médico que comprove a necessidade do leite materno pelo bebê), garantia de emprego à gestante (Art. 391 a 400 - CLT, a duração do benefício compreende desde a confirmação da gravidez até o 5^o mês após o parto), e a garantia de creche para o bebê (Art. 389, 397, 400 - CLT, a duração do benefício se estende até os 6 anos de vida).

1.5. SERVIÇOS DE SAÚDE E AMAMENTAÇÃO.

Segundo a OMS (1979), a amamentação não é totalmente instintiva no ser humano, tem que ser aprendida, em grande parte; e, para ser prolongada com êxito, a maioria das mães que aleitam precisa de um reforço e apoio constante, quer seja na comunidade ou nos serviços de saúde.

A respeito da promoção do aleitamento materno, no âmbito dos sistemas de assistência à saúde, a OMS/UNICEF (OMS, 1979) referem que "devido à sua ligação íntima com as famílias durante o período de gravidez e de educação, o pessoal da área de saúde pode exercer grande influência sobre os métodos usuais de alimentação infantil. Os serviços de saúde concentram-se freqüentemente nas áreas urbanas, com programação completa e pessoal especializado, porém com treinamento insuficiente no tocante às habilidades de orientação e comunicação, fato que tem limitado sua eficiência. Universalmente, reconhece-se hoje a necessidade de

re-orientação nos sistemas assistenciais de saúde, fundamentada nos cuidados primários, como a solução para superar esses problemas".

Segundo Javorski e col. (1999), em meados da década de 80, foi proposto o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, tendo como elemento principal o acompanhamento sistemático do processo de crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos de idade. Entre as ações desse programa estariam incluídas diretrizes que orientam sobre aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das doenças diarreicas e controle das infecções respiratórias e imunização. Na prática, as diretrizes foram interpretadas como normas pelos serviços. O programa ainda mantém o enfoque de risco, sendo dirigido à população marginalizada, priorizando as principais causas de morbimortalidade em crianças de famílias com baixa renda.

Quanto à orientação sobre amamentação nos serviços de saúde, em estudo feito pelo PNIA (MS, 1991) foi demonstrado que os mesmos mostravam-se apáticos em relação ao aleitamento materno, onde, apesar do elevado número de consultas durante o pré-natal, mais da metade das mães não havia recebido nenhuma orientação sobre esse assunto. Da mesma forma, mais da metade das parturientes não havia recebido nenhum esclarecimento na maternidade.

Resultados similares foram referidos por outros pesquisadores, como Souza e col. (1991), Rego Filho (1974), Martins Filho (1976), Thomson (1975), constatando que, apesar de uma grande maioria de mães ter recebido alguma orientação para amamentar, essa orientação no pré-natal foi muito pequena, mostrando que uma das melhores épocas para orientação referente à amamentação não é aproveitada.

Com o movimento de retomada da prática da amamentação, esse comportamento parece estar mudando. Giugliani e col. (1995) apontam que as mães que relataram ter recebido orientação no acompanhamento pré-natal e aquelas que tiveram mais de quatro consultas apresentaram um melhor conhecimento sobre amamentação. Portanto, o pré-natal, neste caso, mostrou-se útil na divulgação dos conhecimentos do aleitamento materno.

Pugin e col. (1996), em estudo de intervenção, controlado, realizado em Santiago de Chile, com a finalidade de avaliar o impacto de cinco intervenções sobre os padrões e a duração do aleitamento materno, constataram um aumento significativo no aleitamento materno aos 6 meses (de 32% para 67%). Das 422

mulheres avaliadas pós-intervenção, 59 foram incluídas em um sexto tipo de atividade: sessões de educação pré-natal em grupo, com ênfase em habilidades necessárias para iniciar e manter a amamentação depois do período neonatal. Uma porcentagem significativamente mais alta deste subgrupo de mulheres estava em aleitamento materno aos seis meses, quando comparado com aquelas que receberam somente as cinco intervenções básicas (80% e 65% respectivamente). O efeito foi maior entre mulheres primíparas. Os autores concluíram que a educação em grupo no pré-natal, com ênfase em habilidades, é um componente adicional importante de apoio ao aleitamento materno, especialmente para mulheres sem experiência anterior em amamentação.

A revisão de estudos (Figueiredo e Goulart, 1995; Vannuchi e col. 1996; Correa, 1996; Thomson e col., 1982; Althoff, 1985; Arlotti e col., 1998; Haider e col., 1997) mostra que a avaliação das medidas de incentivo ao aleitamento materno implantadas nos serviços de saúde está relacionada com um aumento da amamentação, sendo fundamental, nesse tipo de programa, garantir a informação e o apoio as mães.

Figueiredo e Goulart (1995) analisaram a eficácia de um programa de incentivo ao aleitamento materno em um bairro periférico de Belo Horizonte nos anos de 1980, 1986 e 1992. Os resultados evidenciaram uma melhora significativa dessa prática, de 1980 para 1986 (crianças em aleitamento por 6 meses ou mais - 39% e 54,3% respectivamente), e uma estabilização no período de 1986 a 1992. Revelou que a participação do pré-natal foi fraca, enquanto as maternidades participantes apresentaram melhor desempenho na orientação de mulheres sobre amamentação e alojamento conjunto.

Vannuchi e col. (1996) mostram a importância da atuação do banco de leite humano do Hospital Universitário regional do Norte do Paraná junto a uma unidade de saúde, com vistas a estimular o aleitamento materno de crianças menores de 6 meses de idade na sua área. Esse programa tem, como objetivo, acompanhar essas crianças até 6 meses de idade e orientar as mães quando apresentam dificuldades durante a amamentação.

Estudo prospectivo com uma coorte de 442 crianças, nascidas em dois hospitais de Santos, São Paulo, (Correa, 1996) revelou diferença de duração mediana da amamentação exclusiva de quase dois meses a favor dos bebês assistidos no

hospital, que desenvolve ações programadas de promoção de amamentação (mediana de 75 dias), superior àquelas observadas no hospital de comparação, que não possui qualquer diretriz nesse sentido (mediana de 23 dias).

Thomson e col. (1982) avaliaram o programa de estímulo ao aleitamento materno instituído no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, em Londrina, desde 1977. O programa inclui alojamento conjunto, orientação no berçário, retorno precoce em ambulatório e ênfase nas orientações sobre aleitamento no programa de puericultura. Os resultados revelaram um aumento no índice de aleitamento materno das crianças atendidas no hospital.

Também Althoff (1985) avaliou as atitudes de um grupo de mães em relação ao incentivo à amamentação por elas recebidas nas maternidades de Florianópolis – SC. Os resultados indicaram não haver diferenças entre as atitudes das mães do grupo que teve o incentivo para a amamentação e o grupo sem esse tipo de estímulo. A diferença observada foi entre as mães que tiveram uma experiência anterior com a amamentação e incentivo referente à informação e outras que não tiveram, esclarecendo, porém, que isso não garante que provenha das informações recebidas durante a internação das mães.

Arlotti e col. (1998) referem que o acompanhamento de mães de baixo nível sócio-econômico, durante os três primeiros meses pós-parto, com assistência durante a amamentação por conselheiras treinadas, contribuiu para aumentar a duração dessa prática, em relação a mães que não tiveram este acompanhamento.

Da mesma forma, Haider e col. (1997), em estudo de intervenção de controle com 250 mães de crianças menores de 12 meses de idade, treinaram mulheres “conselheiras” sobre aleitamento materno para dar assessoramento a mães de lactentes parcialmente amamentados e hospitalizados por diarreia, com a finalidade de conseguir que essas crianças amamentassem exclusivamente ao seio durante a sua permanência no hospital. A orientação recebida teve efeito favorável nas mães pois estas iniciaram o aleitamento exclusivo durante a hospitalização e continuaram com essa prática no lar.

Considerando que as unidades básicas de saúde - UBS - exercem papel importante na promoção e manejo do Aleitamento Materno e levando em conta os baixos índices de aleitamento materno exclusivo (Prefeitura de Londrina, 1996), o Serviço Municipal de Saúde do Município de Londrina implantou o Projeto

"Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança" em 1995, avaliado e aprovado pelo UNICEF. Esse projeto esteve baseado nas diretrizes dos Hospitais Amigos da Criança e nos Dez Passos de Sucesso da Amamentação recomendados pela OMS e UNICEF (Anexo 3) e tem, como objetivo, aumentar o número de mães que amamentam nos primeiros seis meses de vida. A proposta tem um enfoque ambulatorial, preocupando-se com o manejo das dificuldades durante a amamentação que a nutriz poderia ter e também com o atendimento integral das crianças menores de um ano.

Segundo Prando e Poli (1997), "foram treinados, na época, 350 profissionais de saúde (nível superior e médio) e funcionários de nível elementar. Por intermédio do UNICEF foram adquiridos materiais educativos, como bonecas, mamãs cobaias, cartazes e também a elaboração de uma cartilha com orientações para pacientes". Do total de 35 UBS no Município de Londrina, apenas 16 fizeram parte do projeto "U.B.S. Amiga da Criança".

O município de Londrina conta, também, com o Hospital Evangélico; Hospital Amigo da Criança desde 1996; Hospital Universitário do Norte do Paraná, através de seu programa de estímulo ao aleitamento materno e o Banco de Leite; Clínica de Lactação do Ambulatório do Hospital das Clínicas (Universidade Estadual de Londrina - UEL) desde 1995, para onde são encaminhadas as crianças com complicações e/ou dificuldades na amamentação, constituindo um centro de referência para os serviços de saúde locais e regionais. Moraes e col., (1997) referem que apenas 18,2% das duplas mães-filhos foram encaminhadas pelas UBS e 10,5% pelos hospitais.

Em face do exposto, acreditamos ser essencial realizar um estudo em Londrina, no sentido de aumentar o conhecimento a respeito da prática de aleitamento materno exclusivo. Os resultados poderão fornecer elementos úteis para a elaboração de programações de saúde materno-infantil.

2. OBJETIVO

Verificar a associação entre a situação sócio-demográfica, a orientação sobre aleitamento materno e a duração do aleitamento materno exclusivo em uma população que frequenta Unidades Básicas de Saúde da Região Norte do Município de Londrina, Estado do Paraná.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo transversal, com coleta de informações atuais e retrospectivas, em relação à duração do aleitamento materno exclusivo de crianças menores de dois anos de idade, que freqüentam duas unidades de saúde, na região norte do Município de Londrina - PR., sendo que uma das unidades realiza atividades de incentivo, promoção e proteção à amamentação e a outra unidade não desenvolve institucionalmente este tipo de programação.

3.2. Área de estudo

Este estudo foi realizado no município de Londrina, Estado do Paraná. Este município situa-se ao norte do Estado do Paraná, abrange aproximadamente uma área de 2.119 Km² e, no ano de 1997, esta área tinha uma população de 412.553 habitantes (Fundação IBGE - 1999). Londrina é considerada como a segunda cidade em importância, no estado do Paraná, depois de Curitiba, pelo seu rápido crescimento e desenvolvimento urbano e econômico (Prefeitura de Londrina, 1996).

De acordo com o Serviço Municipal de Saúde da Prefeitura, o Município de Londrina está dividido em 5 regiões (centro, leste, oeste, norte e sul). Neste Município estão implantadas 49 UBS, das quais 35 estão localizadas em área urbana e 14, em área rural, cada uma delas com uma área de abrangência delimitada. Através do processo de territorialização, iniciado em 1994 (Di Villarosa, 1993, Prefeitura de Londrina 1994^a, 1994b, 1996), cada área de abrangência das UBS foi subdividida em micro-áreas de risco: menor risco (I), intermediária (II), intermediária - alerta (III) e de maior risco (IV). Esta subdivisão teve como critérios: condição social, desenvolvimento econômico e desenvolvimento urbano (anexo 2).

No ano de 1996, a região Norte do Município de Londrina registrou um aumento no coeficiente de mortalidade infantil, sendo o mais elevado do município (Andrade e col., 1997). As afecções do período perinatal e as anomalias congênitas foram as principais causas, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias.

Nesse contexto, a programação de saúde vem privilegiando ações voltadas ao incentivo do aleitamento materno, integrando-se, assim, na iniciativa do UNICEF - Hospital Amigo da Criança (Poli e col., 1995).

A Prefeitura do Município de Londrina priorizou as microáreas de maior risco para implementar e implantar tais ações, como forma de enfrentar a questão da desnutrição infantil e, conseqüentemente, da mortalidade infantil. Nesse processo, até o presente momento, algumas UBS de microáreas de maior risco desenvolvem a programação, enquanto outras da mesma categoria ainda aguardam a implementação e implantação de ações voltadas ao aleitamento materno (Anexo 3).

O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região Norte do Município de Londrina – PR, que apresentavam as seguintes características:

. Unidades localizadas em áreas com algumas características comuns: condições sócio-econômicas; infraestrutura urbana; situação de saúde.

. Unidades que, do ponto de vista de programação de saúde, apresentavam uma diferenciação no que se refere ao desenvolvimento de ações voltadas ao aleitamento materno; ou seja, uma que contava com ações específicas e outra que não estava integrada a essa programação.

3.3. População de estudo

Crianças de até dois anos de idade, atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde, localizadas na região norte do Município de Londrina, no período de estudo.

As informações sobre as crianças foram coletadas com suas mães. Os critérios para a escolha das mães foram:

- Mãe de criança inscrita em uma das unidades de saúde de estudo, com atendimento agendado na data da entrevista (pediatria, puericultura, vacina), acompanhada do filho com idade de até dois anos. A criança deveria ter prontuário médico e ter realizado, no mínimo, uma consulta.
- Criança sem defeitos congênitos ou outras patologias que pudessem interferir na amamentação.
- Mãe de criança que residisse na área de estudo.
- Mãe de criança que aceitasse livremente participar do estudo.

3.3.1. Período de estudo

A coleta de dados foi realizada nas UBS durante o período da manhã, de segunda a sexta feira, num período de um mês para cada UBS.

3.3.2. Instrumento para coleta de dados

As informações foram obtidas mediante entrevistas com as mães das crianças por meio da utilização de um questionário padronizado (Anexo 4). O instrumento utilizado foi pré-testado numa região que apresentava características semelhantes às da área de estudo.

3.4. Variáveis de estudo.

Foram escolhidas com base na literatura:

3.4.1 - Variável dependente: *Duração do aleitamento materno exclusivo*

Considerou-se criança em **aleitamento materno exclusivo** quando a única fonte de alimentos era o leite materno. Esta definição baseia-se na proposta da Organização Mundial da Saúde, "Indicators for Assessing Breastfeeding Practices" (WHO, 1993).

A idade do desmame foi anotada em dias. A criança nunca amamentada foi considerada como desmamada no primeiro dia de vida.

A duração do aleitamento foi estudada por meio da proporção de crianças ainda amamentadas em diferentes e sucessivas idades. Essas proporções foram obtidas com a aplicação do método de análise de sobrevivência de Kaplan e Meier.

3.4.2 - Variáveis independentes

3.4.2.1 Variáveis relacionadas ao local de residência

- Local de residência: foi obtido de acordo com o endereço atual de moradia, e, conforme sua localização, foi classificado segundo o critério de microárea de risco, utilizado pelo Serviço Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina. Esta variável foi categorizada em três grupos: microárea de menor risco, intermediária e de maior risco.
- UBS: foi anotada no questionário a unidade que a mãe da criança frequentava. Esta variável foi categorizada em dois grupos: UBS com programa de incentivo à amamentação (anexo 3) e UBS sem programa de incentivo à amamentação.

3.4.2.2 Variáveis relativas à situação sócio-demográfica da mãe

- Idade da mãe: foi considerada a idade em anos completos, no momento da entrevista. As mães foram separadas em dois grupos: até 24 anos e maior de 24 anos.
- Escolaridade da mãe: referida pelas mães por anos completos de estudo formal. As mães foram distribuídas em dois grupos: menor ou igual a 4 anos de estudo e superior a 4 anos de estudo.
- Ocupação da mãe: refere-se às mães com trabalho remunerado. As mães foram distribuídas em dois grupos: trabalha fora ou não trabalha fora (dona de casa). Para categorizar as mães que trabalhavam fora foi utilizada a escala de prestígio ocupacional de Aparecida Joly Gouveia (1969), que considera:
 - Ocupações manuais não especializadas (empregada doméstica, cozinheira, diarista).
 - Ocupações manuais especializadas e assemelhadas (vendedora autônoma, auxiliar de laboratório, costureira, manicure, dona de loja, etc.).
 - Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas (chefe de depósito).
 - Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas (secretária, professora primária, recepcionista, telefonista, etc.).

- Renda familiar mensal: refere-se ao total de rendimentos, em salários mínimos, recebidos pelos membros da família no último mês. Dividiu-se em dois grupos: com renda igual ou menor a 5 salários mínimos e com renda maior que 5 salários mínimos. O salário mínimo para Londrina, na ocasião do estudo, era de R\$120,00.
- Paridade: foram consideradas as categorias primípara e múltipara.

3.4.2.3 *Variáveis ligadas ao acesso da mãe quanto à orientação sobre aleitamento materno*

- Referência de orientação sobre aleitamento materno: foi perguntado à mãe se para o filho atual havia recebido orientação para amamentá-lo. As mães foram agrupadas segundo a resposta: sim e não
- Local de orientação: para as mães que foram orientadas, foi perguntado o local da orientação. Esta variável foi categorizada em 3 grupos: UBS, hospital e ambos (UBS + hospital).
- Época da orientação: indicou o período em que a mãe recebeu a orientação. Esta variável foi categorizada em 3 grupos: pré-natal, puerpério e ambos (pré-natal + puerpério).
- Dificuldades referidas pelas mães durante a amamentação: foi anotada a presença ou ausência de dificuldades enfrentadas pelas mães durante a amamentação do filho atual. Em relação às mães que referiram problemas, as respostas fornecidas foram classificadas em 5 categorias:
 - a) Problemas nas mamas: como peito cheio, rachaduras, fissuras nos mamilos, mastites etc.
 - b) Relativas ao conceito do leite: inclui respostas relativas à quantidade e qualidade do leite materno como: “leite fraco”, “o leite secou”, “pouco leite”, etc.
 - c) Doença da mãe: inclui patologias relacionadas, ou não, ao puerpério.
 - d) Dificuldade de sucção: consideradas respostas do tipo: “não pegava o seio”.
 - e) Trabalho da mãe

3.4.2.4 Variáveis ligadas à criança

- Idade da criança: foi obtida subtraindo-se da data de nascimento da criança a data da entrevista, em dias completos.

3.4.2.5 Variáveis para os procedimentos de análise de sobrevivência

Para a utilização da técnica de análise de sobrevivência, foram criadas algumas variáveis:

- Variável censura: foi categorizada como "censura=0" quando a criança, no momento da entrevista, encontrava-se, ainda, em aleitamento materno exclusivo e "censura=1" quando a criança se encontrava desmamada
- Variável tempo: foi considerada a idade até a qual a criança foi amamentada exclusivamente. Quando a criança ainda estava sendo amamentada, foi considerada a idade em dias na data da entrevista. Quando a criança não se encontrava em aleitamento exclusivo, recorreu-se à informação da mãe sobre até que idade a criança recebeu aleitamento exclusivo.

As crianças que nunca foram amamentadas (7/225) foram consideradas na análise como crianças que amamentaram algumas horas. Para fins deste trabalho, foram enquadradas na categoria: amamentação exclusiva por um dia.

A forma categorizada das variáveis consideradas na análise está apresentada no quadro 3.

Quadro 3. Formas categóricas das variáveis consideradas na análise.

<u>VARIÁVEL</u>	<u>CATEGORIAS</u>
. Duração do aleitamento materno exclusivo	
<i><u>Variáveis relacionadas ao Local de Residência</u></i>	
Área de localização da residência	Micro-área de menor risco (basal) Micro-área intermediária Micro-área de maior risco
. UBS que frequenta	UBS sem programa de aleitamento (basal) UBS com programa de aleitamento
<i><u>Variáveis relativas à situação sócio-demográfica da mãe</u></i>	
. Idade	Menor ou igual a 24 anos (basal) Maior de 24 anos
. Escolaridade	Menor ou igual a 4 anos de estudo (basal) Superior a 4 anos de estudo
. Ocupação	Do lar (basal) Fora do lar
. Renda familiar mensal	Menor ou igual a 5 salários mínimos (basal) Maior que 5 salários mínimos
. Paridade	Primípara (basal) Múltipara
<i><u>Variáveis ligadas ao acesso da mãe quanto à orientação</u></i>	
. Orientação sobre aleitamento materno	Não (basal) Sim
. Local de orientação	Sem orientação (basal) UBS Hospital UBS + Hospital
. Época da orientação	Sem orientação (basal) Pré-natal Puerpério Pré-natal + Puerpério
. Dificuldades enfrentadas durante a amamentação	Não (basal) Sim
<i><u>Variáveis ligadas à criança</u></i>	
. Idade	Em dias

3. 5. *Análise dos dados*

Para determinar a duração do aleitamento materno exclusivo e a possível influência das covariáveis na duração da amamentação, a análise de dados compreendeu as seguintes fases:

a) Análise descritiva

Foram realizadas análises das distribuições de frequências das variáveis categorizadas, análises exploratórias com tabulações em dupla entrada com: a duração do aleitamento exclusivo e as covariáveis

b) Análise de sobrevida para cada variável e seus respectivos testes estatísticos.

Para determinar a duração do aleitamento materno exclusivo, foi utilizada a técnica de tábua de sobrevida de Kaplan e Meier (Lee 1992). As curvas, obtidas por essa técnica, iniciam-se com todas as crianças em aleitamento materno exclusivo. As mesmas são retiradas das curvas a partir das idades de introdução de qualquer outro alimento. Esta técnica permite estimar a proporção de crianças ainda em aleitamento materno exclusivo ao completar certo número de dias. Portanto, pode ser interpretada como estimativa de probabilidade de um recém nascido vir a ser amamentado até determinada idade.

Foram construídas curvas que representam a duração do aleitamento materno exclusivo para cada covariável, para realizar comparações. As comparações são realizadas utilizando o teste de Wald. A informação do tempo mediano de aleitamento materno foi obtida a partir dos gráficos correspondentes às curvas de decréscimo de proporção de crianças em aleitamento materno.

c) Análise multivariada

O procedimento foi utilizado para identificar as condições preditoras da duração do aleitamento materno exclusivo na população de estudo. Para isto, foi utilizado o modelo proposto por Cox (Lee, 1992).

Esta abordagem permite a entrada simultânea no modelo do conjunto de variáveis de interesse, possibilitando a análise de associação, independente de cada uma delas, levando em consideração a presença do efeito das demais, controlando fatores de confusão.

O processo de modelagem foi iniciado com todas as variáveis previamente selecionadas que, na análise univariada, apresentaram um nível descritivo de probabilidade igual ou maior do que 20%.

Durante o processo de análise foram retiradas do modelo aquelas variáveis que no teste não apresentaram valores estatisticamente significativos no nível de 5%.

Neste estudo, durante o processo de análise multivariada, o programa Stata identificou colineariedade de duas variáveis, as quais não podiam permanecer no mesmo modelo. Devido a essa particularidade, para iniciar a análise multivariada foram construídos dois modelos iniciais cada um contendo uma destas variáveis.

Para a criação do banco de dados, foi utilizado o programa estatístico “Epi-Info – *Questionnaire Processing Program*” versão 6.0 (Dean e col., 1994). As análises foram feitas com o programa KMSURV (Campos Filho & Franco, 1988) e COXSURV (Campos Filho & Franco, 1989) e Stata (Hamilton, 1998).

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da população de estudo

- *Condição de aleitamento materno exclusivo e idade da criança por ocasião da entrevista*

Das 225 crianças estudadas, 62 recebiam aleitamento materno exclusivo por ocasião da entrevista; destas, a maior parte (47) contava com menos de 91 dias de vida. Houve maior concentração de crianças na faixa etária mais elevada, dado que 134 (59,6%) tinham 181 dias ou mais de vida (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de crianças, segundo condição de aleitamento materno exclusivo e idade por ocasião da entrevista.

	ALEITAMENTO		EXCLUSIVO			
Idade em dias	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 - 30	17	85,0	3	15,0	20	100
31 - 60	12	85,7	2	14,3	14	100
61 - 90	18	81,8	4	18,2	22	100
91 - 120	5	62,5	3	37,5	8	100
121 - 150	5	35,7	9	64,3	14	100
151 - 180	4	30,8	9	69,2	13	100
181 a +	1	0,7	133	99,3	134	100
Total	62	27,6	163	72,4	225	100

- *Micro-área de risco*

Na tabela 2, estão apresentados o número e percentagem de mães, segundo o local de residência da família, referente à micro-área de risco. Observa-se a predominância da micro-área intermediária.

Tabela 2 – Número e percentagem de mães, segundo micro-área de risco.

<i>Micro-área de Risco</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Menor risco	52	23,1
Intermediário	106	47,1
Maior Risco	67	29,8
Total	225	100

- ***Unidade Básica de Saúde (U. B.S.)***

Na tabela 3, estão apresentados o número e a percentagem de mães, segundo a procura de Unidade Básica de Saúde (U.B.S.). Observa-se a predominância de mães que procuraram a U.B.S. com programa de incentivo de aleitamento materno.

Tabela 3 – Número e percentagem de mães, segundo U.B.S. que freqüentam

<i>U.B.S.</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Sem programa de incentivo ao Aleitamento	84	37,3
Com programa de incentivo do aleitamento	141	62,7
Total	225	100

- ***Idade da mãe***

Na tabela 4, estão apresentados dados referentes ao número e percentagem de mães, segundo a idade, por ocasião da entrevista. Observa-se uma proporção levemente superior de mães com idade superior a 24 anos. A idade das mães, por ocasião da entrevista, variou de 15 a 48 anos, sendo a idade média de 26 anos, a idade mediana de 25 anos e o desvio padrão, igual a 6,7 anos.

Tabela 4 – Número e porcentagem de mães, segundo idade por ocasião da entrevista.

<i>Idade (anos)</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
≤ 24	109	48,4
> 24	116	51,6
Total	225	100

- ***Escolaridade da mãe***

Na tabela 5, estão apresentados dados referentes ao número e porcentagem de mães, segundo a escolaridade. Observa-se uma predominância de mães com mais de 5 anos de escolaridade. Apenas 1,8% das mães entrevistadas eram analfabetas, havendo, portanto, uma proporção maior de mães alfabetizadas. Nenhuma delas tinha o curso superior.

Tabela 5 – Número e porcentagem de mães, segundo escolaridade.

<i>Escolaridade (anos)</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Menor ou igual a 4 anos de estudo	53	23,6
Superior a 4 anos de estudo	172	76,4
Total	225	100

- ***Ocupação da mãe***

A tabela 6 apresenta dados referentes ao número e porcentagem de mães, segundo ocupação. Observa-se a predominância (64%) das mães que trabalham em casa, em serviços domésticos (dona de casa / do lar).

Tabela 6 – Número e porcentagem de mães segundo ocupação.

<i>Ocupação</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Dona de casa / do lar	144	64,0
Trabalha fora	81	36,0
Total	225	100

Na tabela 6.1., são apresentados dados referentes às mães que trabalham fora, no que se refere a tipo de ocupação. Observa-se que perto de 20% das mesmas estão em ocupações manuais não especializadas (empregada doméstica, cozinheira, faxineira, lavadeira, diarista, etc.).

Tabela 6.1. – Número e porcentagem de mães, segundo tipo de ocupação.

<i>Ocupação*</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Ocupações manuais não especializadas	44	19,5
Ocupações manuais especializadas e assemelhadas	26	11,6
Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas	3	1,3
Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas	8	3,6
Dona de casa / do lar**	144	64,0
Total	225	100

* Segundo escala de prestígio ocupacional de Aparecida Joly Gouveia (1969).

** Na classificação de Gouveia (1969) não há este tipo de ocupação.

Do total de mães que referiram trabalhar fora do lar (81), apenas 9 (11,1%) delas fizeram referência à licença - maternidade.

• *Renda familiar mensal*

Na tabela 7, estão apresentados o número e porcentagem de mães, segundo faixa de rendimento familiar mensal (em reais). Observa-se que, em torno de 85% das mães estão na faixa de rendimentos de até R\$ 599,00. A referência de nenhum ganho em espécie ocorreu em 10 famílias (4,4%).

Tabela 7 – Número e porcentagem de mães, segundo renda familiar mensal.

<i>Renda familiar mensal</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Menor ou igual a 5 salários mínimos	190	84,4
Maior que 5 salários mínimos	35	15,6
Total	225	100

- ***Paridade***

Na tabela 8, estão apresentados o número e porcentagem de crianças, segundo paridade da mãe. Observa-se a predominância de crianças que foram classificadas como filhos de multíparas. O número de gestações variou de 1 a 9, com uma média de 2 filhos por família.

Tabela 8 – Número e porcentagem de crianças segundo paridade da mãe.

<i>Paridade</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Primípara	87	38,7
Multípara	138	61,3
Total	225	100

• *Características da orientação recebida pelas mães em relação ao aleitamento materno*

Nas tabelas 9, 10 e 11 estão apresentados o número e porcentagem de mães, segundo orientação recebida, local e momento da orientação. Constata-se que a grande maioria de mães recebeu orientação sobre aleitamento materno. Do total de mães que referem ter recebido orientação, verifica-se que há uma pequena predominância no grupo que recebeu a orientação no hospital, principalmente no puerpério.

Tabela 9 – Número e porcentagem de mães, segundo orientação recebida sobre aleitamento materno do último filho.

<i>Orientação recebida</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Não	47	20,9
Sim	178	79,1
Total	225	100

Tabela 10 – Número e porcentagem de mães, segundo local de orientação.

<i>Receberam orientação</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Não receberam orientação	47	20,9
U.B.S.	70	31,1
Hospital (público ou particular)	80	35,6
U.B.S. + Hospital	28	12,4
Total	225	100

Tabela 11 – Número e porcentagem de mães, segundo o momento da orientação.

<i>Momento da orientação</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Não receberam orientação	47	20,9
Pré-natal	53	23,6
Puerpério	100	44,4
Pré-natal + Puerpério	25	11,1
Total	225	100

A orientação sobre o aleitamento materno foi realizada, na sua grande maioria, por pessoal de enfermagem.

- ***Referência a dificuldades***

Na tabela 12, estão apresentados o número e a porcentagem de mães, segundo a presença ou não de dificuldades durante o período de aleitamento materno. Observa-se que pouco mais da metade (52,9%) referiu algum tipo de dificuldade.

Tabela 12 – Número e porcentagem de mães, segundo a presença ou não de dificuldades durante a amamentação.

<i>Referiram dificuldades</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Não	106	47,1
Sim	119	52,9
Total	225	100

Na tabela 12.1 são apresentados dados alusivos às dificuldades referidas pelas mães durante a amamentação. Predominam aquelas relativas à mama (fissuras, ingurgitação, mastites), seguidas por aquelas relativas ao leite, seja na forma qualitativa ou quantitativa (pouco leite, leite fraco, não sustenta, não protege, criança chora de fome).

Tabela 12.1 – Número e porcentagem de mães, segundo a presença, ou não, de dificuldades.

<i>Dificuldades</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Relativas à mama	52	23,1
Relativas ao leite	39	17,3
Doença da mãe	4	1,8
Trabalho da mãe	15	6,7
Dificuldade de sucção	9	4,0
Sem dificuldades	106	47,1
Total	225	100

- *Censura*

Na tabela 13, apresenta-se o número e porcentagem de crianças, segundo a censura.

Tabela 13 – Número e porcentagem de crianças segundo tipo de censura.

<i>Censura</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
0 – ainda amamenta	62	27,6
1 - deixou de amamentar	163	72,4
Total	225	100

No quadro 4, estão apresentados o número e a porcentagem das variáveis já citadas, segundo o tipo de censura (0, 1).

Quadro 4 - Número e porcentagem de variáveis segundo censura.

VARIÁVEIS	CENSURA					
	Ainda em amamentação		Deixou de ser amamentada		TOTAL	
	0		1			
	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%
Micro-área de risco:						
. Menor risco	12	23,1	40	76,9	52	100
. Intermediária	28	26,4	78	73,6	106	100
. Maior risco	22	32,8	45	67,2	67	100
UBS:						
. Sem programa de aleitamento	18	21,4	66	78,6	84	100
. Com programa de aleitamento	44	31,2	97	68,8	141	100
Idade da mãe:						
. ≤ 24 anos	32	29,4	77	70,6	109	100
. > 24 anos	30	25,9	86	74,1	116	100
Escolaridade da mãe:						
. Até 4 anos	12	22,6	41	77,4	53	100
. Maior de 4 anos	50	29,1	122	70,9	172	100
Ocupação da mãe:						
. Dona de casa	44	30,6	100	69,4	144	100
. Trabalha fora do lar	18	22,2	63	77,8	81	100
Renda familiar mensal:						
. Até 5 S.M. (inclusive)	48	25,3	142	74,7	190	100
. Maior que 5 S.M.	14	40,0	21	60,0	35	100
Paridade:						
. Primípara	23	26,4	64	73,6	87	100
. Multipara	39	28,3	99	71,7	138	100
Recebeu orientação:						
. Não	10	21,3	37	78,7	47	100
. Sim	52	29,2	126	70,8	178	100
Local da orientação:						
. Sem orientação	10	21,3	37	78,7	47	100
. U.B.S.	20	28,6	50	71,4	70	100
. Hospital	20	25,0	60	75,0	80	100
. U.B.S. + hospital	12	42,9	16	57,1	28	100
Momento da Orientação:						
. Sem orientação	10	21,3	37	78,7	47	100
. Pré-natal	20	37,7	33	62,3	53	100
. Puerpério	22	22,0	78	78,0	100	100
. Pré-natal + Puerpério	10	40,0	15	60,0	25	100
Referência de dificuldades:						
. Não	39	36,8	67	63,2	106	100
. Sim	23	19,3	96	80,7	119	100

4.2. Duração do Aleitamento Materno Exclusivo

4.2.1. Procedimentos Univariados – Análise de Sobrevida

- **Análise Geral**

Mediante estudo feito com as 225 crianças, utilizando a metodologia das tábuas de sobrevida, verificou-se que a duração (mediana) do aleitamento materno exclusivo é curta, tendo em vista que a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo aos 30 dias foi de 86,7%, aos 90 dias, 52,1% e aos 120 dias, 35,3%. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi 90 dias (gráfico 1).

- *Duração do aleitamento materno exclusivo, segundo características:*
- **Micro-área de risco**

O grupo da micro-área de menor risco apresentou tendência à duração de aleitamento materno mais curta. Os outros dois grupos de micro-área de risco apresentaram curvas que se cruzam, manifestando grande semelhança (gráfico 2).

Na tabela 14 são apresentados dados sobre o tempo de aleitamento. Os tempos medianos de aleitamento materno dos grupos de micro-área de maior risco, intermediário e menor risco, mostraram-se diferentes, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,322$ e $p=0,412$) entre eles.

Tabela 14 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo micro-área de risco

<i>Micro-área de risco</i>	<i>Número</i>	<i>Tempo</i>	<i>Aleitamento</i>	<i>Exclusivo</i>
		<i>Mediana</i>	<i>Percentil . 75</i>	<i>Percentil 25</i>
Menor	52	60	120	45
Intermediário	106	90	120	60
Maior	67	90	150	30

- **Unidade Básica de Saúde (U.B.S.)**

Ao ser analisado o gráfico 3, verificou-se que a duração de aleitamento materno foi mais prolongada entre mães que freqüentavam a UBS que contava com o programa de incentivo ao aleitamento materno; observou-se, também, no início das curvas, o cruzamento das mesmas para depois continuarem separadas. Houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p=0,055$).

Os tempos medianos de aleitamento materno foram de 60 e 90 dias, mostrando diferença associada às mães que freqüentavam a UBS com programa de amamentação (tabela 15).

Tabela 15 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo U.B.S. que frequenta

U.B.S.	Número	Tempo Aleitamento Exclusivo		
		Mediana	Percentil 75	Percentil 25
Sem programa de Aleitamento materno	84	60	120	30
Com programa de aleitamento	141	90	150	60

• Idade da mãe

A duração de aleitamento materno comportou-se de modo semelhante para os dois grupos escolhidos. Ambas as curvas são semelhantes (gráfico 4). Não houve diferença estatística significativa ($p=0,866$).

Os tempos medianos de aleitamento materno exclusivo apresentam coincidência de valores entre os dois grupos de idades, sendo a duração mediana de 90 dias (tabela 16).

Tabela 16 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo idade da mãe

<i>Idade da mãe</i>		<i>Tempo</i>	<i>Aleitamento</i>	<i>Exclusivo</i>
<i>(anos completos)</i>	<i>Número</i>	<i>Mediana</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 25</i>
≤ a 24 anos	109	90	120	60
> 24 anos	116	90	120	30

• Escolaridade da mãe

A duração do aleitamento materno foi mais prolongada em mães que apresentaram maior escolaridade (gráfico 5). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,038$). O tempo mediano de

aleitamento materno para os grupo de maior escolaridade mostrou-se mais prolongado (tabela 17).

Tabela 17 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo escolaridade da mãe

<i>Escolaridade da mãe (anos)</i>	<i>Número</i>	<i>Tempo</i>	<i>Aleitamento</i>	<i>Exclusivo</i>
		<i>Mediana</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 25</i>
Menor ou igual a 4 anos	53	60	120	25
Maior que 4 anos	172	90	120	60

• Ocupação da mãe

A duração de aleitamento materno foi mais prolongada entre crianças, cujas mães eram donas de casa/do lar (gráfico 6), sendo que na comparação estatística verificou-se diferença significativa ($p=0,018$).

O tempo mediano de aleitamento materno do grupo de mães, donas de casa/do lar, foi mais prolongado (tabela 18).

Tabela 18 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo ocupação da mãe

<i>Ocupação da mãe</i>	<i>Número</i>	<i>Tempo Aleitamento Exclusivo</i>		
		<i>Mediana</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 25</i>
Do lar	144	90	150	30
Fora do lar	81	60	90	60

Os tempos medianos de aleitamento materno apresentam diferenças estatisticamente significantes, segundo tipo de atividade da mãe (tabela 18.1).

Tabela 18.1 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo ocupação da mãe

Ocupação da mãe	Número	Tempo Mediana	Aleitamento Percentil 75	Exclusivo Percentil 25
Do lar	144	90	150	30
<u>Fora do lar:</u>				
Ocupações manuais não especializadas	44	60	90	30
Ocupações manuais especializadas e assemelhadas	26	90	120	60
Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas	3	60	60	60
Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas	8	60	60	4

• Renda familiar mensal

Na análise do gráfico 7, observou-se que os dois grupos de renda apresentaram curvas que se cruzam, manifestando grande semelhança. De fato, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos ($p=0,621$).

Constatou-se o mesmo tempo mediano de aleitamento materno em ambos grupos (tabela 19).

Tabela 19 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo renda familiar mensal

<i>Renda familiar mensal</i>	<i>Número</i>	<i>Tempo Aleitamento Exclusivo</i>		
		<i>Mediana</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 25</i>
Até 5 salários mínimos (inclusive)	190	90	120	30
Maior que 5 salários mínimos	35	90	150	60

• Paridade

A duração de aleitamento materno foi prolongada para as crianças, cujas mães eram multiparas. Observou-se a proximidade entre as curvas, indicando semelhança (gráfico 8). Não ocorreu diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p=0,333$).

Os tempos medianos de aleitamento materno apresentaram valor escalonado, aumentando com a paridade. As crianças que foram produtos da primeira gestação tenderam a apresentar tempo de aleitamento materno bem mais curto que da outra categoria. (tabela 20).

Tabela 20 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo paridade

<i>Paridade</i>	<i>Número</i>	<i>Tempo</i>	<i>Aleitamento</i>	<i>Exclusivo</i>
		<i>Mediana</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 25</i>
Primípara	87	75	120	30
Multipara	138	90	150	45

- **Referência de orientação**

Ao analisar o gráfico 9, observou-se que a duração de aleitamento materno mostrou-se prolongado naquelas crianças, cujas mães referiram ter recebido orientação sobre amamentação. Não se observa cruzamento entre as duas curvas. Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,159$).

O tempo mediano de aleitamento materno foi mais prolongado no grupo que referiu ter recebido orientação (tabela 21).

Tabela 21 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo referência a orientações sobre amamentação

Referência à orientação	Número	Tempo	Aleitamento	Exclusivo
		Mediana	Percentil 75	Percentil 25
Sem orientação	47	60	90	30
Com orientação	178	90	120	60

• Local de orientação

Ao se analisar o gráfico 10, verificou-se que a duração de aleitamento materno foi mais prolongada entre mães orientadas no hospital e na UBS. Nota-se, pelo gráfico 10, tendência a maior duração para o grupo referente a ambos (hospital

com UBS), constatando-se diferença estatística significativa com as outras categorias ($p=0,025$).

Os dois grupos que se referiram apenas a um local de orientação apresentaram curvas que se cruzam, manifestando semelhança. De fato, não houve diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos ($p=0,192$; $p=0,627$).

Os tempos medianos de aleitamento materno foram apreciavelmente diferentes nos três grupos, aumentando quando a orientação tinha sido recebida em mais de um local (tabela 22).

Tabela 22 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo referência ao local da orientação sobre amamentação

<i>Referência do local da orientação</i>	<i>Número</i>	<i>Tempo Aleitamento Exclusivo</i>		
		<i>Mediana</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 25</i>
Sem orientação	47	60	90	30
U.B.S. sem hospital	70	90	150	30
Hospital sem U.B.S.	80	60	120	30
U.B.S com hospital	28	120	150	90

- **Momento da orientação**

Ao ser analisado o gráfico 11, verifica-se que a duração de aleitamento materno foi mais prolongada entre mães orientadas, tanto no pré-natal como no puerpério. Este grupo apresentou diferença estatisticamente significativa com as outras categorias ($p=0,026$).

Em relação aos grupos que referiram apenas um dos períodos de orientação, estes apresentaram curvas próximas e com cruzamento, manifestando semelhança. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos ($p=0,298$; $p=0,402$).

Os tempos medianos de aleitamento materno foram diferentes em todas as categorias, mostrando diferença apreciável associada a mães que foram orientadas em ambos períodos (tabela 23).

Tabela 23 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo referência do momento da orientação sobre amamentação

Referência do momento da orientação	Número	Tempo Aleitamento Exclusivo		
		Mediana	Percentil 75	Percentil 25
Sem orientação	47	60	90	30
Pré-natal	53	90	120	30
Puerpério	100	60	120	30
Pré-natal e puerpério	25	120	180	90

• **Referência de dificuldades durante a amamentação**

No gráfico 12, verifica-se que a duração do aleitamento materno foi mais prolongada quando as mães não referiram dificuldades durante a amamentação, havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,000$).

Ao se analisar a tabela 24 , verifica-se que o tempo mediano de aleitamento materno do grupo de mães que referiram dificuldades durante a amamentação foi a metade do tempo daquelas que não referiram problemas.

Tabela 24 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo referência de dificuldades durante o período de amamentação

<i>Referência de dificuldades</i>	<i>Número</i>	<i>Tempo</i>	<i>Aleitamento</i>	<i>Exclusivo</i>
		<i>Mediana</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 25</i>
Sem dificuldades	106	120	150	90
Com dificuldades	119	60	90	30

Em relação ao tipo de dificuldades referidas pelas mães durante o processo de amamentação, observam-se comportamentos diferentes, segundo o problema referido.

Os tempos medianos de aleitamento materno exclusivo para os grupos foram diferentes, apresentando menor duração do aleitamento mães que referiram dificuldades relativas ao leite, dificuldade de sucção e doença dela (mãe). O segundo lugar é ocupado pelas mães que referiram trabalho e, finalmente, apresentaram maior duração de aleitamento, entre essas categorias, aquelas mães que referiram problemas de mamas (tabela 24.1).

Tabela 24.1 - Tempo de aleitamento materno exclusivo (percentil) de crianças, segundo tipo de dificuldades durante o período de amamentação

<i>Tipo de dificuldade</i>	<i>Número</i>	<i>Tempo</i>	<i>Aleitamento</i>	<i>Exclusivo</i>
		<i>Mediana</i>	<i>Percentil 75</i>	<i>Percentil 25</i>
Problemas de mamas	52	90	120	30
Relativos ao leite	39	30	60	15
Doença da mãe	4	30	60	1
Trabalho da mãe	15	60	90	30
Dificuldade de sucção	9	30	60	4

B. Análise Univariada - Cox.

No quadro 5 apresentam-se os resultados da análise univariada e, no anexo 5, o procedimento.

De acordo com os resultados da análise univariada, as variáveis que se mostraram associadas à duração da amamentação mais prolongada (de proteção) foram: mães com mais de 4 anos de escolaridade, que freqüentam U.B.S. com programa de incentivo ao aleitamento materno, que receberam orientação no pré-natal e puerpério, de forma combinada, e que foram orientadas na U.B.S. e no hospital.

Por outro lado, as variáveis - referência de dificuldades e trabalho fora do lar - favoreceram uma duração menor da amamentação.

Quadro 5. Resultados da análise univariada (Cox).

<i>Variáveis</i>	<i>P</i>	<i>Razão de riscos</i>
	<i>Wald</i>	<i>Não ajustados</i>
Micro-área de risco:		
- de menor risco		1.000
- intermediário	0,322	0.823
- de maior risco	0,412	0.836
UBS que frequênta:		
- UBS sem programa de AM		1.000
- UBS com programa de AM	0,055	0.735
Idade da mãe:		
- ≤ 24 anos		1.000
- > 24 anos	0,866	1.027
Escolaridade da mãe:		
- até 4 anos		1.000
- maior que 4 anos	0,038	0.686
Ocupação da mãe:		
- do lar		1.000
- fora do lar	0,018	1.478
Renda familiar mensal:		
- até 5 salários mínimos		1.000
- maior que 5 salários mínimos	0,621	0.890
Paridade:		
- primípara		1.000
- multipara	0,333	0.855
Referência de orientação:		
- não		1.000
- sim	0,159	0.767
Local de orientação:		
- Sem orientação		1.000
- UBS	0,192	0.752
- Hospital	0,627	0.902
- UBS + Hospital	0,025	0.510
Momento da orientação:		
- Sem orientação		1.000
- pré-natal	0,298	0.779
- pós-parto	0,402	0.854
- pré-natal + puerpério	0,026	0.505
Referência de dificuldades:		
- não		1.000
- sim	0,000	2.399

4.2.2. Análise multivariada

Determinantes da duração do aleitamento materno exclusivo

As variáveis - U.B.S., escolaridade da mãe, ocupação da mãe, local de orientação, momento da orientação e referência a dificuldades - foram selecionadas para a análise multivariada, segundo os critérios estabelecidos *a priori* (metodologia).

Utilizando o programa Stata detectou-se uma colinearidade nas variáveis - local de orientação e momento de orientação -, portanto, não podiam fazer parte do mesmo modelo. Como ambas variáveis apresentavam categorias significativas, optou-se por proceder a duas análises separadas, com dois modelos iniciais. O modelo que contém a variável - local de orientação - foi designado como Modelo "A" e aquele que contém a variável - momento da orientação - como Modelo "B".

Nos quadros 6 e 8 estão apresentadas o modelo inicial e modelo final do grupo que contém a variável - local de orientação. No quadro 7, encontra-se o resultado do teste de razão de verossimilhança para as variáveis do grupo "A". Partindo do modelo inicial, foram retiradas do modelo, as variáveis que não apresentaram valores estatisticamente significativos, no nível de 5%.

Quadro 6 – Análise multivariada do aleitamento materno exclusivo. Modelo inicial "A".

<i>Variáveis</i>	p	Razão de riscos I C 95%	
U.B.S. com programa de Aleitamento	0,129	0,764	0,53 - 1,08
Escolaridade da mãe: > 4 anos	0,071	0,712	0,49 - 1,03
Ocupação da mãe: fora do lar	0,471	1,138	0,80 - 1,06
Com dificuldades na amamentação	0,000	2,739	1,94 - 3,86
Orientação na U.B.S.	0,102	0,686	0,43 - 1,07
Orientação no hospital	0,237	0,776	0,50 - 1,18
Orientação U.B.S. + Hospital	0,009	0,432	0,22 - 0,81

Quadro 7. Resultado da análise - Modelo "A".

<i>Variáveis</i>	<i>Log likelihood</i>	<i>Graus de Liberdade</i>	<i>Likelihood-ratio test* Chi 2</i>	<i>graus de liberdade</i>
Modelo Inicial	- 720,07318	7		
Modelo sem U.B.S.	- 721,21597	6	2,29	7 - 6 = 1
Modelo sem ocupação	- 721,64	5	0,85	6 - 5 = 1
Modelo sem escolaridade	- 723,055	4	2,83	5 - 4 = 1
Modelo sem local	- 730,05734	1	14,00	4 - 1 = 3

* Cox: likelihood-ratio test = Teste de razão de verossimilhança

Quadro 8. Análise multivariada do aleitamento materno exclusivo. Modelo final "A".

Variáveis	Razão de riscos		p	IC 95%
	Não ajustada	Ajustada		
Com dificuldades na amamentação	2,399	2,759	0,000	1,98 - 3,84
Orientação na U.B.S. sem hospital	0,752	0,613	0,027	0,39 - 0,94
Orientação no hospital sem U.B.S.	0,902	0,777	0,237	0,51 - 1,17
Orientação U.B.S e Hospital	0,510	0,352	0,001	0,19 - 0,64

Analizando o efeito conjunto de todas as variáveis do grupo "A ", sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, permaneceram significantes (quadro 8) as variáveis - referência a dificuldades durante a amamentação e local de orientação (U.B.S. com hospital). O procedimento de modelagem estatística dos dados encontra-se no anexo 5.

Nos quadros 9 e 11 estão apresentadas o modelo inicial e modelo final do grupo que contém a variável - momento da orientação. No quadro 10, encontra-se o resultado do teste de razão de verossimilhança para as variáveis do grupo "B ". Partindo do modelo inicial, foram retiradas do modelo, as variáveis que não apresentaram valores estatisticamente significativos no nível de 5%.

Quadro 9. Análise multivariada do aleitamento materno exclusivo. Modelo inicial

"B".

Variáveis	p	Razão de riscos	IC 95%
U.B.S. com programa de Aleitamento	0,168	0,778	0,54 - 1,11
Escolaridade da mãe: > 4 anos	0,102	0,733	0,50 - 1,06
Ocupação da mãe: fora do lar	0,564	1,110	0,77 - 1,58
Com dificuldades na amamentação	0,000	2,804	1,98 - 3,96
Orientação no pré-natal	0,136	0,677	0,40 - 1,13
Orientação no puerpério	0,152	0,746	0,50 - 1,11
Orientação pré-natal + puerpério	0,008	0,407	0,20 - 0,79

Quadro 10. Resultado da análise - Modelo "B".

Variáveis	Log likelihood	Graus de Liberdade	Chi 2	Likelihood-ratio test* graus de liberdade
Modelo Inicial	- 720,06865	7		
Modelo sem ocupação	- 720,234	6	0,33	7 - 6 = 1
Modelo sem U.B.S.	- 721,26081	5	2,05	6 - 5 = 1
Modelo sem escolaridade	- 722,48833	4	2,46	5 - 4 = 1
Modelo sem momento	- 730,05734	1	15,14	4 - 1 = 3

Quadro 11. Análise multivariada do aleitamento materno exclusivo. Modelo final

"B".

Variáveis	Razão de riscos		p	IC 95%
	não ajustada	Ajustada		
Com dificuldades na amamentação	2,399	2,853	0,000	2,04 - 3,98
Orientação no pré-natal	0,779	0,602	0,038	0,37 - 0,97
Orientação no puerpério	0,854	0,744	0,146	0,50 - 1,10
Orientação no pré-natal e puerpério	0,505	0,324	0,000	0,17 - 0,60

Analizando o efeito conjunto de todas as variáveis, sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, permaneceram significantes (quadro 11) as variáveis - referência a dificuldades durante a amamentação e momento da orientação recebida (pré-natal + puerpério). O procedimento de modelagem estatística dos dados encontra-se no anexo 5.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo foi direcionado para verificar a associação de algumas características da mãe e da família e a duração do aleitamento materno exclusivo, numa população usuária de Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.).

Foram escolhidas duas U.B.S. de uma região urbana que apresenta maiores índices de mortalidade infantil quando comparada com outras regiões do mesmo município (Prefeitura de Londrina, 1996). A diferença entre essas unidades de saúde reside na programação - uma delas conta com um Programa de estímulo ao Aleitamento Materno e a outra não desenvolve essas ações programadas, embora esteja localizada nas proximidades da primeira e atender ao mesmo tipo de população. A seleção destas U.B.S. foi, portanto, intencional.

Fizeram parte do estudo todas as mães com filhos de até dois anos de idade que freqüentaram as U.B.S. no período de estudo e que cumpriram os critérios de inclusão indicados na metodologia. As mães apresentaram similaridades nas características sócio-demográficas analisadas, embora fossem usuárias de diferentes U.B.S. Deve-se ressaltar que foram consideradas todas as crianças que, por diferentes motivos (doença ou não doença), compareceram a esses serviços. Também não houve recusa de nenhuma mãe para a entrevista, portanto, não houve perdas.

Neste estudo não estão representadas aquelas mães que não freqüentam as U.B.S e que optam por atendimento em outro tipo de serviço, como consultórios médicos particulares, clínicas ou hospitais particulares. Também não estão representadas aquelas mães com curso superior.

Os achados resumem a experiência das mães de crianças de até dois anos de idade, nas micro-áreas de risco e que freqüentam as U.B.S. e podem ser úteis para instituições locais, reforçando ações para a amamentação. Também, os resultados podem servir como aproximação para o que acontece em áreas com características semelhantes. Tendo em vista que o grupo estudado difere da população geral, os resultados não podem ser generalizados para toda a população.

As informações foram obtidas através da lembrança materna e do prontuário médico da criança. Como as informações obtidas por lembrança materna estão sujeitas a tendenciosidades próprias de falhas na recordação, na busca de minimizar esta possível falha, as informações dadas pelas mães foram confrontadas com as anotações do prontuário da criança. Segundo Laurner e col. (1992), estudos sobre

aleitamento materno baseados na memória materna alcançam confiabilidade razoável e não são afetados por variáveis sócio-demográficas.

Foi realizada análise dos dados referentes à população de estudo, considerando a disponibilidade de informações completas a respeito das variáveis estudadas. Tanto a digitação dos registros, como a codificação das variáveis, foram conferidas para corrigir possíveis erros de digitação.

O uso da técnica de análise de Sobrevida de Kaplan e Meier (Lee, 1992), permitiu a utilização de informações de crianças desmamadas e também daquelas amamentadas no momento da entrevista. Notzon (1984), ressalta, como vantagens do método, a estimativa da duração mediana da amamentação, o fornecimento de estimativas confiáveis da proporção de crianças amamentadas por diferentes períodos. Esta última é essencial para avaliar tendências nos padrões de aleitamento materno.

O modelo multivariado de Cox permitiu o controle de algumas variáveis de confundimento. É possível que permaneça um efeito de confusão residual por ajuste incompleto (variáveis não incluídas no modelo), uma vez que se optou por usar no modelo de Cox apenas algumas variáveis, as mais freqüentemente citadas na literatura.

O Ministério da Saúde (MS, 1999), a Organização Mundial da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1998) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (Alencar, 1999) recomendam o aleitamento materno exclusivo para todas as crianças até os seis meses de idade, e complementado adequadamente até os dois anos de idade ou mais, se possível.

A análise do padrão de amamentação exclusiva da população estudada em Londrina mostra que metade dessas crianças são desmamadas já aos três meses de idade, não atingindo os limites recomendados. Entretanto, a duração mediana da amamentação exclusiva no grupo estudado mostrou-se superior à observada em diversas partes do Brasil (Martins Filho, 1976; Berquó e col., 1981; Monteiro, 1988; Souza e col., 1991; Siqueira e col., 1994; Tonial, 1996; Vieira e col., 1998).

De acordo com os resultados desse trabalho, a análise univariada apontou que as variáveis - micro-área de risco, idade da mãe, paridade, renda familiar mensal - não exerceram efeito significativo sobre a duração da amamentação exclusiva. Quanto a estas três últimas variáveis, a literatura mostra resultados contraditórios

decorrentes de estudos com populações heterogêneas, ao contrário de nosso estudo, em que a população é razoavelmente homogênea.

Nosso estudo foi realizado em uma área urbana, levando em conta a sua divisão em “microáreas de risco” (definido pela Prefeitura de Londrina, 1994a, 1994b) com a intenção de evidenciar diferenças entre elas, no que se refere à prática da amamentação. Os resultados apontam que a microárea de maior risco, caracterizada por apresentar piores condições de desenvolvimento sócio-econômico, apresentou uma duração da amamentação maior que as outras microáreas; contrariamente, nas microáreas de menor risco, a duração do aleitamento materno exclusivo foi mais curta que nas demais.

Isto possivelmente estaria associado ao fato de se tratar de pessoas com maiores recursos financeiros, possibilitando, desta forma, maior acesso e diversificação de alimentos a serem disponibilizados para o consumo de seus filhos. Entretanto, o mesmo raciocínio lógico-hipotético não pode, em nosso entender, ser aplicável às pessoas residentes em microáreas de maior risco, ou seja, que pessoas com recursos escassos optam pelo aleitamento materno exclusivo, em face da impossibilidade de compra de substitutos do leite materno.

Justifica-se tal assertiva uma vez que a questão não pode ser considerada a partir de um raciocínio único, linear, dado que outros fatores podem estar interferindo no comportamento dessas mães, com relação à prática do aleitamento materno. Também devemos considerar a influência de Campanhas e Programas de Incentivo ao aleitamento materno desenvolvidos pelo governo e organismos não governamentais e dirigidas especialmente às camadas sociais mais pobres. Devemos também ressaltar a atuação da U.B.S com programa de incentivo à amamentação nas áreas de maior risco. Outro fator a ponderar seria a manutenção de costumes culturais pois poderia tratar-se de pessoas que migraram de zonas rurais para as zonas urbanas. A respeito deste último ponto, não foi verificado em nosso estudo a procedência ou origem das mães (rural ou urbana).

Além dos citados, é importante lembrar que grande parte do sucesso do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (MS, 1991a, Shelton, 1990) foi atribuída à campanha utilizando os meios de comunicação de massa, em especial a televisão, que veiculou mensagens relativas à amamentação. As propagandas contaram com a participação de personalidades, (entre eles artistas) que

promoviam a mudança de valores e hábitos em favor da amamentação. Os meios de comunicação, ainda naquela época (década de 80) divulgaram, de forma maciça o aleitamento materno, no sentido de provocar impacto, objetivando a mudança de valores e hábitos. Na época, a Rede Globo de televisão tinha uma cobertura de 99% dos domicílios com TV. Os resultados mostraram um aumento do tempo da amamentação.

A população brasileira tem nos meios de comunicação e em especial na televisão, sua maior fonte, não só de informação, mas também, de modelos de comportamento, linguagem, moda, hábitos e atitudes. Esses meios de comunicação contam com boa penetração popular, destacando-se em eficiência, persuasão, impacto e penetração de forma ampla e popular.

Este fato torna-se importante quando refletimos sobre as possibilidades estratégicas no campo da educação, tendo como objeto de atenção a mudança de comportamento com relação à amamentação pois, agregar o trabalho de rotina da U.B.S. com a força dos meios de comunicação de massa pode, sem dúvida, potencializar, em parte, o impacto na direção da mudança de comportamento da população.

Na análise multivariada, as variáveis - U.B.S., escolaridade e ocupação da mãe - não exerceram efeito significativo sobre a duração da amamentação exclusiva.

Estudos envolvendo incentivo de práticas de amamentação em serviços de saúde (Davies-Adetugbo e col., 1997; Figueiredo e Goulart, 1995); Corrêa, 1996; Thomson e col., 1982; Althoff, 1985; Arlotti e col., 1988; Haider e col., 1997; Pugin e col., 1996), mostram uma mudança na prática de amamentação, a favor de uma maior duração.

Em nosso estudo, a duração da amamentação exclusiva observada, conforme U.B.S., evidenciou duração maior para crianças filhas de mães usuárias de U.B.S. com programa de incentivo à amamentação. No entanto, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

O esperado, neste estudo, era que o comportamento de mães de crianças menores de dois anos, da UBS com programa de incentivo ao aleitamento, fosse substancialmente diferente e positivo em relação a usuárias de U.B.S. sem esse tipo de programação.

Uma das hipóteses que poderia estar sendo aventada seria a existência de problemas ligados ao processo de capacitação do pessoal de saúde, tais como não regularidade de treinamentos, enfatizando o de trabalhadores recém-incorporados para o desenvolvimento do programa, e supervisão, que estariam contribuindo para esses resultados. Caso isso esteja ocorrendo, a instituição não estaria cumprindo o passo número 2 da implantação da U.B.S. amiga da criança. A recomendação da OMS/UNICEF (WHO, 1998), em relação a esse item, é que o treinamento em amamentação e manejo da mesma deve ser dado aos vários tipos de pessoal, incluindo os novos empregados.

Um outro ponto a considerar é a possível resistência do pessoal de saúde que recebeu o treinamento para a mudança de atitudes em relação à amamentação, por se tratar de tema que envolve questões técnico-operacionais e político-administrativas. Este fato foi apontado, também, por Westphal e col., (1996) e Toma (1998), que referem dificuldades nas instituições para motivar modificações em benefício da amamentação.

De acordo com Giugliani e colaboradores (1995), no atual sistema de saúde, a maioria da população é atendida precariamente em locais superlotados, por diferentes profissionais de saúde, dificultando o vínculo entre a mãe e o profissional. Também, uma boa parcela de crianças não é acompanhada regularmente por pediatras, sendo vista apenas na vigência de doenças.

Ao anterior, deve-se agregar o pouco tempo de que dispõe a mãe para permanecer no serviço de saúde, o que é observado diferentemente em um hospital, em que a mãe permanece maior tempo. Os fatores apontados dificultariam enormemente o trabalho educativo do profissional de saúde.

Procurou-se estudar a ocupação da mãe, em função de sua possível interferência na amamentação. Em nosso estudo, verificamos uma duração de amamentação curta entre mães que trabalhavam fora. Este resultado é similar ao observado em outros estudos (MS, 1991a; Vega López e col., 1993; UNIFESP (1987); Rea e col, 1997; Hight-Laukaram e col. 1996). Ainda foram observadas diferenças na duração da amamentação, segundo o tipo de atividade que realizam. O fato de mães com ocupações manuais especializadas e assemelhadas apresentarem igual duração da amamentação com o grupo de mães do lar, poderia ser explicado pela breve separação mãe e filho, que é favorecida por esse tipo de trabalho. A esse

respeito, Rea e col. (1997) consideram que, dependendo do local de trabalho (fixo ou móvel) e o tempo de jornada de trabalho (tempo integral ou meio período), a mãe teria maior ou menor condição de gerenciar seu tempo doméstico e o tempo para permanecer ao lado de seu filho.

Na análise multivariada permaneceram as variáveis: dificuldades durante a amamentação e local da orientação e dificuldades durante a amamentação e momento da orientação. Essas variáveis mantiveram seu efeito significativo em relação à duração da amamentação exclusiva.

Deve-se destacar a colineariedade que apresentaram as variáveis: local de orientação e momento da orientação. Analisadas em modelos separados, ambas foram significantes; isto pode ser entendido como a categoria orientação na UBS + Hospital fornecer informação semelhante à categoria pré-natal + puerpério, ou seja, que a mãe foi submetida duas vezes às mesmas informações/ orientações.

Em relação ao local de orientação, a categoria que compreendeu dois locais foi significativa em relação àquela que foi apontada como apenas um local. Isto pode ser atribuído à possibilidade de a mãe entrar em contato mais freqüentemente com o pessoal de saúde para esclarecer suas dúvidas em relação à prática da amamentação. Também pode ser entendido que nos serviços procurados pelas mães, a fala em relação à amamentação é a mesma, portanto, a mãe tende a incorporar mais as recomendações do que aquela que teve uma única chance, em um único local.

Da mesma forma que a variável anterior, o momento da orientação mostrou-se significativa, quando era dada em ambos: pré-natal e puerpério, o que poderia ser entendido como uma sinergia de forças.

Estudos no Município de Londrina indicam uma mudança de comportamento nos serviços de saúde. No que se refere à orientação sobre amamentação, Thomson (1975) constatou, em estudo com 704 mães de crianças menores de dois anos, atendidas nos Centros de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, que 7% das mesmas tinham recebido orientação para amamentar. Na década de 90, Takemura e col., (1997) referem que 84,1% das puérperas de cinco maternidades de Londrina receberam orientação relativa à amamentação. Rodriguez (1997), em estudo com 46 puérperas na Maternidade Municipal de Londrina, constatou que 78,8% das mesmas referiram essa orientação.

Valores próximos aos mencionados por Takemura e col., (1997) e Rodriguez (1997) foram encontrados em nosso estudo (79,1%).

Thomson (1975) aponta que no pré-natal, 17,3% das mães haviam recebido orientação para amamentar. A duração do aleitamento materno não esteve associada significativamente ao pré-natal. Em nosso estudo, para o mesmo período (pré-natal), as porcentagens são maiores (23,6%), mais ainda, tanto o pré-natal como o pós-parto estiveram significativamente associados com a maior duração do aleitamento materno.

Em que pese a existência de diferença metodológica com os estudos citados, os nossos achados são consistentes e foram ajustados na análise multivariada.

Esta mudança de comportamento, observada no período de três décadas, em que foi dada ênfase na orientação de mães, pode ser consequência das diferentes medidas tomadas em nível nacional, entre elas o treinamento de profissionais de saúde, a promoção da amamentação através dos meios de comunicação, o controle da comercialização de leites artificiais e a implantação do alojamento conjunto, entre outros (MS, 1991a). Em nível local, no Município de Londrina existe uma rede pró-amamentação, em que os hospitais, além de contar com o sistema de alojamento conjunto, contam com o apoio do Hospital Amigo da Criança, do Banco de Leite do Hospital Universitário e da Clínica de Lactação.

Quanto ao profissional de saúde, referido pelas mães como fonte de informação, ressalta-se o auxiliar de enfermagem (Takemura e col., 1997, Rodriguez, 1997) e com menor participação, os médicos (Rodriguez, 1997). Resultados semelhantes foram encontrados em nosso estudo.

Muito se tem falado da importância da capacitação de profissionais da saúde na promoção do Aleitamento Materno, sendo ressaltada em estudos (OMS, 1979; Cavalcanti, 1982; MS, 1991a; Toma, 1998) que têm mostrado que, nem sempre, eles estão preparados para isso, apresentando indiferença, inconsistências, atitudes negativas e pouco conhecimento relacionado ao Aleitamento Materno.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 1991a), foram realizados 315 seminários e o treinamento de 12.300 funcionários de saúde, como parte do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, esperando-se alterar a situação anterior.

De maneira geral, o médico, possuidor de maiores conhecimentos em relação à saúde, tem mostrado pouco envolvimento no processo de educação da população. Outro fator a considerar seria o pouco tempo disponível, o excesso e as condições de trabalho que tem a realizar, razão pela qual algumas de suas ações seriam delegadas para o pessoal de enfermagem e, entre as quais, estaria a educação da mãe.

De acordo com a literatura, dificuldades durante a amamentação são motivos alegados pelas mães para iniciar o desmame parcial ou completo. Araújo (1997) indica que as razões que levam ao desmame são complexas e resultam da somatória de pequenas razões, determinadas pelos fatos da realidade concreta de cada mulher. Enquanto que os obstáculos que para uma mãe são intransponíveis, para outra são contornáveis. No entanto, mesmo aquelas que têm representação positiva do Aleitamento Materno, diante de fatores concretos como dor, falta de orientação, trabalho, acabam por desmamar seus filhos.

Arantes (1995), Javorski e col., (1999) apontam que é comum nos profissionais de saúde, o enfoque com um visão romantizada do ato de amamentar, na qual as dificuldades por que passam as mulheres durante o processo de amamentação, quase sempre são omitidas ou se limitam às fissuras mamilares e ao ingurgitamento mamário. Portanto, estariam reproduzindo para a mulher um padrão de amamentação ideal.

Machado (1996) refere que cerca de 2/3 das mulheres que praticam a amamentação podem apresentar problemas com a lactação, especialmente as mães jovens e de primeiro filho. Em nosso estudo, pouco mais da metade (52,9%) referiram alguma dificuldade; essa diferença pode ser atribuída a que menos da metade das mães entrevistadas era constituída de primíparas e que, supostamente, são as que precisam de ajuda, assim como ao fato de que boa parcela de mães (79,1%) tinha recebido alguma orientação em relação à amamentação.

Em nosso estudo, o comportamento não foi diferente do citado na literatura pois a referência a dificuldades durante a amamentação mostrou-se associado com menor duração da amamentação exclusiva.

Aqui, a presença de dificuldades estaria justificando mães que utilizaram menos frequentemente os serviços de saúde e que não receberam orientação nos diferentes períodos (pré-natal, puerpério, puericultura), portanto, não puderam contar com informações e práticas adequadas para o sucesso da amamentação.

Se bem que os motivos de desmame precoce variem de acordo com o tempo transcorrido (Rea e Cukier, 1988), dificuldades em relação à qualidade e/ou quantidade do leite materno têm sido freqüentemente apontadas (Thomson, 1975; Rea, 1981; UNIFESP, 1987; Souza e col., 1991; MS, 1991a; Siqueira e col., 1994; D'Avila, 1992; Costa e col., 1993; Oliveira e col., 1997). Em nosso estudo, além das dificuldades com o leite, os problemas com as mamas ocuparam uma parcela significativa.

Segundo Savage King (1997), as primeiras duas semanas de amamentação podem ser uma fase muito difícil, principalmente para as mães que estão amamentando pela primeira vez. Entre os possíveis problemas precoces estão as mamas cheias e dolorosas, o ingurgitamento mamário, a dor nos mamilos por posição inadequada da criança que suga, as fissuras, a mastite.

Entre outros motivos alegados pelas mães para o desmame, está a patologia das mamas - 7,2% (MS, 1991a), doença da mãe - 5,7 % (Issler, 1977), rejeição pela criança - 20,9% (UNIFESP, 1987), recusa do lactente - 36,7% (Costa e colaboradores 1993), patologia infantil, patologia materna e orientação do pediatra, citados por Martins Filho (1976).

Quanto à volta ao trabalho da mãe, foi evidenciada em 3,4% (MS, 1991a), (Issler, 1977); 20,5% (Rea e Cukier, 1988), (D'Avila, 1992); 2,1% (UNIFESP, 1987), 7,2% (Barros e col., 1994), 11,3% (Costa e col., 1993), 1,6% (Rea, 1981).

Finalmente, devemos ressaltar que a prática da amamentação na população estudada estaria em função da relação e desenvolvimento da orientação (sinergia de forças do local e momento da orientação) nos serviços de saúde (como U.B.S.), os quais, por sua vez, adotaram a estratégia de priorizar inicialmente alguns grupos de maior risco (residentes em micro-áreas de maior risco) para, depois, abrangerem toda a população.

6. CONCLUSÕES

1. A duração do aleitamento materno exclusivo para a população de estudo é curta em relação ao padrão preconizado pelo Ministério da Saúde;

2. A duração do aleitamento materno exclusivo não esteve associada significativamente à: micro-área de risco, U.B.S., idade da mãe, renda familiar, escolaridade, paridade e ocupação da mãe;

3. A maior duração do aleitamento materno exclusivo esteve significativamente associada a mães que referiram ter recebido orientação sobre amamentação no pré-natal e no puerpério.

4. A maior duração do aleitamento materno exclusivo esteve significativamente associada a mães que referiram ter recebido orientação sobre amamentação na U.B.S. e no hospital, de forma combinada.

5. A menor duração do aleitamento materno exclusivo esteve significativamente associada a mães que referiram dificuldades durante a amamentação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões do presente trabalho suscitam reflexões acerca de suas implicações para o Setor Saúde, em suas várias instâncias, no sentido de desenvolver práticas efetivas direcionadas ao incentivo do AM, e para a Academia, no que se refere a investigações e processos de capacitação de profissionais da área. Senão, vejamos:

- a curta duração do aleitamento materno exclusivo na população estudada, aquém do mínimo esperado, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, faz-nos refletir sobre o papel e práticas de saúde, desde a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1981, e o desenvolvimento de campanhas, utilizando-se dos meios de comunicação social e com grande investimento em capacitação de pessoal de saúde, além de investigações em diferentes níveis e de diferentes aspectos e óticas; trabalhos de supervisão e controle, avaliações sistemáticas; medidas legislativas, enfim, o cerco da questão, em seus inúmeros condicionantes. Há que se pensar sobre a eficácia dessas ações, na continuidade dada a esse esforço, que percorreu toda a década de oitenta e, com menor intensidade, a década seguinte;
- a retomada da prática do aleitamento materno vem apresentando melhora em relação às décadas anteriores, contudo, não vem correspondendo, na mesma proporção, ao investimento que tem sido feito nesta área, revelando, à cada dia, a complexidade da questão, que implica em modificação de comportamentos, que não se resolvem apenas com medidas voltadas a indivíduos e a informações. O presente estudo pode ser tomado como uma ilustração dessa situação;
- entretanto, não obstante as limitações das práticas de saúde, há que se indagar o quanto elas seriam capazes de interferir nesse quadro, realizando, de rotina, ações específicas de AM, integrando-as nas áreas de Saúde da Criança e Saúde da Mulher, em especial, na assistência pré-natal, não como programa específico, mas como parte daquelas ações básicas, que visem à criança/mãe, em sua totalidade, ou seja, em suas condições existenciais concretas. Pode-se notar, pela conclusão seguinte, que a duração do AM

exclusivo não esteve associada significativamente à micro-área de risco, tipo de UBS freqüentado (com ou sem programação de AM), idade da mãe, renda familiar, escolaridade da mãe, nem à paridade ou ocupação da mãe, diante do que, há que se pensar na necessidade de desenvolver investigações outras que levem em conta outros fatores que possam estar tendo maior interferência sobre a questão do AM e que possam estar contribuindo para a re/definição de ações de saúde, capazes de terem impacto sobre o comportamento da população estudada;

- apesar dessas considerações, há que se refletir, quando se depara com a outra conclusão, de que mães que passaram por orientações em UBS e no hospital, no pré-natal e puerpério, apresentaram maior duração no AM exclusivo, quando comparadas com outras que passaram apenas por um ou outro, para receber orientação a esse respeito. Essa constatação, de certa forma, pode estar reforçando a colocação anterior, de estar utilizando todos os momentos existentes de contato com mulheres grávidas, puérperas, mães, para estar facilitando a aquisição de conhecimentos e práticas relevantes para sua saúde e a de seus filhos, considerada a sua realidade. Essa necessidade parece real, quando se leva em conta a última conclusão, de que a menor duração do AM exclusivo esteve significativamente associada à presença de dificuldades durante a amamentação, ou seja, mães que podem ter desistido de amamentar diante das dificuldades, sobre as quais não detinham o conhecimento suficiente e necessário para suplantá-las.

Com tudo isso, enfatiza-se a necessidade de se contar com políticas públicas que contemplem essas questões, que as assumam nas atividades/ações rotineiras de serviços de saúde, de forma contínua e adequada à cada realidade enfrentada, com processos de capacitação de pessoal de saúde, dentro de uma linha de educação continuada, de tal sorte que não haja oportunidades perdidas nesse tipo de trabalho incessante, e que possam resultar em maior morbidade e mortalidade da população infantil. Ao mesmo tempo, há que se desenvolver investigações, sobretudo de natureza qualitativa, que possam estar fornecendo elementos para apreender com maior propriedade as razões maiores que estejam interferindo na maior ou menor duração do AM exclusivo em dadas realidades.

O presente estudo, longe de estar indicando grandes rumos para esse tema, teve, tão somente, a intenção de reconhecer uma realidade restrita, com uma determinada população, e segundo algumas variáveis selecionadas, para compreender e fornecer subsídios para outros estudos e definição/redefinição de ações de AM em desenvolvimento ou por se desenvolverem no município estudado.

8. REFERÊNCIAS

Alencar SMSM de. **A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o aleitamento materno**. Foz de Iguaçu, PR.. Serviço de Informação Científica da Nestlé; 1999: 185-8. (Curso de Atualização em Pediatria, 56).

American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. On the feeding of supplemental food to infants. **Pediatrics** 1980; 65: 1178 – 811.

American Academy of Pediatrics. Infant feeding practices and their possible relationship to the etiology of Diabetes Mellitus. **Pediatrics** 1994; 94: 752-4.

Althoff CR. **Atitude das mães face ao aleitamento materno e incentivo à amamentação**. Florianópolis; 1985. [Dissertação de mestrado em enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina].

Amador M, Silva LC, Valdés Lazo F. Tendencias de la lactancia materna en Cuba y las Américas. **Bol Oficina Sanit Panam** 1994; 116 : 204- 11.

Andrade SM, Martins HFC, Melchior R, Vieira AS, Breton NF. **Perfil de mortalidade de residentes em Londrina, 1996**. Londrina: Prefeitura do Município de Londrina; Autarquia do Serviço Municipal de Saúde; Departamento de Informações em Saúde; Divisão de Epidemiologia; 1997.

Arantes CI.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **J Pediatr** (Rio de Janeiro) 1995; 71 :195-202.

Araújo LDS. Querer / poder amamentar: uma questão de representação. Londrina; Editora UEL; 1997.

Arlotti JP, Cottrell BH, Lee SH, Curtin JJ. Breastfeeding among low-income women with and without peer support. **J Community Health Nurs** 1998; 15: 163-78.

Aronis EA, Foirini MCM. Aleitamento materno e alimentação na primeira infância sob enfoque fonoaudiológico. **Bol Nac Iniciativa Hosp Amigo Criança** 1999; 28: 7-8.

Assis AMO, Prado MS, Freitas MCS, Silva RCR, Ramos LB, Machado AD. Prática do aleitamento materno em comunidades rurais do semi-árido baiano. **Rev Saúde Pública** 1994; 28 : 380-4.

Barros Filho AA, Barbieri MA, Santoro JR. Influência da duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. **Bol Oficina Sanit Panam** 1985; 99 : 594-604.

Barros FC, Halpern R, Victora CG, Teixeira AMB, Béria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. **Rev Saúde Pública** 1994; 28 : 277-83.

Barros Filho AA, Barbieri MA, Santoro JR, Bettiol H. Crescimento de lactentes até os 6 meses de idade alimentados com leite materno e com leite artificial. **Medicina (Ribeirão Preto)** 1996; 29: 479-87.

Bautista LE. Duración de la lactancia materna en la República Dominicana. **Bol Oficina Sanit Panam** 1996; 120 : 414- 24.

Berquó E, Spindel CR, Rea MF, Cukier R. Caracterização e determinantes do aleitamento materno na grande São Paulo e na grande Recife. **Cad CEBRAP** 1984; 2: 13-40.

Bhatnagar S, Jain NP, Tiwari VK. Cost of infant feeding in exclusive and partially breastfed infants. **Indian Pediatr** 1996; 33:655-8.

Buralli K.O. **Contribuição ao estudo da prática do aleitamento materno em uma zona rural do estado de São Paulo**. São Paulo; 1978. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Buralli K.O. **Aleitamento materno: o social desfigurado**. São Paulo; 1986. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP, 1988.

Campos Filho N, Franco EL. **KMSURV. A microcomputer program for univariate survival data analysis using Kaplan-Meier life tables estimators**. [computer program]. Quebec. Comp Methods Programs Biomed; 1988.

Campos Filho N, Franco EL. **COXSURV. A microcomputer program for multiple regression by Cox Proportional Hazard Model**. [computer program]. Quebec. Comp Methods Programs Biomed; 1989.

Candeias NMF. Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce. **Rev Saúde Pública** 1983; 17: 71-82.

Carvalho ABR, Brito ASJ, Thomson Z. Crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo. **J Pediatr** 1992; 68 :328-34.

Castillo C, Atalah E, Riumallo J, Castro R. Lactancia natural y estado nutricional del lactante chileno. **Bol Oficina Sanit Panam** 1995; 119:491-502.

Cavalcanti MLF. **Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno**. São Paulo; 1982. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Cavalcanti MLF. **Os cereais e a alimentação infantil**. São Paulo. Serviço de Informação Científica da Nestlé; 1995. (Temas de Pediatria, 60).

Chaves SP, Lei DL, Lerner BR, Stefanini MLR. Aleitamento, estado nutricional e morbidade no primeiro ano de vida. **Rev Nutr PUCCAMP** 1995; 8: 31-46.

Corrêa AMS. **Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais**. Campinas; 1996. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

Costa MCO, Figueiredo EM, Silva SB. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. **J Pediatr** 1993; 69: 176-8.

D'avila EMM. Aleitamento natural em um centro municipal de saúde. **Rev Nutr PUCCAMP** 1992; 5: 157-70.

Davies MK, Savitz DA, Graubard BI. Infant feeding and childhood cancer. **Lancet** 1988; 13: 365-8.

Davies-Adetugbo AA, Fabiyi AK, Ojoofeitimi EO, Adetugbo K. Breastfeeding training improves health worker performance in rural Nigeria. **East Afr Med J** 1997; 74: 510-3.

Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH et al. **Epi Info, version 6: a word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA, 1994.

Di Villarosa FN. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário: manual de instruções**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, Cooperação Italiana em Saúde; 1993. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 11).

Duffy LC, Faden H, Wasielewski R, Wolf J, Krystofik D. Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day case exposure to otitis media. **Pediatrics** 1997; 100 (4): E 7.

Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussing LM. Exclusive breastfeeding for a least 4 months protect against otitis media. **Pediatrics** 1993; 91: 867-72.

Ferreira MU, Cardoso MA, Santos AL, Ferreira CS, Szarfarc SC. Rapid epidemiologic assessment of breastfeeding practices: probit analysis of current status data. **J Trop Pediatr** 1996; 42:50-3.

Figueiredo LMH, Goulart EMA. Análise da eficácia do programa de incentivo ao aleitamento materno em um bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil): 1980/1986/1992. **J Pediatr** 1995; 71 : 203-8.

Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA, Stewart AW, Becroft DM, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. **Int J Epidemiol** 1993; 22: 885-90.

Fundação IBGE. Resultados definitivos sobre contagem da população de 01-08-96 . Situação do Paraná. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/novo/novo.htm>> [1999 fevereiro 03].

Furzan J, Rivero D, Fuguet M, Briceño J. Transtornos gastrointestinais agudos en lactantes alimentados al seno y con leche artificial: un estudio prospectivo controlado. **Arch Venez Pueric Peditr** 1992; 55: 114-7.

Gimeno SGA, Souza JMP de. Amamentação ao seio, amamentação com leite de vaca e o diabetes mellitus tipo 1: examinando as evidências. **Rev Bras Epidemiol** 1998; 1: 4-13.

Giugliani ERJ. Amamentação: como e porque promover. **J Peditr (Rio de Janeiro)** 1994; 70: 138-51.

Giugliani ERJ, Rocha VLL, Neves JM, Polanczyk CA, Seffrin CF, Susin LO. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **J Peditr** 1995; 71:76-81.

Gouveia AJ, Havighust JR. **Ensino médio e desenvolvimento**. São Paulo, Ed. USP/Ed. Melhoramentos, 1969.

Gross BA. Is the lactational amenorrhea method a part of natural family planning? **Am J Obstet Gynecol** 1991; 165 (6 Pt 2): 2014-9.

Halmilton LC. **Statistics with Stata 5**. 1998, USA, Brooks/Cole Publishing Company.

Haider R, Begum S. Working women, maternity entitlements, and breastfeeding: a report from Bangladesh. **J Hum Lact** 1995; 11:273-7.

Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek MA, Mahalanabis D, Habte D. Orientación para lactancia materna en un hospital para enfermedades diarreicas. **Rev Panam Salud Publica** 1997; 1: 355-61.

Hardy EE, Sarmiento R, Gushiken M, Araki R, Martins Filho J. A prática da amamentação no município de Paulínia, Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1982; 16: 337-45.

Hight-Laukaran V, Rutstein SO, Peterson AE, Labbok MH. The use of breast milk substitutes in developing countries: the impact of women's employment. **Am J Public Health** 1996; 86: 1235-40.

Horta BL, Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Guimarães PRV. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 Supl.1: 43-8.

Huffman SL, Labbok MH. Breastfeeding in family planning programs: a help or hindrance? **Int J Gynaecol Obstet** 1994; 47 Supl.: S 23-31.

Issler H. **Aleitamento materno em população migrante**. São Paulo; 1977. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da USP]

Issler H, Carneiro Sampaio MMS. Aleitamento materno vs. diarreia aguda. **Arq IGastroenterol** 1986; 23 : 246-50.

Javorski M, Scochi CGS, Lima RAG de. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatr Mod** 1999; 35 (1/2): 30- 8.

Jelliffe, DB, editor. **La salud del niño en los trópicos**. Washington (DC) Organización Panamericana de la Salud; 1966. (OPS - Publicación Científica, 133).

Jelliffe DB. **La nutrición en las zonas tropicales y subtropicales**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1970.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. **Human milk in the modern world: psychosocial, nutritional and economic significance**. New York.: Oxford University Press; 1979.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. **Programmes to promote breastfeeding**. New York: Oxford University Press; 1988.

Jourdan AMF. **O desmame precoce e sua interrelação com a incidência de doenças diarreicas agudas numa população de baixa renda no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro; 1987. [Dissertação de mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública].

Laurner M. Maternal recall of infant feeding events is inaccurate. **J Epidemiol Commun Health** 1992; 46:203-6.

Lawrence RA. **Breastfeeding: a guide for the medical profession**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1994.

Lee ET. **Statistical methods for survival data analysis**. 2nd ed., Belmont. Lifetime Learning Publications; 1992.

Lima FML da S, Wehba J, Fagundes NU. Análise comparativa das causas de morbidade em lactentes de alto nível socio-econômico em aleitamento natural exclusivo e artificial no primeiro ano de vida. **Rev Paul Pediatr** 1990; 8: 55-8.

Machado EB de F. **Ajudando a amamentar**. São Paulo. Serviço de Informação Científica da Nestlé; 1996 : 52-5 . (Curso de Atualização em Pediatria, 53).

Martins Filho J. **Contribuição ao estudo de aleitamento materno em Campinas**. Campinas; 1976 [Tese livre docência - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].

Martins Filho J, Facchini P, Oliveira ER. Causas e conseqüências do desmame precoce. Problemas e soluções para recém-nascidos e lactentes. **Rev Assoc Med Bras** 1983; 29: 133-8.

Megale CG, Freitas DG, Vitali MASS. Amamentação: a profissional de saúde “versus” teoria e prática. **J Pediatr** 1985; 58: 87 –92.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília (DF); 1991a.

Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Projeto Minha Gente/ Ministério da Criança; 1991b.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de alimentação e Nutrição. Conselho Nacional de Saúde. **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes**. 2^a ed. rev. Brasília (DF); 1993a.

Ministério da Saúde. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília (DF); 1993b.

Ministério da Saúde. Secretaria de assistência a saúde. Portaria N^o 97 de 28-08-95: dispõe sobre medidas para prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno. **Diário Oficial da União** 29-08-95 Seção 1, p 13265/6.

Ministério da Saúde. Programas e Projetos. Saúde da criança - o que é Iniciativa Hospital Amigo da Criança. [online]. Disponível em <<http://www.saúde.gov.br/programas/crianca/iniciativa.htm>> [1999 abril 11].

Mitchel EA e col. Results from the first year of the Zealand cot deth. **New Zealand Medical Journal** 1991; 104: 71-6

Mondal SK, Gupta PG, Gupta DN, Ghosh S, Sidker SN, Rajendran k, et al. Occurrence of diarrhoeal diseases in relation to infant feeding practices in a rural community in West Bengal, India. **Acta Paediatr** 1996; 85:1159-62.

Monteiro CA, Pino ZHP, Benicio MHD, Rea MF. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo (Brasil) 1984-1985: III. Aleitamento materno. **Rev Saúde Pública** 1987; 21: 13-22.

Monteiro CA. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC / Editora da Universidade de São Paulo; 1988.

Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC; 1995.

Monteiro CA. **Dados do aleitamento materno**. [online]. Disponível em <<http://www.aleitamento.org.br>> [2000 maio 26].

Monteiro PJC: **Leite materno e imunidade**. São Paulo. Serviço de Informação Científica da Nestlé; 1996 : 49-59. (Curso de Atualização em Pediatria, 53).

Moura EFA, Santoro JR. Aleitamento materno. Fatores da amamentação materna e desmame. **Medicina** 1980; 12 : 21-9.

Moura EFA. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. **J Pediatr** 1997; 73 : 106- 10.

Morais AEP, Garcia CLL, Gordan LN, Amado CR, Thomson Z. Experiência da clínica de lactação do hospital das clínicas (Universidade Estadual de Londrina) em 2 anos de atividade. In: **Anais do 5^o Encontro Nacional de Aleitamento Materno**; 1997 set 17-20; Londrina, Paraná, Brasil. Londrina; 1997 p: 52.

Moxley S, Sims JN, Vargha A, Chamberlain M. Breastfeeding: a course for health professionals. **Can Nurse** 1997; 93: 35-8.

Nogueira MRF, Sampaio HAC, Barros RF. **O aleitamento materno em Fortaleza – Ceará**. Fortaleza : Universidade Estadual do Ceará; 1984.

Notzon F. Trends in infant feeding in developing countries. **Pediatrics** 1984; 648-66.

Oliveira MSM, Poli LMC, Thomson Z, Matsuo T, Melchior R. Perfil do aleitamento materno, Londrina, PR. Universidade Estadual de Londrina - Autarquia do serviço municipal de saúde de Londrina. In: **Anais do 5^o Encontro Nacional de Aleitamento Materno**; 1997 set 17-20; Londrina, Paraná, Brasil. Londrina; 1997 p. 73.

Organização Mundial da Saúde. **Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância. Subsídios preparados pela OMS e UNICEF**. Genebra; 1979.

Organización Mundial de la Salud. **Modalidades de la lactancia natural en la actualidad**. Ginebra; 1981.

Organización Mundial de la Salud. **Cantidad y calidad de la leche materna**. Ginebra; 1985.

Organización Mundial de la Salud. **Elementos menores y oligoelementos en la leche materna**. Ginebra; 1989.

Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre las prácticas mejoradas de la lactancia para prevenir la diarrea o reducir su gravedad: memorándum de una reunión de la UJH y la OMS. **Bol Oficina Sanit Panam** 1991; 110: 499-508.

Pérez Escamilla R, Dewey KG. Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. **Bol Oficina Sanit Panam** 1993; 114: 399- 405.

- Pérez Escamilla R. Breast-feeding patterns in nine Latin American and Caribbean countries. **Bull Pan Am Health Organ** 1993; 27:32-42.
- Pérez Escamilla R. Breastfeeding in Africa and the Latin America and Caribbean region: the potencial role of urbanization. **J Trop Pediatr** 1994; 40:137-43.
- Pérez F, Bravo EC, Gutierrez-López MD, Martínez MT, López G, Garcia de los Rios M. Genetic predisposition and environmental factors leading to the development of insulin-dependent Diabetes Mellitus in Chilean children. **J. Mol. Med** 1996; 74: 105-9.
- Pettit DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and incidence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Pima Indians. **Lancet** 1997; 350 (9072): 166-8.
- Poli LMC, Carneiro I, De Carli ME, Prando C, Vieira RM, Florêncio MP et al. **Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança**. Londrina: Prefeitura do Município de Londrina. Departamento de Unidades Básicas de Saúde; 1995.
- Prando C, Poli LMC. Relato de experiência - implantação do projeto iniciativa unidade básica de saúde amiga da criança de Londrina. In: **Anais do 5º Encontro Nacional de Aleitamento Materno**; 1997 set 17-20; Londrina, Paraná, Brasil. Londrina; 1997 p. 66.
- Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria de Saúde. **Oficina de territorialização e E.R.P. do Posto de Saúde João Paz : relatório**. Londrina; 1994a.
- Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria de Saúde. **Oficina de territorialização e E.R.P. do Posto de Saúde Aquiles Stenghel: relatório**. Londrina; 1994b.
- Prefeitura do Município de Londrina. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Rumos da saúde para Londrina – Plano municipal de saúde para o biênio 1996-97**. Londrina; 1996. Aleitamento materno; p123-4.
- Pugin E, Valdés D, Labbok MH, Pérez A, Aravena R. A educação pré-natal em grupo sobre manejo da amamentação é capaz de aumentar a efetividade de um programa amplo de promoção do aleitamento materno? **J Hum Lact** 1996; 12: 15-9.
- Rea MF. **Aleitamento materno em núcleos rurais do Vale do Ribeira, São Paulo**. São Paulo; 1981. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].
- Rea MF, Cukier R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Rev Saúde Pública** 1988; 22: 184-91.
- Rea MF. Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. **Rev Saúde Pública** 1994; 28: 365-72.

Rea MF, Venancio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev Saúde Pública** 1997; 31:149-56.

Rego Filho EA. **Contribuição ao estudo sobre aleitamento**. Londrina; 1974. [Tese de doutoramento—Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina].

Rezende MA. **Aleitamento natural numa creche governamental da cidade de São Paulo**. São Paulo; 1992. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da USP].

Rodrigues VS. Aleitamento materno e fonoaudiologia uma relação necessária nos serviços de saúde. Autarquia municipal de saúde - Prefeitura municipal de Londrina. In: **Anais do 5^o Encontro Nacional de Aleitamento Materno**; 1997 set 17-20; Londrina, Paraná, Brasil. Londrina 1997. p. 66.

Rogan WJ, Gladen BC. Breastfeeding and optimal visual development. **Early Hum Dev** 1993; 31: 181-93.

Sabulsky J, Batrouni L, Carballo R, Reynas S, Quiroga D, Roitter H et al. Alimentación en el primer mes de vida, por estratos sociales, Córdoba, Argentina. **Bol Oficina Sanit Panam** 1995; 119 : 15-26.

Sampaio MMSC, Carbonare SB, Da Silva MLM, França ACH, Delneri MT, Palmeira P, Trabulsi LR. **Mecanismos pelos quais o leite humano protege contra infecções por bactérias enteropatogênicas**. São Paulo. Serviço de informação científica da Nestlé; 1997.

Savage King, F. Tradução Thomson Z., & Gordan O.N. **Como ajudar as mães a amamentar**. Londrina. Midiograf; 1997.

Sazawal S, Bhan MK, Blandari N. Type of milk feeding during acute diarrhoea and the risk of persistent diarrhoea: a case control study. **Acta Paediatr Suppl** 1992; 381: 93-7.

Shelton J. Nuevo interés en la lactancia materna. Por qué ahora ? In: Garcia RR, Schaefer LA, Yunes Y, editores. **Educación en lactancia para los profesionales de la salud**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1990. p. 115-22.

Sichieri R, Moura AS. Estudo de fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no centro de saúde de Várzea Paulista. **J Pediatr** 1983; 55: 323-6.

Silfverdal SA, Bodin L, Hugosson S, Garpenholt O, Werner B, Esbjorner E. et al. Protective effect of breastfeeding on invasive haemophilus influenzae infection: a case control study in Swedish preschool children. **Int J Epidemiol** 1997; 26: 443-50.

Silva AAM da. Avaliação dos fatores de risco no desmame precoce. **Clin Pediatr (RJ)** 1989; 13: 15-22.

Siqueira R, Durso N, Almada AGP, Moreira MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. **J Pediatr** 1994; 70: 16-20.

Sobreira IA, Dias MLC de M, Oliveira I de, Dantas OMS, Perez EP. Aleitamento materno e morbidade em crianças de 0 a 4 meses das classes socio-econômicas média e alta. **Rev IMIP** 1991; 5: 84-90.

Souza LSF, Souza ELS, Barretto MRR, Ramos RTT, Macedo JJB, Serra CR, Fernandes CE. Determinantes do êxito do aleitamento natural. **J Pediatr** 1991; 67: 42-50.

Takemura CS, Araújo LDS de, Campregher E, Salomão E. O papel do profissional de saúde na orientação às puérperas em maternidades da cidade de Londrina - PR. Universidade estadual de Londrina - Hospital Evangélico. In: **Anais do 5º Encontro Nacional de Aleitamento Materno**; 1997 set 17-20; Londrina, Paraná, Brasil. Londrina; 1997. p. 54.

Teruya K. **Dados de aleitamento materno**. [on line]. Disponível em < [htm: www.aleitamento.org. br](http://htm.www.aleitamento.org.br)> [2000 maio 26].

Thomson Z. **Estudo da prática de aleitamento materno**. Londrina; 1975. [Tese de doutoramento – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina].

Thomson Z, Brito ASJ, Cordoni Júnior L. Avaliação de um programa de estímulo ao aleitamento materno. **J Pediatr** 1982; 53:179-82.

Thomson Z, Carvalho ABR, Lima GZ, Turini B, Matsuo T. Aleitamento materno na região sul de Londrina - estudo por domicílio. Universidade Estadual de Londrina. In: **Anais do 5º Encontro Nacional de Aleitamento Materno**; 1997 set 17-20; Londrina, Paraná, Brasil. Londrina; 1997. p. 71.

Tonial SR. Aleitamento materno. In: Tonial SR, Da Silva AAM, organizadores. **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 1997. p.36-40.

Toma TS. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: diagnóstico das práticas de alimentação infantil em maternidades públicas e privadas do município de São Paulo**. São Paulo; 1998 [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Tudisco ES, Manoel NJ, Goldenberg P, Novo NF, Sigulem DM. Avaliação do estado nutricional materno e duração do aleitamento natural. **Rev Saúde Pública** 1984; 18: 313-22.

Ulate E, Murillo S, Mata L, Sánchez F. Ablactacion y alimentación de niños en una zona rural de Costa Rica. **Bol Oficina Sanit Panam** 1986; 101: 263-72.

UNICEF / OMS. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasil. 1993; p 133.

UNICEF. **A infância brasileira nos anos 90**. Brasília (DF); 1998. Amamentação; p 91-6.

UNICEF / MS. Projeto Via Láctea Comunicação. **Legislação e aleitamento materno: direitos da mulher no trabalho**. [on line]. Disponível em < <http://www.Elogica.Com.br/aleitamento/leis1.htm> > [1999 mar 11].

UNICEF / MS. Projeto Via Láctea Comunicação. **Legislação e aleitamento materno: avanços na legislação**. [on line]. Disponível < <http://www.Elogica.com.br/aleitamento/leis2.htm> > [1999 Mar 11].

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento e Instituto de Medicina Preventiva Grupo de Nutrição. **Influências das práticas alimentares no estado nutricional de lactentes e pré-escolares. São Paulo: relatório final**. São Paulo; 1987.

Vannuchi MTO, Imperatriz DM, Brasic IC, Oliveira MB, Souza SNDH. **Banco de leite humano do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná: unindo esforços no incentivo ao aleitamento materno**. 1ª mostra de experiências do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1996. Londrina; 1996.

Vega López MG, González Pérez GJ. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, Mexico. **Bol Oficina Sanit Panam** 1993; 115: 118-27.

Vekemans M. Postpartum contraception: the lactational amenorrhea method. **Eur J Contracept Reprod Health Care** 1997; 2: 105-11.

Venancio SI. **A evolução da prática do aleitamento materno no Brasil nas décadas de 70 e 80**. São Paulo; 1996. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG et al. Evidence for protection by breastfeeding against infants deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet** 1987; 2:319-22.

Vieira GO, Glisser M, Araújo SPT, Sales AN. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. **J Pediatr** 1998; 74: 11- 6.

Vorherr H. To breast-feed or not breast-feed? **Post Grad Med** 1972; 51: 127 –34.

Wang YS, Wu SY. The effect of exclusive breastfeeding on development and incidence of infection in infants. **J Hum Lact** 1996; 12: 27-30.

Westphal MF, Taddei JAC, Venancio SI, Bogus CM. Capacitación de profesionales de salud en lactancia natural y reformas institucionales subsiguientes. **Bol Oficina Sanit Panam** 1996; 120: 304-15.

World Health Organization. Division of Family Health. The prevalence and duration of breast-feeding: a critical review of available information. **World Health Statq** 1982 ; 35: 92-116.

World Health Organization.. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases: CDD Interim Programme Report 1992. Geneva, 1992. Research on breastfeeding; p 43-5.

World Health Organization. **Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding** : report of the joint WHO/UNICEF Informal Interagency Meeting 9-10 June 1992, WHO, Geneva: WHO; 1993. (WHO/CDR/UNICEF/SM/93.1).

World Health Organization. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. **CDR Interim report - 1994**. Geneva; 1994. Promotion of breastfeeding; p 84 – 92.

World Health Organization. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva; 1998. Division of Child Health and Development. (WHO/CHD/98.9).

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Pesquisa : "A prática da amamentação na Região Norte do Município de Londrina - PR".

Responsável: Phallcha Luízar Obregón

Objetivo: Conhecer a prática da amamentação das crianças usuárias de Unidade Básica de Saúde.

Consideramos que esta pesquisa não traz nenhum risco para a senhora, somente o dispor de seu tempo. Entretanto, espera-se conseguir informações da família e da alimentação da criança com a finalidade de equacionar condutas apropriadas que permitam um adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Garantimos que lhe daremos todas as informações que a senhora quiser saber sobre a pesquisa antes e durante a sua realização e que não haverá qualquer prejuízo para o seu cuidado caso a senhora se recuse a participar ou desista de participar da pesquisa. Asseguramos, também, que as informações registradas serão mantidas em sigilo, sem qualquer identificação do nome dos participantes.

Qualquer dúvida existente sobre a pesquisa será respondida pela pesquisadora durante o trabalho ou através do seguinte endereço: Phallcha Luízar Obregón - R. João Sampaio 170, Londrina ou Prof. Keiko Ogura Buralli - Faculdade de Saúde Pública / USP - Departamento de Saúde Materno-Infantil, Av. Doutor Arnaldo, 715 - São Paulo. Telefones (043) 327-1784 ou (011) 881-2451

Londrina, de 1997

Assinatura entrevistador

Assinatura entrevistado

MICRO-ÁREAS DE RISCO

Prefeitura do Município de Londrina
Autarquia do Serviço Municipal de Saúde
Departamento de Unidades Básicas de Saúde

NORMAS E ROTINAS PARA O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança

Este documento foi adaptado a partir de : “ Normas e Rotinas ao aleitamento Materno do Programa nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno”.

INTRODUÇÃO

O conteúdo deste documento deve ser do conhecimento de todos os profissionais que entram em contato com as mães e bebês nas Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.).

As normas aqui apresentadas referem-se exclusivamente a ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Não estão, portanto, contempladas todas as rotinas nos diferentes contatos da equipe de saúde com as mães e bebês.

A avaliação da presente norma deverá ser realizada por amostragem periodicamente, em cada U.B.S., através de questionários aplicados a gestantes, puérperas e funcionários de saúde. Os resultados desta avaliação deverão ser divulgados à Unidade e ao D.U.B.S., assim como para Instituições e Grupos Comunitários que incentivam, promovem e protegem o aleitamento materno.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

a) Normas

1. Todo recém-nascido deverá Ter assegurado o acesso à equipe de saúde da U.B.S., independente de marcação de consulta prévia.
2. Todo recém-nascido deverá ser acompanhado desde os primeiros 07 dias de vida, na U.B.S. mais próxima de sua residência.
3. Todas as mães deverão ser apoiadas e orientadas para manter a amamentação exclusiva até o bebê completar 06 meses de idade e continuar o aleitamento até 02 anos, devendo ser esclarecidas sobre os seguintes conteúdos, além dos previstos no Item 1 da Norma de Pré-natal:
 - Trabalho da mulher
 - Orientação alimentar no 1º ano de vida

b) Rotinas

1. O serviço de saúde deve estar preparado para atender todo recém-nascido nos primeiros 07 dias de vida e, a partir daí, pelo menos de acordo com o calendário mínimo da Rotina de Crescimento e Desenvolvimento da Criança de 0-05 anos ou antes se necessário.

2. O serviço de saúde deve estar preparado para receber, apoiar, orientar e, se necessário, atender em consulta individual todas as mães e crianças com dificuldades relacionadas à amamentação, independente de marcação prévia.

3. O atendimento deve ser feito individualmente e ocorrer em clima de empatia, sem recriminações, de forma a prevenir e resolver problemas referentes a aleitamento materno, reforçando atitudes que o promovam. Incluir os seguintes temas:

- a) Avaliação da amamentação de maneira indireta por meio de conversa informal, visando avaliar adequação das atitudes e conhecimentos da mãe relacionados ao aleitamento materno;
- b) Observação direta da amamentação para verificar postura, pega, dinâmica da sucção, orientando e corrigindo se necessário;
- c) Exame mamário, visando identificar alterações que possam estar interferindo no sucesso da amamentação, como ingurgitamento, fissuras, etc.;
- d) Observação direta do aspecto das fezes do bebê, verificando se é compatível com o aleitamento materno exclusivo;
- e) Orientação e monitorização do Crescimento e Desenvolvimento, utilizando o Cartão da Criança.

4. Ao se detectar indícios de riscos para não amamentar ou para o desmame precoce (vide anexo 1), a mãe deverá receber especial atenção e ser encaminhadas ao CELAC (Centro de Lactação do Hospital de Clínicas) ou ao Banco de Leite. Retornos frequentes e/ou visitas domiciliares deverão ser remarcados até que se resolva o problema.

5. A U.B.S. deverá ter um sistema de acompanhamento em aleitamento materno até o 6º mês de vida para avaliação.

6. A unidade deverá no 1º atendimento ao RN encaminhá-lo à Clínica Odontológica da própria unidade ou da referência para atendimento na Clínica do Bebê.

7. A U.B.S. deverá promover encontros com a comunidade através do Conselho Local de Saúde e/ou Pastoral da Criança.

PRÉ-NATAL :

a) Normas

1. Com o objetivo de serem preparadas para o sucesso na prática do Aleitamento materno as gestantes deverão ser orientadas sobre:

- as vantagens da amamentação para a mãe, criança e/ou família, destacando-se os aspectos
nutritivos, psico-afetivos, imunológicos e econômicos;
- consequências do desmame precoce;
- produção do leite materno, manutenção da lactação, extração manual do leite.

- conservação do leite ordenhado;
- preparo das mamas para amamentação;
- alimentação da gestante e da nutriz;
- uso de drogas X aleitamento materno;
- contracepção X aleitamento materno;
- aleitamento materno na sala de parto;
- importância do alojamento conjunto;
- técnicas de amamentação;
- aleitamento materno exclusivo nos primeiros 06 meses de vida;
- importância da amamentação sob livre demanda;
- problemas e dificuldades na amamentação;
- direitos da mãe e da criança durante a amamentação.

2. Com o objetivo de reforçar as orientações e apoio ao aleitamento materno e detectar dificuldades precoces, as gestantes devem ser informadas sobre a importância do retorno a U.B.S. nos primeiros 07 dias após o parto.

b) Rotinas:

1. Obstetras e/ou enfermeiros deverão fazer exame mamário das gestantes a partir da primeira consulta de pré-natal, observando a formação anatômica dos mamilos, orientando e treinando individualmente sobre exercícios e manobras para o preparo das mamas para a amamentação.
2. Os membros da equipe multiprofissional (pediatras, obstetras e odontólogos) deverão aliar, desde os primeiros contatos com a gestante – como parte de sua história, atitudes, crenças, conhecimentos e experiências sobre amamentação –, no sentido de promover e proteger o aleitamento natural. Nesse contexto, identificar as gestantes de risco para não amamentar e dedicar-lhes especial atenção.
3. A equipe multiprofissional deverá fazer reuniões com as gestantes, na sala de espera da consulta de pré-natal, discutindo com as futuras mães os tópicos listados nas normas acima. Nestas reuniões, os profissionais devem se dispor à troca de conhecimentos e experiências com as gestantes e estimular a troca entre elas.
4. Registrar no prontuário ou no cartão da gestante a orientação dada sobre amamentação e os eventuais riscos para não amamentar.

ANEXO

Considera-se **RISCOS PARA NÃO AMAMENTAR OU PARA O DESMAME PRECOCE** as seguintes situações:

1. Falta de experiência anterior com a prática da amamentação.
2. Desmame precoce do filho anterior.
3. Intenção de não amamentar ou fazê-lo num prazo insuficiente.
4. Mãe adolescente (menos de 20 anos de idade).
5. Trabalho fora de casa.
6. Aquisição de mamadeiras, chucas, bicos e chupetas.
7. Atitudes negativas do pai ou outros familiares, relativas a amamentação.
8. Insucesso familiar na prática da amamentação.

9. O fato da mulher considerar o leite artificial sem riscos para a saúde de seu filho.
10. Problemas anteriores ou atuais com a mama.
11. Dificuldades na pega e na técnica de sucção do bebê ao seio.

DEZ PASSOS PARA IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA AMIGA DA CRIANÇA

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, devendo ser transmitida a toda equipe de saúde da UBS.
2. Treinar toda a equipe da UBS capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes, puérperas e nutrízes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. A U.B.S. deverá ter um sistema de acompanhamento e apoio de todas nutrízes, marcando retorno periódicos para avaliação do aleitamento materno.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vier a ser separada de seu filho.
6. Orientar as nutrízes de crianças menores de 6 meses a não oferecer qualquer complementação alimentar, além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Encorajar as gestantes para o alojamento conjunto na maternidade orientando iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
8. Encorajar o aleitamento materno sobre livre demanda desestimulando o uso de bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito.
9. Informar a comunidade os direitos da mãe que amamenta e a proteção ao aleitamento materno.
10. Formar grupos de apoio ao aleitamento materno para as gestantes no Pré-natal e nutrízes, encaminhando-as a seus grupos.

DEZ PASSOS PARA O ALEITAMENTO MATERNO BEM-SUCEDIDO

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementação de esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que as mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Questionário

Data da entrevista:/...../..... Número de matrícula:
Nome da U.B.S.:

Dados em relação a mãe

Nome da mãe :

Endereço: Rua/Nº :

Bairro:

Idade (anos completos):

Escolaridade da mãe em anos de estudo:

Local de trabalho:

Se trabalha, qual a profissão:

Teve licença maternidade no último filho? () sim () não

Salário:

Renda mensal familiar:

Número de filhos:

Ordem de nascimento do último filho:

A senhora recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno, no filho atual?

() Sim () Não

Onde foi orientada?

Quando foi orientada?

A senhora teve alguma dificuldade durante o tempo que amamentou seu filho?

() sim () não

Quais?

.....

Dados em relação a criança:

Data de nascimento da criança: (dia/mês/ano):

.....

Sexo: () masculino () feminino

A criança foi amamentada? () Sim () Não

Se não foi amamentada, por quê?

.....

Quanto tempo a senhora amamentou exclusivamente seu filho (leite materno)?

() não foi amamentado

() ainda é amamentado

() desmame no :

Razão de desmame:

.....

STATA - STATISTICS / DATA ANALYSIS

-> stset tempotae, failure(cnstae)

failure event: cnstae ~= 0 & cnstae ~= .
 obs. time interval: (0, tempotae]
 exit on or before: failure

 225 total obs.

0 exclusions

225 obs. remaining, representing

163 failures in single record/single failure data

15920 total analysis time at risk, at risk from t = 0
 earliest observed entry t = 0
 last observed exit t = 186

ANÁLISE UNIVARIADA.

. stcox area2 area3

failure _d: cnstae
 analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -744.32761

Iteration 2: log likelihood = -744.32614

Iteration 3: log likelihood = -744.32614

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -744.32614

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225 Number of obs = 225

No. of failures = 163

Time at risk = 15920

LR chi2(2) = 1.03

Log likelihood = -744.32614 Prob > chi2 = 0.5974

_t					
_d	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]

 -----+-----

area2	.823965	.1611165	-0.990	0.322	.5616509	1.208791
area3	.8360661	.1824571	-0.820	0.412	.5451054	1.282333

. stcox ubs

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -743.04024

Iteration 2: log likelihood = -743.03658

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -743.03658

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225 Number of obs = 225

No. of failures = 163

Time at risk = 15920

LR chi2(1) = 3.61

Log likelihood = -743.03658 Prob > chi2 = 0.0574

_t						
_d	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ubs	.7350109	.117765	-1.922	0.055	.5369236	1.006179

. stcox idade

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -744.82707

Iteration 2: log likelihood = -744.82707

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -744.82707

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225 Number of obs = 225

No. of failures = 163

Time at risk = 15920

LR chi2(1) = 0.03

Log likelihood = -744.82707 Prob > chi2 = 0.8658

	_t					
	_d	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
	+					
idade		1.027016	.1620214	0.169	0.866	.7538629 1.399144

. stcox escola

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -742.85511

Iteration 2: log likelihood = -742.82627

Iteration 3: log likelihood = -742.82627

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -742.82627

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225 Number of obs = 225
No. of failures = 163
Time at risk = 15920
LR chi2(1) = 4.03
Log likelihood = -742.82627 Prob > chi2 = 0.0447

	_t					
	_d	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
	+					
escola		.6863514	.1246331	-2.073	0.038	.4808157 .979748

. stcox ocupa

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -742.11962

Iteration 2: log likelihood = -742.10885

Iteration 3: log likelihood = -742.10885

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -742.10885

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects =	225	Number of obs =	225
No. of failures =	163		
Time at risk =	15920		
Log likelihood =	-742.108	LR chi2(1) =	5.46
		Prob > chi2 =	0.0194

	_t _d	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
ocupa__o		1.478148	.2433676	2.374	0.018	1.070466 2.041093

. **stcox renda**

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135
Iteration 1: log likelihood = -744.71568
Iteration 2: log likelihood = -744.71548
Refining estimates:
Iteration 0: log likelihood = -744.71548

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects =	225	Number of obs =	225
No. of failures =	163		
Time at risk =	15920		
Log likelihood =	-744.71548	LR chi2(1) =	0.25
		Prob > chi2 =	0.6159

	_t _d	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
renda		.8905628	.2086628	-0.495	0.621	.5626318 1.409629

. **stcox parida**

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae
Iteration 0: log likelihood = -744.84135
Iteration 1: log likelihood = -744.37783

Iteration 2: log likelihood = -744.37764

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -744.37764

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects =	225	Number of obs =	225
No. of failures =	163		
Time at risk =	15920		
Log likelihood =	-744.37764	LR chi2(1) =	0.93
		Prob > chi2 =	0.3355

	<u>t</u> <u>d</u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
paridade		.8554075	.1379094	-0.969	0.333	.6236511 1.173287

.stcox recebeuo

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -743.90411

Iteration 2: log likelihood = -743.89728

Iteration 3: log likelihood = -743.89728

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -743.89728

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects =	225	Number of obs =	225
No. of failures =	163		
Time at risk =	15920		
Log likelihood =	-743.89728	LR chi2(1) =	1.89
		Prob > chi2 =	0.1694

	<u>t</u> <u>d</u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
recebeuo		.7677028	.1441468	-1.408	0.159	.5313347 1.109221

.stcox local2 local3 local4

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135
Iteration 1: log likelihood = -741.66701
Iteration 2: log likelihood = -741.61272
Iteration 3: log likelihood = -741.61267
Refining estimates:
Iteration 0: log likelihood = -741.61267

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects =	225	Number of obs =	225
No. of failures =	163		
Time at risk =	15920		
		LR chi2(3) =	6.46
Log likelihood =	-741.61267	Prob > chi2 =	0.0914

	_t					
	_d	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
	+					
local2		.7528555	.1636766	-1.306	0.192	.4916475 1.152841
local3		.9029381	.1894649	-0.487	0.627	.5984793 1.362282
local4		.5100705	.1531643	-2.242	0.025	.2831594 .918818

.stcox momento2 momento3 momento4

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135
Iteration 1: log likelihood = -742.09934
Iteration 2: log likelihood = -742.03921
Iteration 3: log likelihood = -742.03915
Refining estimates:
Iteration 0: log likelihood = -742.03915

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects =	225	Number of obs =	225
No. of failures =	163		
Time at risk =	15920		

Log likelihood = -742.03915 LR chi2(3) = 5.60
 Prob > chi2 = 0.1325

	<u>t</u> <u>d</u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<hr/>						
momento2		.7791157	.1867529	-1.041	0.298	.4870463 1.246332
momento3		.8453152	.1694249	-0.838	0.402	.5707081 1.252055
momento4		.5053314	.1553967	-2.220	0.026	.2765791 .9232792

. stcox dificul

failure _d: cnstae
 analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135
 Iteration 1: log likelihood = -730.07968
 Iteration 2: log likelihood = -730.05734
 Iteration 3: log likelihood = -730.05734
 Refining estimates:
 Iteration 0: log likelihood = -730.05734

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225 Number of obs = 225
 No. of failures = 163
 Time at risk = 15920
 Log likelihood = -730.05734 LR chi2(1) = 29.57
 Prob > chi2 = 0.0000

	<u>t</u> <u>d</u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<hr/>						
dificuld		2.399218	.3901894	5.381	0.000	1.744364 3.299911

ANÁLISE MULTIVARIADA - MODELO "A".

. stcox ubs escola ocupa dificul local2 local3 local4

failure _d: cnstae

analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -720.18048

Iteration 2: log likelihood = -720.07327

Iteration 3: log likelihood = -720.07318

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -720.07318

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225

Number of obs = 225

No. of failures = 163

Time at risk = 15920

LR chi2(7) = 49.54

Log likelihood = -720.07318

Prob > chi2 = 0.0000

	<u>t</u> <u>d</u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ubs		.7641168	.1354405	-1.518	0.129	.5398627	1.081524
escola		.7119352	.1339284	-1.806	0.071	.4923948	1.02936
ocupa_o		1.137983	.2038361	0.722	0.471	.8010653	1.616603
dificuld		2.73883	.4803344	5.745	0.000	1.942146	3.86232
local2		.686058	.1578933	-1.637	0.102	.436979	1.077113
local3		.7758443	.1666455	-1.182	0.237	.5092639	1.181969
local4		.432284	.1394683	-2.599	0.009	.2296915	.813567

. lrtest, saving(7)

. stcox escola ocupa dificul local2 local3 local4

failure _d: cnstae

analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -721.33818

Iteration 2: log likelihood = -721.21605

Iteration 3: log likelihood = -721.21597

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -721.21597

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225

Number of obs = 225

No. of failures = 163

Time at risk 15920

LR chi2(6) = 47.25

Log likelihood = -721.21597 Prob > chi2 = 0.0000

<u>t</u> <u>d</u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
escola	.7037077	.1323383	-1.869	0.062	.4867618	1.017345
ocupa o	1.178649	.2089027	0.927	0.354	.8327566	1.668209
dificuld	2.645275	.4578264	5.621	0.000	1.884302	3.713565
local2	.6437222	.1454773	-1.949	0.051	.4133635	1.002455
local3	.8025848	.1717712	-1.028	0.304	.527612	1.220864
local4	.4006093	.1277835	-2.868	0.004	.2143931	.7485679

. lrtest, saving(6)

. lrtest, model(6) using(7)

Cox: likelihood-ratio test

chi2(1) = 2.29

Prob > chi2 = 0.1306

. stcox escola dificul local2 local3 local4

failure _d: cnstae
analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -721.78215

Iteration 2: log likelihood = -721.64191

Iteration 3: log likelihood = -721.64181

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -721.64181

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225

Number of obs = 225

No. of failures = 163

Time at risk = 15920

LR chi2(5) = 46.40

Log likelihood = -721.64 Prob > chi2 = 0.0000

<u>t</u> <u>d</u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
----------------------	------------	-----------	---	------	----------------------	--

```

-----+-----
escola | .7274993 .1342492 -1.724 0.085 .506706 1.044502
dificul | 2.744386 .4629211 5.985 0.000 1.97181 3.819665
local2 | .6147915 .1358621 -2.201 0.028 .3986775 .9480558
local3 | .7865026 .1675214 -1.128 0.260 .5180816 1.193994
local4 | .376771 .1178843 -3.120 0.002 .2040578 .6956678
-----+-----

```

```

. lrtest, saving(5)
. lrtest, model(5) using (6)

```

```

Cox: likelihood-ratio test          chi2(1)    =    0.85
                                     Prob > chi2 =    0.3561

```

```

. stcox dificul local2 local3 local4

```

```

      failure _d: cnstae
      analysis time _t: tempotae

```

```

Iteration 0: log likelihood = -744.84135
Iteration 1: log likelihood = -723.15552
Iteration 2: log likelihood = -723.05611
Iteration 3: log likelihood = -723.05594
Refining estimates:
Iteration 0: log likelihood = -723.05594

```

```

Cox regression -- Breslow method for ties

```

```

No. of subjects =      225          Number of obs =      225
No. of failures =      163
Time at risk   =    15920
Log likelihood = -723.055          LR chi2(4)    =    43.57
                                     Prob > chi2    =    0.0000

```

```

-----+-----
      _t |
      _d | Haz. Ratio   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf. Interval]
-----+-----
dificul | 2.759229 .4665003   6.003 0.000   1.98096 3.843258
local2 | .6132396 .1355199  -2.213 0.027   .3976702 .9456649
local3 | .7777901 .165336  -1.182 0.237   .5127684 1.179787
local4 | .3523987 .1092125  -3.365 0.001   .1919716 .6468917
-----+-----

```

```

. lrtest, saving(4)
. lrtest, model (4) using (5)

```

```

Cox: likelihood-ratio test          chi2(1)    =    2.83

```

Iteration 1: log likelihood = -720.17006
 Iteration 2: log likelihood = -720.06869
 Iteration 3: log likelihood = -720.06865
 Refining estimates:
 Iteration 0: log likelihood = -720.06865

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225 Number of obs = 225
 No. of failures = 163
 Time at risk = 15920
 LR chi2(7) = 49.55
 Log likelihood = -720.06865 Prob > chi2 = 0.0000

	<u>t</u> <u>d</u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
ubs		.7780892	.1415195	-1.380	0.168	.5447687 1.111339
escola		.7338119	.1390499	-1.633	0.102	.5061634 1.063846
ocupação		1.110212	.2012458	0.577	0.564	.7782339 1.583804
dificuld		2.804245	.4967923	5.820	0.000	1.981615 3.968373
momento2		.6779414	.1768581	-1.490	0.136	.4065694 1.130445
momento3		.7462341	.1523658	-1.434	0.152	.5001233 1.113456
momento4		.4070822	.1388704	-2.635	0.008	.2085963 .7944337

. lrtest, saving(7)

. stcox ubs escola dificul momento2 momento3 momento4

failure _d: cnstae
 analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135
 Iteration 1: log likelihood = -720.30946
 Iteration 2: log likelihood = -720.23422
 Iteration 3: log likelihood = -720.23415
 Refining estimates:
 Iteration 0: log likelihood = -720.23415

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225 Number of obs = 225
 No. of failures = 163

Time at risk = 15920

Log likelihood = -720.234 LR chi2(6) = 49.21
 Prob > chi2 = 0.0000

<u>_t </u> <u>_d </u>	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ubs	.7712967	.1398026	-1.433	0.152	.5406741	1.10029
escola	.7482343	.1394707	-1.556	0.120	.5192468	1.078205
dificuld	2.88473	.4915295	6.218	0.000	2.065708	4.028483
momento2	.6569886	.1678743	-1.644	0.100	.3981604	1.084071
momento3	.7377975	.14996	-1.496	0.135	.4953674	1.098872
momento4	.3897286	.1297635	-2.830	0.005	.2029305	.7484749

. lrtest, saving(6)

. lrtest, model(6) using(7)

Cox: likelihood-ratio test chi2(1) = 0.33
 Prob > chi2 = 0.5651

. stcox escola dificul momento2 momento3 momento4

failure _d: cnstae
 analysis time _t: tempotae

Iteration 0: log likelihood = -744.84135

Iteration 1: log likelihood = -721.35587

Iteration 2: log likelihood = -721.26088

Iteration 3: log likelihood = -721.26081

Refining estimates:

Iteration 0: log likelihood = -721.26081

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects = 225 Number of obs = 225

No. of failures = 163

Time at risk = 15920

Log likelihood = -721.26081 LR chi2(5) = 47.16
 Prob > chi2 = 0.0000

_t |

	_d	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
	escola	.742253	.1381165	-1.602	0.109	.5154215	1.068911
	dificuld	2.844622	.4825771	6.162	0.000	2.039962	3.966679
	momento2	.5944061	.1453827	-2.127	0.033	.3680377	.9600065
	momento3	.7525754	.1526627	-1.401	0.161	.5056856	1.120003
	momento4	.349389	.1127007	-3.260	0.001	.1856698	.6574718

- . lrtest, saving(5)
- . lrtest, model(5) using(6)

Cox: likelihood-ratio test chi2(1) = 2.05
Prob > chi2 = 0.1519

```
stcox difc1 momento2 momento3 momento4
```

```
failure_d: cnstae
analysis time t: tempotae
```

```
Iteration 0: log likelihood = -744.84135
Iteration 1: log likelihood = -722.57443
Iteration 2: log likelihood = -722.48844
Iteration 3: log likelihood = -722.48833
Refining estimates:
Iteration 0: log likelihood = -722.48833
```

Cox regression -- Breslow method for ties

No. of subjects =	225	Number of obs =	225
No. of failures =	163		
Time at risk =	15920		
		LR chi2(4) =	44.71
Log likelihood =	-722.48833	Prob > chi2 =	0.0000

	$\frac{t}{d}$	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
dificuld		2.853794	.4843869	6.178	0.000	2.046183	3.980162
momento2		.6029102	.1470894	-2.074	0.038	.3737565	.9725604
momento3		.7446591	.1509747	-1.454	0.146	.5004746	1.107983
momento4		.3244201	.1032261	-3.538	0.000	.1738869	.6052693