



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA  
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**ELAINE PATRÍCIA DE MORAIS SERENO CARNEIRO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MENORES DE  
SEIS MESES**

**RECIFE  
2013**

**ELAINE PATRÍCIA DE MORAIS SERENO CARNEIRO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MENORES DE  
SEIS MESES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

**Orientadora:** Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

**Área de Concentração:** Abordagens Quantitativas em Saúde

**Linha de Pesquisa:** Epidemiologia dos Distúrbios da Nutrição Materna, da Criança e do Adolescente

**RECIFE  
2013**

Catálogo na fonte  
Bibliotecária: Gláucia Cândida - CRB4-1662

C288p Carneiro, Elaine Patrícia de Morais Sereno.  
Prevalência e Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses / Elaine Patrícia de Morais Sereno Carneiro. – Recife: O autor, 2013.  
74 f. : il. ; 30 cm.

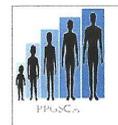
Orientador: Sônia Bechara Coutinho.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2013. Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Aleitamento Materno. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Inquéritos Nutricionais. 4. Saúde da Criança. I. Coutinho, Sônia Bechara (Orientadora). II. Título.

618.92                      CDD (23.ed.)                      UFPE (CCS2013-139)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



Título:

**Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses.**

Nome:

***Elaine Patrícia de Moraes Sereno Carneiro***

Dissertação aprovada em: **17 de junho de 2013**

Membros da Banca Examinadora:

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Marina Tavares de Araújo**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarida Maria de Castro Antunes**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Souza Oliveira**

**Recife  
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DIRETOR**

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

**VICE-DIRETORA**

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

**COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS**

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**COLEGIADO**

**CORPO DOCENTE PERMANENTE**

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)  
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta (Vice-Cordenadora)  
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz  
Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir  
Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira  
Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto  
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho  
Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro  
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva  
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima  
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos  
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes  
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira  
Profa. Dra. Rosemary de Jesus Machado Amorim  
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli  
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho  
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann  
(Leila Maria Álvares Barbosa - Representante discente - Doutorado)  
(Catarine Santos da Silva - Representante discente - Mestrado)

**CORPO DOCENTE COLABORADOR**

Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima  
Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga  
Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Arruda  
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes  
Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo  
Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes  
Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian  
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

**SECRETARIA**

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento  
Juliene Gomes Brasileiro  
Janaína Lima da Paz

Aos meus pais, Sônia e Bonfim, e ao meu  
marido, Eudes, meus maiores torcedores!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida, pela sua fidelidade comigo e por permitir a realização deste sonho.

Aos meus pais, pelo apoio e amor incondicional, base de tudo que sou.

A Eudes, meu namorado, noivo, marido e amigo, pelo amor, companheirismo, por sempre me mostrar que posso ir além, pelas contribuições técnicas e por compreender meus momentos de impaciência.

À minha orientadora, Sônia Bechara Coutinho, por ter me adotado nesses dois anos, pela paciência, sabedoria e incentivo, por mostrar-me o caminho da pesquisa científica, minha admiração e respeito.

A Paulo Frias, pela gentileza de ceder o banco de dados desta pesquisa e pelas excelentes sugestões na qualificação do projeto e apresentação dos resultados.

Ao professor Pedro Israel, pela excelente contribuição durante a análise dos dados.

Ao todos os professores da pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, pela participação no processo de construção do conhecimento.

Aos colegas da 26<sup>o</sup> turma do Mestrado, por tornar esta caminhada mais alegre.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação, Paulo, Juliene e Janaína, pela dedicação e competência com que realizam seu trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, participaram da construção desta dissertação.

*“Todo conhecimento começa com o sonho. O sonho nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina, brota das profundezas do corpo, como a alegria brota das profundezas da terra. Como mestre só posso então lhes dizer uma coisa. Contem-me os seus sonhos para que sonhemos juntos.”*

Rubem Alves

## RESUMO

O aleitamento materno exclusivo previne mortes infantis e é considerado o melhor alimento para o lactente até os seis meses de vida. Os objetivos deste estudo foram verificar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo (AME) nas crianças menores de seis meses, no Recife/PE. O estudo foi do tipo transversal, com dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal e incluiu 1744 crianças menores de seis meses, que compareceram à segunda etapa da campanha de multivacinação, em 2008. Os acompanhantes foram entrevistados através de questionário estruturado com as variáveis relacionadas a amamentação, características maternas, da criança, dos serviços de saúde e uso de chupeta. Os dados foram analisados utilizando a regressão de Poisson. A prevalência do AME foi de 38,3% entre as crianças menores de seis meses. No primeiro mês, 30,4% das crianças não estavam em amamentação exclusiva e, no sexto mês, apenas 9,5% mamavam exclusivamente. As mães com menor escolaridade (sem escolaridade ou ensino fundamental) e as que não trabalhavam ou estavam de licença-maternidade apresentaram maior prevalência da amamentação exclusiva para os menores de seis meses, dados estatisticamente significantes. As crianças que não faziam uso de chupeta apresentaram prevalência do AME (50,7%), quando comparadas àquelas que utilizavam (22,5%) ( $p < 0,001$ ). Apesar da melhora dos indicadores, a prevalência do AME está abaixo do recomendado. Deste modo, é preciso rever programas e repensar estratégias que priorizem os grupos populacionais de maior risco para interrupção do AME, como: mães com maior escolaridade, que trabalham fora e crianças em uso de chupeta.

**Palavras-Chave:** Aleitamento materno. Atenção primária à saúde. Inquéritos nutricionais. Saúde da criança.

## ABSTRACT

Exclusive breastfeeding for at least the first six months of life minimizes the chance of infant death and is considered the best source of nutrition for infants. The aim of the present was to determine the prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors among children less than six months of age in the city of Recife, Brazil. A cross-sectional study was conducted with data from the 2<sup>nd</sup> Survey on the Prevalence of Breastfeeding in capital cities and the federal district of Brazil and included 1744 infants less than six months of age who participated in the second phase of the multi-vaccination campaign carried out in 2008. The accompanying were interviewed using a structured questionnaire addressing variables related to breastfeeding, characteristics of the mother, infant and healthcare services, and pacifier use. The data were analyzed using Poisson regression. The prevalence of exclusive breastfeeding was 38.3% among infants less than six months of age. A total of 30.4% of the infants were not breastfed exclusively in the first month and 9.5% were not breastfed exclusively in the sixth month. Mothers with less education (no education or basic) and that did not work on were on maternity leave had a higher prevalence of exclusive breastfeeding in children under six months, statistically significant data. The prevalence of exclusive breastfeeding was 50.7% among children who did not use a pacifier and only 22.4% among those who used a pacifier ( $p < 0.001$ ). Despite the improvement in comparison to historic indicators, the prevalence of exclusive breastfeeding is below the recommended rate. The present findings underscore the need for more effective strategies and programs that prioritize population groups at greater risk for the premature interruption of exclusive breastfeeding, such as mothers who work outside the home, those with a high school education or higher and children who use a pacifier.

**Key words:** Breastfeeding. Primary Health Care. Nutritional Surveys. Child Health.

## LISTA DE QUADROS, GRÁFICO E TABELAS

<b>Quadro 1</b> – Interpretação dos indicadores de aleitamento materno segundo os parâmetros propostos pela OMS, 2008 .....	19
<b>Quadro 2</b> – Variável dependente segundo o tipo, o conceito e a descrição. Recife/PE, 2008. ....	35
<b>Quadro 3</b> – Variáveis independentes agrupadas em maternas, serviços de saúde, criança, consumo de líquidos e bicos artificiais, segundo o tipo, o conceito e a descrição. Recife/PE, 2008. ....	36
<b>Gráfico 1.</b> Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante (AMP) e aleitamento materno (AM), em crianças menores de seis meses. Recife/PE, 2008 .....	46
<b>Tabela 1.</b> Prevalências e razões de prevalências brutas e ajustadas do aleitamento materno exclusivo segundo fatores maternos, serviços de saúde, da criança e uso de chupeta, em menores de seis meses. Recife/PE, 2008.....	47
<b>Tabela 2.</b> Análise bivariada do aleitamento materno, segundo o consumo de líquidos, no primeiro dia em casa, em menores de quatro meses. Recife/PE, 2008 .....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AM	Aleitamento Materno
Amamunic	Amamentação e Município
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
Caae	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cest-Recife	Centro de Saúde do Trabalhador
DF	Distrito Federal
DS	Distrito Sanitário
Endef	Estudo Nacional da Despesa Familiar
ESF	Estratégia Saúde da Família
FS	Fração de Sorteio
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HAC	Hospital Amigo da Criança
Ihac	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IC 95%	Intervalo de Confiança de 95%
Iubaam	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
MS	Ministério da Saúde
Nbcal	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
I PPAM	I Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno
II PPAM	II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Pernambuco
PNI	Programa Nacional de Imunizações
Pniam	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNDS	Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia
PR	Paraná

PSF	Programa Saúde da Família
RP	Razão de Prevalência
RPA	Região Político-Administrativa
RR	Risco Relativo
R24h	Recordatório das 24 horas
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
<b>2.1</b>	<b>Situação e estratégias pró-amamentação</b> .....	18
<b>2.2</b>	<b>Fatores associados ao aleitamento materno</b> .....	20
2.2.1	Fatores socioeconômicos e demográficos .....	21
2.2.2	Fatores obstétricos e relativos aos serviços de saúde .....	23
2.2.3	Fatores biológicos da criança .....	25
2.2.4	Consumo de líquidos e uso de bicos artificiais .....	26
<b>2.3</b>	<b>Considerações finais</b> .....	29
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	30
<b>3.1</b>	<b>Desenho</b> .....	31
<b>3.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	31
<b>3.3</b>	<b>População (amostra e cálculo amostral)</b> .....	32
<b>3.4</b>	<b>Instrumento para coleta dos dados</b> .....	33
<b>3.5</b>	<b>Procedimentos de coleta de dados</b> .....	34
<b>3.6</b>	<b>Estratégias de capacitação</b> .....	34
<b>3.7</b>	<b>Definições de termos e variáveis do estudo</b> .....	34
<b>3.8</b>	<b>Armazenamento e análises dos dados</b> .....	37
<b>3.9</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	37
<b>4</b>	<b>RESULTADOS – Artigo Original</b> .....	39
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
	<b>APÊNDICE</b> .....	68
	<b>APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade e Sigilo</b>	
	<b>ANEXOS</b> .....	70
	<b>ANEXO A – Questionário aplicado aos pais ou responsáveis</b>	
	<b>ANEXO B – Carta de Anuência</b>	
	<b>ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa</b>	

---

## ***1. APRESENTAÇÃO***

## 1 APRESENTAÇÃO

Estudos vêm mostrando os inúmeros benefícios do aleitamento materno (AM) para a saúde da criança. O incremento dessa prática faz parte das prioridades nacionais para a redução da morbidade e mortalidade infantil e foi incluída como um dos objetivos de desenvolvimento do milênio, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, com meta para 2015 (BRASIL, 2004).

O impacto da amamentação na redução da morbimortalidade infantil resultou no consenso, entre os especialistas, de que esta é a estratégia que, isoladamente mais evita mortes infantis, além de promover o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança, o que leva ao reconhecimento da superioridade desta prática (COUTINHO, 2007; MULLANY et al., 2008).

Portanto, nenhuma fórmula alimentar artificial é igual, nem tampouco supera a especificidade de nutrientes, qualidade e proteção contra doenças proporcionadas pelo leite materno (WHO, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses e complementado até dois anos ou mais de vida do lactente (BRASIL, 2009a; WHO, 2008).

No Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, entre outros, contribuíram para o aumento na duração do aleitamento total; no entanto, esse aumento não ocorreu na mesma proporção da duração do AME (CAMINHA et al., 2010a ). Outras estratégias foram criadas no âmbito da política nacional, tais como: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a recente implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, entre outras, para melhorar esta prática, com o objetivo de alcançar os indicadores ideais do AME.

No entanto, a interrupção precoce do AME, exemplificada pela introdução antecipada de água, chás, sucos ou alimentos sólidos e semissólidos, está associada a fatores de natureza diversa: socioeconômicos, demográficos, culturais, assistência à saúde, entre outros, levando a consequências negativas na saúde da criança, com repercussões inclusive na vida adulta.

No Brasil, são significativas as diferenças regionais oriundas da continentalidade do país, e para maior efetividade dessas estratégias, é imperioso conhecer e controlar os fatores

de risco comuns à interrupção precoce do AME em cada grupo populacional ou região. Com o objetivo de conhecer a situação da prática AM, o MS realizou, em 1999, a Primeira Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal (IPPAM) (BRASIL, 2001; VENÂNCIO et al., 2010). Em 2008, foi realizada a segunda pesquisa (II PPAM), que contém os achados mais recentes sobre a situação do aleitamento materno no Brasil (BRASIL, 2009b).

Após a delimitação do problema de pesquisa sobre a interrupção precoce do AME, surgiram alguns questionamentos que levaram à seguinte pergunta condutora: **Qual a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, na cidade do Recife?**

A partir dessa problemática foi necessário realizar um diagnóstico local para conhecer a realidade da situação do AME e, a partir disso, propor intervenções apropriadas, sobretudo para os grupos populacionais de maior risco de desmame precoce.

Estudar essa temática durante minha caminhada como mestrande foi uma oportunidade ímpar que me acrescentou muito em termos acadêmicos como também profissional, pois, como enfermeira da neonatologia de um hospital da Ihac do Recife, pude repensar e mudar meu processo de trabalho em prol do tripé promoção, proteção e apoio ao AM. Nesse sentido, é importante que o profissional de saúde que trabalha na Ihac não apenas conheça, mas aplique os passos recomendados por esta iniciativa.

Esta dissertação utilizou dados extraídos da II PPAM, do município do Recife/PE, que teve como objetivo verificar a tendência do AM, ao longo de uma década, e investigar os fatores que interferem na prática do AM em cada região do Brasil.

O estudo se insere na linha de pesquisa de Epidemiologia dos Distúrbios da Nutrição Materna, da Criança e do Adolescente, da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco. A dissertação consta de capítulo de revisão de literatura, de métodos, um artigo original e, por fim, as considerações finais e recomendações. No capítulo de revisão, encontra-se uma descrição sobre a avaliação do AME, com enfoque na prevalência e fatores associados dessa prática. O capítulo relativo a métodos detalha a operacionalização da pesquisa. Os resultados da pesquisa foram apresentados sob a forma de um artigo original intitulado “Determinantes do Aleitamento Materno Exclusivo: um estudo transversal”, que teve como objetivo verificar a prevalência e os fatores associados ao AME nas crianças menores de seis meses da cidade do Recife/PE. Ao

final, encontram-se as considerações finais e as recomendações. Esperamos que os resultados obtidos possam subsidiar práticas e políticas públicas para melhorar os indicadores do AME em crianças menores de seis meses nesta cidade.

---

## ***2. REVISÃO DA LITERATURA***

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

A recomendação do AME até o sexto mês de vida é atribuída ao seu poder de reduzir a morbimortalidade infantil, especialmente por doenças gastrintestinais, quando comparada às crianças menores de quatro meses, além promover o adequado ganho pômdero-estatural, aumentar o efeito anticonceptivo pela lactação-amenorreia e o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional (WHO, 2001).

Nesse sentido, em publicação recente, a Academia Americana de Pediatria (2012) reafirma a recomendação do AME até o sexto mês de vida do bebê e a OMS, orienta também para que se inicie a alimentação complementar após esse período, complementando-a com leite materno por dois anos ou mais (WHO, 2008).

Nesta revisão será abordada a situação do AM, as principais estratégias implantadas no país e os fatores associados a essa prática, com ênfase no AME.

### **2.1 Situação e estratégias pró-amamentação**

Em 1996, a Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia (PNDS), determinou em sete meses a duração mediana do AM. A I PPAM (1999) e a PNDS (2006) assinalaram medianas da amamentação de 10 e 14 meses, respectivamente (BRASIL, 2001; 2008).

Deste modo, observou-se a importância da monitorização contínua desses indicadores, realizando, em 2008, a II PPAM, que demonstrou estar em 11,2 meses a duração mediana da amamentação, no país.

A prevalência do AM nos lactentes entre 9 e 12 meses foi de 58,7%, no conjunto das capitais brasileiras. Verificou-se melhor situação na Região Norte (76,9%), seguida das regiões Centro-Oeste (64,1%), Nordeste (59,1%) e Sudeste (51,4%). Apior situação foi a da Região Sul (49,5%) (BRASIL, 2009b).

De acordo com a PNDS (2006), a duração mediana do AME entre nas macrorregiões brasileiras passou de 1,1 meses, em 1996, para 1,4 meses, em 2006 (BRASIL, 2008a). Por outro lado, em 2008, a estimativa de duração foi de 54,11 dias (1,8 meses), para as capitais. Verificou-se que a Região Centro-Oeste apresentou a maior duração (2,2 meses) e a Região

Nordeste a menor (1,2 meses). No Recife, a duração mediana do AME foi de 1,9 meses (BRASIL, 2009b).

Quanto à prevalência, a II PPAM mostrou que, no conjunto das capitais brasileiras foi de 41,0 %, para os menores de seis meses. No entanto, este indicador não traduz a situação de forma homogênea, variando de 27,1% a 56,1% em Cuiabá/MT e Belém/PA, respectivamente (BRASIL, 2009b).

A probabilidade dos lactentes estarem em AME entra em declínio desde os primeiros dias de vida. Dentre as regiões brasileiras, a Nordeste obteve a pior posição, com probabilidade de interrupção do AME em torno de 40,0% já no primeiro dia em casa. Por outro lado, aos 180 dias de vida, o comportamento entre as regiões foi equivalente, com probabilidade de AME em torno de 10,0% (BRASIL, 2009b).

De acordo com a IIPPAM (2008), a prevalência do AM na primeira hora de vida, no Recife, foi de 66,8%. No entanto, verificou-se prevalência de AME de 38,3% em crianças menores de seis meses e uma duração mediana de AM em torno de 9,8 meses, nessa cidade (BRASIL, 2009b).

No quadro 1, pode-se observar que a capital pernambucana apresentou posições: “boa”, para o AM na primeira hora de vida; “ruim”, para a prevalência do AME, e “muito ruim”, quanto à duração mediana do AM.

**Quadro 1** – Interpretação dos indicadores de aleitamento materno segundo os parâmetros propostos pela OMS, 2008

<b>Aleitamento materno na 1ª hora de vida</b>	<b>Classificação da OMS</b>	<b>Distribuição das capitais (n)</b>
Muito ruim	0-29%	-
Ruim	30-49%	-
Bom	50-89%	27
Muito bom	90-100%	-
<b>AME em &lt; de seis meses</b>		
Muito ruim	0-11%	-
Ruim	12-49%	23
Bom	50-89%	4
Muito bom	90-100%	-
<b>Duração mediana do AM</b>		
Muito ruim	0-17 meses	26
Ruim	18-20 meses	1
Bom	21-22 meses	-
Muito bom	23-24 meses	-

Fonte: IIPPAM - 2008

Com base nestes dados, percebe-se que, dentro do próprio país, nas diversas regiões brasileiras, existe a influência do contexto local. Isso evidencia a importância da realização de estudos locais sobre a situação do AM, relevantes na elaboração de políticas de incentivo ao AM (MASCARENHAS et al., 2006).

Nas últimas três décadas, foram implementadas ações de promoção, proteção e apoio à amamentação nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que vêm contribuindo para a evolução favorável dos indicadores do AM, no entanto, esta prática ainda não está consolidada, no Brasil e no mundo (BRASIL, 2009b; CAMINHA et al., 2010a).

Portanto, a atual Política Nacional de Aleitamento Materno está baseada em seis eixos estratégicos (BRASIL, 2009b; SOUZA, SANTOS, GIUGLIANNI, 2010).

- Atenção Básica, que reúne a ESF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (Iubaam) e o Rede Amamenta e Alimenta Brasil;
- Atenção Hospitalar, por meio da IhaC, Alojamento Conjunto e Método Mãe Canguru;
- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;
- Proteção legal, iniciada pela Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) (BRASIL, 2002), que serviu para a criação da Lei 11.265, que regulariza a promoção comercial e o consumo adequado de alimentos para lactentes e crianças, bem como produtos destinados a esta população (BRASIL, 2006). Outro avanço foi a ampliação da licença-maternidade, de quatro para seis meses, embora ainda não amplamente instituída;
- Ações de mobilização social, como a Semana Mundial da Amamentação, e parcerias inter-setoriais, como o *projeto carteiro amigo* e os *bombeiros amigos da amamentação*;
- Monitoramento: realizado pela PNDS, que acontece a cada 10 anos e os dois inquéritos nacionais, a I e II PPAM.

## **2.2 Fatores associados ao aleitamento materno**

Segundo Almeida e Novak (2004), além da prática do AM ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada e seu sucesso resulta da interação de diversos fatores, não se resumindo apenas ao desejo da lactante em amamentar. Partindo dessa

premissa, vários são os fatores (socioeconômicos, demográficos, biológicos e culturais) que podem influenciar no padrão do aleitamento materno de uma população. A preocupação com a identificação dos fatores associados à interrupção precoce do AME, vem gerando estudos que têm como finalidade contribuir com o planejamento de estratégias promotoras do AME (ESPIRITO SANTO, 2006).

### 2.2.1 Fatores socioeconômicos e demográficos

Uma tendência crescente da prevalência do AME é verificada com a elevação da escolaridade materna, similar a um efeito dose-resposta (BRASIL, 2009b). Em geral, a baixa escolaridade materna está associada ao desmame precoce, uma vez que essas mães têm menos acesso aos serviços de saúde e grupos de suporte familiar. Vale ressaltar que, antes de 1989, a duração da amamentação era inversamente proporcional à renda e à escolaridade.

Entretanto, estudos mostram que essa relação se modificou: mulheres com grau de escolaridade mais elevado são mais motivadas para amamentar exclusivamente, já que detêm mais informações sobre as vantagens do aleitamento materno (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; DAMIÃO, 2008; CORREA et al., 2009; SALDIVA et al., 2011; CAMPAGNOLO, 2012).

Na Espanha, Roig et al. (2010) verificaram que mães com grau de escolaridade mais baixo apresentaram duas vezes mais risco de interromperem o AME, quando comparadas às de grau de escolaridade mais elevado. Em Quebec- Canadá, a oferta de outros alimentos antes dos quatro meses de idade foi mais frequente entre as mães de grau de escolaridade mais baixo (TATONE-TOKUDA, DUBOIS, GIRARD, 2009). Em Londrina/PR, o melhor nível de escolaridade contribuiu para uma maior prevalência do AM (SOUZA et al., 2012).

Em contrapartida, outros estudos não verificaram associação entre desmame e grau de escolaridade materna (PARIZOTO et al., 2009; CAETANO et al., 2010; QUELUZ et al., 2012). Em consonância com esses achados, um estudo de coorte desenvolvido no Peru não verificou associação entre escolaridade materna e AME, aos três meses de idade (MATIAS, 2012).

Em relação à idade materna como fator associado ao desmame precoce, alguns autores verificaram que mães adolescentes interrompem o AME mais precocemente. (CHAVES, LAMOUNIER, CESAR, 2007; SOUZA et al., 2012; QUELUZ et al., 2012;

WARKENTIN et al., 2012). Outro estudo verificou que mães adolescentes apresentavam 2,17 vezes mais chances de oferecer outros líquidos aos filhos, em comparação com mães adultas (NIQUINI et al., 2010).

No entanto, outros estudos não confirmaram a relação entre a baixa idade materna e a interrupção precoce do AME (PARIZOTO et al., 2009; LEONE, SADEK; 2012; SALUSTIANO et al., 2012).

Outro fator socioeconômico relacionado ao desmame precoce é o trabalho materno. Segundo dados da PNDS, cerca de metade das mulheres em idade fértil (54,0%) estão inseridas no mercado de trabalho, mas a maioria não é trabalhadora formal (65,0%), isto é, não possui direitos trabalhistas, tais como 13º salário, férias remuneradas, licença-maternidade, entre outros (CUNHA, 2008).

A prática do AME por, pelo menos, quatro meses, pode ser semelhante com o período de licença-maternidade de quatro meses concedido às mães trabalhadoras do mercado formal, em nosso país. Um estudo desenvolvido na Paraíba demonstrou que esta prática foi mais comum entre mães que usufruíam da licença-maternidade (VIANNA et al., 2007).

Nesse sentido, a II PPAM constatou predominância do AME (53,4%) entre as mães que estavam em licença-maternidade sobre as que trabalhavam no mercado informal ou não trabalhavam fora (BRASIL, 2009b).

Entretanto, mesmo mães trabalhadoras formais podem apresentar dificuldades com a manutenção do AME, pois temem que a criança sofra com o desmame brusco no retorno ao trabalho (TAKUSHI et al., 2008). Além disso, à insegurança gerada na mulher quando o retorno ao trabalho se aproxima se soma a falta de benefícios fornecidos pelas empresas, o trabalho em turnos rotativos e a fadiga, considerados fatores de risco para a não manutenção da amamentação em nutrizes trabalhadoras formais.

Brecailo et al. (2010) observaram que o risco de interromper o AME foi quase quatro vezes mais elevado em mães que trabalhavam fora de casa, quando comparado a mães que não trabalhavam. Esse achado confirma outros estudos brasileiros que verificaram associação entre trabalho materno e interrupção do AME (MASCARENHAS et al., 2006; VIANA et al., 2007; DAMIÃO, 2008; CORRÊA et al., 2009; SALDIVA, 2011; LEONE, SADEK, 2012; QUELUZ et al., 2012; SALUSTIANO et al., 2012; SOUZA et al., 2012).

Por outro lado, destaca-se, que além da falta da licença-maternidade, os cuidados com outros filhos e o excesso de afazeres domésticos também constituem fatores preditivos do desmame precoce (FUJIMORI et al., 2010).

Estudo qualitativo avaliou algumas características sociais entre as mulheres que interromperam prematuramente o AME, constatando que a idade média de sua interrupção foi menor no grupo de mães que não trabalhavam fora (2,5 meses), quando comparada ao grupo daquelas que trabalhavam fora (3,3 meses). Foi observado também que ambos os grupos reconhecem a importância da amamentação, porém não em relação à sua exclusividade até o sexto mês de vida (OSÓRIO; QUEIROZ, 2007).

Já em relação à primiparidade, que denota falta de experiência anterior em amamentar, podendo dificultar o estabelecimento do aleitamento Fujimori et al.(2010), constataram, em estudo transversal, que o AME foi quatro vezes maior no grupo de multíparas, enquanto para Souza et al. (2012) foi menor no grupo de primíparas. Outros estudos demonstraram associação entre experiência anterior com a amamentação e maior duração do AME (PEREIRA et al., 2010; SALUSTIANO et al., 2012).

Esses achados reforçam que se deve dar atenção às primíparas e às mulheres que amamentaram por pouco tempo. Na Dinamarca, Kronborg et al. (2007) realizaram estudo randomizado em que o grupo visitado por profissionais previamente treinados apresentou maior tempo de AME. Nesse sentido, é relevante também a formação de grupos de apoio às mães sem experiência anterior com amamentação ou com experiência pregressa negativa (ROIG et al., 2010).

## 2.2.2 Fatores obstétricos e relativos aos serviços de saúde

Com relação ao efeito dos hospitais da Ihac sobre a prática do AME, Queluz et al. (2012) não verificaram associação entre o nascimento nestes hospitais e o AME. Os autores justificam este achado ao empenho e estímulo deficientes desta prática dentro do ambiente hospitalar e ressaltam que os esforços da Ihac isoladamente são insuficientes para debelar o desmame precoce. Corroborando com esses achados, outros estudos não demonstraram efeitos positivos do hospital da Ihac sobre o AME (LEONE; SADEK, 2012; SOUZA et al., 2012).

Por outro lado, um estudo de intervenção randomizado realizado na Zona da Mata Sul de Pernambuco avaliou a eficácia de um treinamento baseado nos dez passos da Ihac aplicado em profissionais de uma determinada maternidade, obtendo forte impacto positivo no AME. Entretanto, após dez dias de alta hospitalar, percebeu-se um nítido declínio do AME no grupo de mães que não tiveram o apoio das visitas domiciliares (COUTINHO et al., 2005).

Deste modo, para garantir os ganhos obtidos nos hospitais apoiados na Ihac, é necessário a participação da atenção primária através do Pacs e da ESF. Vale ressaltar também que a IUBAAM, baseada nos dez passos da Ihac, tem sido aplicada nas comunidades, constituindo uma forte aliada às estratégias já vigentes (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA; 2005).

Em Hong Kong, as mães que seguiram seis dos dez passos preconizados pela Ihac, (amamentar na 1ª hora de vida, AME durante a internação, alojamento conjunto, aleitamento sob livre demanda, não usar chupetas e mamadeiras e obter informações sobre amamentação) apresentaram três vezes mais chances de manter a amamentação em relação àquelas que apenas seguiram um ou dois passos (TARRANT et al., 2011).

Dentre os 10 passos propostos na Ihac, o 4º passo baseia-se em ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento. Condição importante, por reduzir as taxas de mortes neonatais e contribuir com o sucesso do aleitamento. Segundo Edmond et al. (2006), se iniciado no primeiro dia de vida, o AME pode reduzir em torno de 16,0% a mortalidade neonatal e em 22,0%, se iniciado na primeira hora de vida.

Estudos recentes mostram que a melhor prevalência do 4º passo da Ihac, entre as regiões brasileiras, foi verificada na Região Norte (72,9%) e a pior situação na Região Sudeste (63,5%); no total das regiões, a prevalência encontrada foi de 67,7%. Esse percentual foi superior ao encontrado em 2006 pela PNSD, de 43,0%. Essa diferença talvez seja explicada também pelo reflexo da situação mais atual desta prática em maternidades brasileiras. Por outro lado, dentre as capitais, São Luís/MA (83,5%) e Salvador/BA (58,5%) tiveram a melhor e a pior situação, respectivamente (BRASIL, 2009b).

Outro fator relacionado às práticas dos serviços de saúde é o tipo de serviço que realiza o acompanhamento em puericultura. O tipo deste serviço, público ou privado, não foi identificado como fator associado ao desmame precoce (QUELUZ et al., 2012). Segundo Silva e Souza (2005), não houve diferenças nas prevalências do AME no grupo de crianças atendidas em serviços públicos, quando comparadas àquelas atendidas em consultórios

privados. Corroborando com estes achados, Parizoto et al. (2009) não demonstraram associação do AME ao tipo de serviço de puericultura. Por outro lado, Souza et al. (2012) verificaram menores prevalências em lactentes menores de um ano atendidos em serviços públicos que naqueles assistidos em clínicas particulares.

No tocante ao tipo de parto, alguns estudos vêm demonstrando que o parto cirúrgico pode adiar a primeira mamada para além da 1ª hora de vida (BOSENBECKER; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008; VIEIRA et al., 2010). Boccolini et al. (2008) observaram que o tempo médio para iniciar a primeira mamada diferiu conforme o tipo de parto, em maternidades do Rio de Janeiro, sendo de até quatro horas e 10 horas para o parto natural e cirúrgico, respectivamente. No Japão, foi constatado que o parto cirúrgico adiou o início da primeira mamada, contribuindo para as baixas taxas de AME (NAKAO et al., 2008).

Em contrapartida, estudo realizado no Reino Unido verificou que o tipo de parto não esteve associado à interrupção do AM (AGBOADO et al., 2010).

Portanto, para elevar a prevalência do aleitamento dentro da primeira hora de vida, é necessário instaurar ações educativas que valorizem e esclareçam esta prática, como durante o pré-natal, a fim de despertar o desejo nas mães em colocar o bebê no peito, logo em seguida ao nascimento, somando-se ao apoio dos profissionais, sobretudo em mães de maior risco de retardar o início da amamentação, como aquelas submetidas ao parto cesariano ou que tiveram filhos prematuros (VIEIRA et al., 2010).

### 2.2.3 Fatores biológicos da criança

Pesquisas recentes demonstraram associação entre o gênero masculino e o menor tempo de aleitamento no Sul e Nordeste brasileiros (VICTORA et al., 2008; CAMINHA et al., 2010a). Segundo os autores, existem mães de lactentes do sexo masculino que nutrem a crença de que estes precisam de um maior aporte calórico, iniciando precocemente alimentação complementar à dieta de seus filhos (CAMINHA et al., 2010a). Por outro lado, estudo desenvolvido no Egito demonstrou que lactentes do sexo masculino tiveram 2,04 vezes mais chances de estarem em AME, quando comparados às lactentes do sexo feminino (AL GHWASS; AHMED, 2011).

Em relação ao peso, Victora et al. (2008) observaram que crianças com baixo peso ao nascer foram as que tiveram menor tempo de aleitamento. Do mesmo modo, um estudo de

coorte observou que o risco de desmame precoce em crianças com peso ao nascimento inferior a 2500g é aproximadamente quatro vezes maior em relação às nascidas com peso superior a este (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009). Segundo Boccolini (2007), o peso adequado ao nascer oferece segurança para o início do AM.

Leone e Sadeck (2012) também constataram o efeito protetor do maior peso ao nascimento em relação ao AM. Estes achados estão em consonância com a literatura, que reconhecem que a prematuridade é um fator que dificulta a manutenção do AM.

#### 2.2.4 Consumo de líquidos e uso de bicos artificiais

De acordo com a II PPAM, a introdução precoce de água foi de 13,7% já no primeiro mês de vida, com evidentes diferenças entre as regiões, pois no Nordeste (19,1%) foi quase o quádruplo da Região Sul (4,6%). No que se refere ao consumo de chá, nesta mesma faixa etária, foi um pouco mais frequente que a água (15,3%), sendo mais consumido na Região Sudeste. Em contrapartida, a Região Norte apresentou o menor consumo de chá, no país (10,1%). A Região Sudeste também se destacou com o consumo mais frequente de suco, seja natural ou industrializado, na faixa etária de três a quatro meses (22,1%). No entanto, a capital do Estado de Alagoas teve maior frequência para a mesma faixa etária (30,9%). No que se refere a esta prática, as regiões Nordeste e Sudeste lideram a introdução de outros leites entre as regiões brasileiras, com tendência ascendente para as faixas etárias seguintes. Entretanto, a Região Centro-Oeste foi a que obteve menor consumo de outros leites (BRASIL, 2009b).

Segundo um estudo realizado em Curitiba/PR, São Paulo/SP e Recife/PE, a mediana de idade para a introdução de alimentação complementar foi de quatro meses (CAETANO et al., 2010). Em Florianópolis/SC, a média para introdução do leite modificado foi de 3,2 meses e 5,5 meses para o suco natural (CORRÊA et al., 2009).

O consumo do chá, prática arraigada em nosso meio, sobretudo na Região Sul, começa nos primeiros dias de vida (SALDIVA et al., 2011). No município de Botucatu/SP, as alegações maternas para justificar a introdução precoce de líquidos não nutritivos, como água e chás, foram “para satisfazer a sede e aliviar cólicas da criança”; já o consumo de leite de vaca foi justificado pela “inadequada quantidade ou qualidade do leite materno” (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007).

Os hábitos de sucção não nutritiva, conforme dados mais recentes oriundos da II PPAM, foram frequentes nas capitais brasileiras, em lactentes menores de um ano: 58,4% para o uso da mamadeira e 42,6% para o uso da chupeta. A Região Sudeste foi a que obteve maior frequência de uso da mamadeira (63,8%), enquanto a Região Norte foi a que apresentou menor frequência (50,0%). A maior diferença entre as regiões foi em relação ao uso de chupeta, com a Região Sul apresentando mais que o dobro da prevalência (53,7%) comparada à Região Norte (25,5%) (BRASIL, 2009b).

Com relação ao uso da mamadeira, vale ressaltar que esta é uma importante fonte de contaminação e promotora de má oclusão dentária (VIGGIANO et al., 2004). Além de gerar confusão de bicos, é capaz de interromper precocemente a prática do AM (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995). França et al. (2008) verificaram que o uso da mamadeira é uma prática frequente em Porto Alegre/RS, com frequência de 46,9% das crianças aos 30 dias de vida, acarretando em pega incorreta da mama.

Por outro lado, os estudos ao longo do tempo, sobre o uso de chupetas vêm mostrando resultados heterogêneos; esta tem sido uma variável muito estudada, nos últimos anos, mas ainda não há uma concordância unânime na literatura (LEONE; SADEK, 2012). Embora utilizadas para acalmar o bebê, reduzir o estresse em procedimentos dolorosos e estimular a sucção da criança neuropata, estes utensílios causam mais efeitos deletérios que benéficos (CASTILHO; ROCHA, 2009). De acordo com a II PPAM, Porto Alegre foi a capital que apresentou a pior situação em relação ao uso do uso de chupetas (59,5%), em lactentes menores de 12 meses (CAMPAGNOLO et al., 2012).

Na Austrália, estudo realizado em primíparas revelou que as avós exercem influência em aconselhar o uso da chupeta nos lactentes; sua utilização foi frequente no primeiro mês de vida e esteve fortemente associada ao menor tempo de aleitamento. Os motivos mencionados pelas mães em oferecer a chupeta foram “acalmar o bebê” e “fazê-los dormir” (MAUCH et al. 2012).

Leone e Sadeck (2012), ao avaliarem os fatores associados à ausência do AME através de dados da II PPAM, verificaram que o uso da chupeta foi o fator de risco mais significativo, seguido pelo trabalho materno fora do lar e a idade da criança. Outros estudos, com a mesma metodologia, ou seja, oriundos de estudos transversais durante as campanhas de vacinação, também verificaram associação estatística entre uso dos bicos artificiais e o desmame (CAMPAGNOLO et al. 2012; SOUZA et al. 2012; SALUSTIANO et al., 2012).

Karabulut et al. (2009), em estudo de metanálise, também verificaram associação entre uso de chupeta e redução no tempo do AME e outros tipos de amamentação. Segundo Kronborg e Vaeth (2009), na presença de problemas no estabelecimento da amamentação, o uso da chupeta influencia na duração do AM, portanto, seu uso deve ser desencorajado no primeiro mês de vida do lactente.

Entretanto, pesquisadores argentinos, em estudo multicêntrico randomizado, verificaram que, após 15 dias de aleitamento, o uso da chupeta não alterou a prevalência do AME aos três meses (JENIK et al., 2009). O Connor et al. (2009) não verificaram associação direta entre uso de chupeta e desmame precoce, mas este uso seria resultante de uma série de fatores complexos, como problemas na técnica ou redução da intenção em amamentar.

Para Jaafaret al. (2011), desde que a mãe apresente forte motivação para amamentar, o uso de chupeta, em crianças a termo, desde o nascimento ou após o estabelecimento da amamentação, não altera a prevalência ou o tempo de AME, em crianças com até quatro meses. Após o primeiro mês de vida, quando geralmente o aleitamento está bem estabelecido e não há mais risco de morte súbita, a Associação Espanhola de Pediatria recomenda não desencorajar o uso da chupeta (TORRE et al., 2011).

Entretanto, a OMS, o Unicef e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) [s.d.] não recomendam o uso desse utensílio. Nesse sentido, outros estudos revelam associação entre uso da chupeta e desmame precoce (TELLES et al., 2009; HOLANDA et al. 2009; MOIMAZ, 2011). E diversos estudos sugerem que o uso desse utensílio é um sinalizador de dificuldades da mãe em amamentar. (VICTORA et al., 1997; KRAMER et al., 2001; CUNHA; LEITE; MACHADO, 2005).

Sabe-se que a introdução precoce de água e chás e o uso da chupeta, práticas vistas culturalmente como inofensivas, podem diminuir a frequência das mamadas, com conseqüente redução do estímulo das mamas, bem como a ordenha do leite produzido, acarretam baixa da produção láctea, proporcionando uma percepção, na lactante, de que seu leite não é suficiente, levando-a a introduzir leite artificial na dieta do lactente (VICTORA et al., 1997; LAMOUNIER, 2003).

### **2.3 Considerações finais**

Da implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), no início da década de 80, até a recém-criada, lançada em 2012, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, várias outras estratégias foram implantadas e estão em desenvolvimento, contribuindo para a melhora dos indicadores do AM. No entanto, os índices desta prática estão aquém do preconizado, sobretudo do AME.

A literatura apresentada nesta revisão permite constatar a relevância significativa de aprofundar o estudo deste tema e dos fatores implicados na interrupção precoce do AME. É possível observar, ainda, que os fatores envolvidos na interrupção precoce do AME atuam de forma distinta de uma região ou capital brasileira para outra. Deste modo, é premente compreender melhor o perfil da prática do AME, a fim de avaliar as intervenções pró-amamentação executadas em cada região. Esse conhecimento pode contribuir na formulação de outras estratégias que englobem os vários períodos de assistência à mãe e à criança, para que os lactentes usufruam plenamente dos benefícios desta prática.

---

## ***3 MÉTODOS***

### **3 MÉTODOS**

Este capítulo descreve detalhadamente o método utilizado para realização desta pesquisa a fim de garantir sua reprodutibilidade.

#### **3.1 Desenho**

Estudo transversal e analítico, realizado a partir de dados secundários oriundos da II PPAM, realizada em 2008.

A II PPAM teve como objetivo verificar a situação da amamentação e da alimentação complementar no Brasil; investigou a evolução dos indicadores de AM no período de 1999 a 2008, com a identificação dos grupos populacionais mais susceptíveis ao AM e à avaliação das práticas alimentares (BRASIL, 2009b).

O MS financiou a II PPAM, por meio de convênio firmado com a Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz, e coordenado por uma equipe composta por pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde MS. A pesquisa foi apoiada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em parceria com universidades, em vários estados (BRASIL, 2009b).

#### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado na cidade do Recife, estado de Pernambuco. O Recife tem uma área de 218,50 km<sup>2</sup>, dividida em 94 bairros, que se subdividem em seis regiões político-administrativas (RPAs), com uma rede de saúde composta por 244 Unidades de Saúde da Família (USF). No que concerne à saúde, cada RPA corresponde a um distrito sanitário (DS) e está subdividida em três microrregiões que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais (RECIFE, 2013).

### 3.3 População (amostra e cálculo amostral)

A II PPAM contou com a participação de 34.366 crianças menores de um ano, que compareceram à segunda etapa da campanha de multivacinação, em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF). Além das capitais, muitos estados ampliaram a pesquisa para outros municípios, de forma que o estudo contou com a participação de 266 municípios e aproximadamente 118.000 crianças menores de um ano, de todo o país.

Neste estudo, foram utilizados os dados do Recife/PE. No período em que ocorreu a II PPAM, o município possuía 1.533.580 habitantes (IBGE, 2008), sendo 20.985 crianças menores de um ano; destas, 3.119 foram sorteadas para a II PPAM, nesta cidade (BRASIL, 2009b). A população dessa dissertação foi constituída por crianças menores de seis meses residentes na cidade do Recife, o que correspondeu a 1.744 crianças participantes.

Adotou-se, para o inquérito, amostragem probabilística por conglomerados, com sorteio em dois estágios e probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio foram sorteados os postos de vacinação e, no segundo, as crianças, em cada posto. O tamanho amostral considerou a prevalência do AME de 1999, somada com 2% a 10%, presumindo-se um acréscimo da prevalência entre 1999 e 2008. Acrescentou-se também uma taxa de não resposta, que variou entre 5% e 10% (BRASIL, 2009b).

Para a capital pernambucana, a amostra foi planejada com base nas informações fornecidas pela Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife – PE, tais como: número de postos de vacinação no município e número de crianças menores de um ano vacinadas em cada posto, em 2007.

Nesta cidade, o volume de postos, ou seja, os conglomerados sorteados para o inquérito variaram entre os seis DSs, dependendo do número de postos e crianças menores de um ano, por posto, em cada DS.

Para o sorteio das crianças foi estabelecida uma fração de sorteio (FS), que variava entre os postos e correspondia à parcela da população de menores de um ano que deveria ser vacinada. Essa FS visava manter o controle da amostra e o princípio da representatividade, aplicada, por exemplo, da seguinte forma:  $FS=1:3$ , ou seja, entrevista a criança menor de um ano, não entrevista as três crianças menores de um ano seguintes, e assim por diante. As recusas eram identificadas no questionário, marcadas na folha de controle ao lado do sim, e a

contagem se iniciava na próxima criança. Se a FS fosse “todas”, todos os menores de um ano deveriam ser entrevistados.

Vale ressaltar que a FS não representou o número exato das crianças que deveriam ser entrevistadas, uma vez que se continuou a realizar o inquérito até que não houvesse mais ninguém a ser vacinado, mesmo que o número mínimo de crianças tivesse sido alcançado.

Nesse sentido, o número de postos sorteados e crianças entrevistadas, por DS foram:

DS 1: 3 postos – 271 entrevistados;

DS 2: 12 postos – 445 entrevistados;

DS 3: 15 postos – 659 entrevistadas;

DS 4: 16 postos – 729 entrevistadas;

DS 5: 15 postos – 626 entrevistados;

DS 6: 17 postos – 549 entrevistados.

O total de entrevistados correspondeu a 64,4% dos menores de um ano vacinados.

A amostra foi representativa, devido à alta cobertura vacinal da campanha, que, no caso do Recife, foi de 111,89%, segundo o PNI (2008), e à metodologia aplicada, fortalecendo os resultados obtidos, refletindo a situação das práticas alimentares na época da coleta de dados.

### **3.4 Instrumento para coleta dos dados**

O instrumento utilizado para a coleta dos dados (Anexo A) foi um questionário com perguntas predominantemente fechadas, utilizando dados atuais (*current status*), baseados no recordatório das 24 horas (R24h), sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite, outros líquidos, água, chás e outros alimentos, conforme as recomendações da OMS (WHO, 2008). Além desses tipos de consumo, as questões englobaram informações sobre a mãe e a criança, a fim de identificar os grupos mais vulneráveis à interrupção do AME e ao desmame precoce (BRASIL, 2009b).

O R24h é o instrumento mais utilizado em inquéritos alimentares de base populacional. Ele descreve e quantifica todos os alimentos consumidos nas 24 horas

anteriores à pesquisa, ou seja, da hora que a criança acordou no dia anterior até a hora em que acordou no dia da entrevista (FISBERG, 2005). Na II PPAM, o R24h foi adaptado, sendo aplicado de forma qualitativa, ao invés de quantificar os alimentos.

### **3.5 Procedimentos de coleta de dados**

Os entrevistadores foram orientados quanto à importância do correto processamento através do sorteio sistemático, a fim de garantir a aleatoriedade na seleção da amostra. Uma vez previamente treinados, apresentavam a pesquisa e solicitavam o consentimento verbal para aplicarem os questionários individualmente aos acompanhantes das crianças menores de um ano, presentes nos postos de vacinação durante a campanha. Em princípio, estes dados foram coletados durante o dia D nacional, mas estenderam-se além desta data, sendo comum as campanhas ultrapassarem as datas fixadas (BRASIL, 2009b).

### **3.6 Estratégias de capacitação**

Recife foi uma das três macrorregionais que realizou as oficinas, que incluíram os coordenadores estaduais e municipais desta cidade e de outras capitais do Nordeste (BRASIL, 2009b).

Após as oficinas nacionais, foram selecionados os supervisores de campo, por distrito sanitário, e os entrevistadores, de acordo com o número de postos sorteados, adicionando 20% de reserva técnica, para as faltas e substituições no dia da coleta, caso houvesse necessidade. O conteúdo e o método reproduziram a oficina nacional, após um treinamento municipal de 12 horas realizado no Centro de Saúde do Trabalhador (Cest- Recife). Cada participante das oficinas recebeu um manual de apoio, para orientar os supervisores de todos os distritos sanitários e os entrevistadores de cada posto.

### **3.7 Definições de termos e variáveis do estudo**

A definição do AM seguiu as recomendações da OMS (WHO, 2008):

- AME: a criança recebeu apenas leite materno sem algum líquido ou alimento, exceto medicamentos;
- AM: a criança recebe leite materno (direto ou ordenhado), embora possa receber outros alimentos;
- AMP: a criança recebe leite materno, no entanto ingere água, chás e sucos.

As variáveis dependentes e independentes utilizadas para análise, neste estudo, podem ser visualizadas, respectivamente, nos quadros 1 e 2.

**Quadro 2** – Variável dependente segundo o tipo, o conceito e a descrição. Recife/PE, 2008.

<b>Variável</b>
Aleitamento Materno Exclusivo
<b>Tipo</b>
Categórica numérica
<b>Conceito</b>
A criança que recebeu única e exclusivamente leite materno nas 24 horas anteriores à entrevista
<b>Descrição</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 0-  30 dias</li><li>• 30-  60 dias</li><li>• 60-  90 dias</li><li>• 90-  120 dias</li><li>• 120-  150 dias</li><li>• 150-  180 dias</li><li>• 0-  120 dias</li><li>• 0-  180dias</li></ul>

**Quadro 3** – Variáveis independentes agrupadas em maternas, serviços de saúde, criança, consumo de líquidos e bicos artificiais, segundo o tipo, o conceito e a descrição. Recife/PE, 2008.

Variáveis	Tipo	Conceito	Descrição
<b>Maternas</b>			
Idade	Numérica contínua	Idade da mãe, em anos, no momento da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 19 anos</li> <li>• &gt; 19 anos</li> </ul>
Escolaridade	Qualitativa ordinal	Grau de escolaridade da mãe, a partir do último ano de estudo concluído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem escolaridade</li> <li>• Fundamental incompleto</li> <li>• Fundamental completo</li> <li>• Ensino médio incompleto</li> <li>• Ensino médio completo</li> <li>• Superior incompleto</li> <li>• Superior completo</li> </ul>
Trabalho	Categórica	A mãe trabalha fora, não trabalha, ou está gozando de licença- maternidade, no momento da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalha fora</li> <li>• Não trabalha fora</li> <li>• Licença-maternidade</li> </ul>
Paridade	Dicotômica	A criança é o primeiro filho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
<b>Serviços de saúde</b>			
Nascimento em HAC*	Qualitativa nominal	A criança nasceu em Hospital Amigo da Criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Tipo de parto	Categórica	A criança nasceu de parto transpelviano (normal ou fórceps) ou cesáreo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transpelviano</li> <li>• Cesáreo</li> </ul>
Amamentação na 1ª hora de vida	Categórica	A criança foi amamentada dentro da 1ª hora de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Alta da criança (em dias)	Numérica contínua	Com quantos dias a criança teve alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-3 dias</li> <li>• 4-7 dias</li> <li>• &gt; 8 dias</li> </ul>
Acompanhamento de puericultura	Categórica	Tipo de serviço em que a criança costuma ser acompanhada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Público (UBS; Pacs/PSF; outros)</li> <li>• Particular</li> </ul>
<b>Criança</b>			
Sexo	Dicotômica	Gênero da criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Feminino</li> </ul>
Peso ao nascer	Quantitativa	Peso em gramas da criança ao nascer, em gramas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 2500g</li> <li>• &lt; 2500g</li> </ul>
<b>Líquidos e bicos artificiais</b>			
AME no 1º dia em casa (<4 meses)	Categórica	A criança estava em AME no 1º dia em casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Outro leite no 1º dia em casa (<4 meses)	Categórica	A criança tomou outro leite no 1º dia em casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Água no 1º dia em casa (<4 meses)	Categórica	A criança tomou água no 1º dia em casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Chá no 1º dia em casa (<4 meses)	Categórica	A criança tomou chá no 1º dia em casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Mamadeira ou chuquinha	Categórica	A criança usou mamadeira nas 24 horas anteriores à entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Chupeta	Categórica	Corresponde à criança usou chupeta nas 24 horas anteriores à entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>

\*Hospital Amigo da Criança

As variáveis que apresentaram como resposta “Não sabe informar” foram consideradas como *missings* e excluídas do estudo.

### 3.8 Armazenamento e análises dos dados

Os municípios participantes da II PPAM digitaram os dados através de um aplicativo *web*, desenvolvido pela equipe de informática do ICICT/Fiocruz, o qual foi elaborado com o mesmo método do aplicativo Amamunic (Amamentação e Municípios) do Instituto de Saúde – SES/SP. Ao término da digitação, os dados das capitais e do DF foram exportados para um banco de dados do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0, para análise.

Os dados do município do Recife/PE foram transportados para um banco específico elaborado no *software Epi-info*, versão 6.04 (CDS, Atlanta, USA), sendo checados e os valores nulos (“*missing data*”) ou as inconsistências corrigidos.

Para comparar as frequências das variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Com as variáveis coletadas nos menores de seis meses, foi realizada análise bivariada através do programa *Stata*, versão 7.0 (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*), para cálculo do risco relativo (RR), com estimativa da razão de prevalência (RP), sendo considerado como significativo  $p \leq 0,05$  com correção de *Yates* e intervalo de 95% de confiança. Após essa etapa, realizou-se a análise multivariada pela Regressão de Poisson para as variáveis, cuja associação com o desfecho apresentou valores de  $p < 0,20$ .

A análise bivariada das variáveis coletadas nos menores de quatro meses foi realizada pelo *Epi-info* e não foram submetidas à análise multivariada. Os resultados foram apresentados através de gráfico e tabelas.

### 3.9 Aspectos éticos

Os dados para o estudo foram cedidos pela Prefeitura Municipal do Recife (Anexo B), tendo a equipe assumido compromisso de confidencialidade com os participantes (Apêndice A).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Protocolo 536/2011, Caae nº: 0528.0.172.000-11) (Anexo C).

---

**4. RESULTADOS**  
*Artigo Original*

## 4 RESULTADOS – Artigo Original

### **Determinantes do aleitamento materno exclusivo: um estudo transversal.**

#### **Resumo**

**Objetivo:** Verificar a prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses.

**Métodos:** Estudo transversal com dados obtidos na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. A amostra foi constituída por 1744 crianças menores de seis meses que compareceram à campanha de vacinação em Recife/PE, em 2008. Os acompanhantes foram entrevistados através de um questionário semiestruturado com variáveis relacionadas à mãe, aos serviços de saúde, à criança, ao consumo de líquidos e ao uso de chupeta.

**Resultados:** A prevalência do AME foi 38,3% entre as crianças menores de seis meses. No primeiro mês, 30,4% das crianças não estavam em amamentação exclusiva e no sexto mês, apenas 9,5% das crianças mamavam exclusivamente. Na análise bivariada, os fatores associados ao AME foram: não usar chupeta e mães em licença-maternidade ou que não trabalhavam fora ( $p < 0,001$ ). Após regressão logística de Poisson essas variáveis permaneceram significantes ( $p < 0,001$ ) e a variável mães sem escolaridade ou com ensino fundamental entrou no modelo final ( $p = 0,02$ ).

**Conclusões:** Apesar da melhora dos indicadores, a prevalência do AME ainda está abaixo do preconizado. Mães com menor escolaridade, que não trabalham ou estavam em licença-maternidade e não ofereceram chupetas aos seus filhos tiveram maiores chances de praticar a amamentação exclusiva. Torna-se necessário realizar diagnósticos locais para rever programas e repensar estratégias que priorizem os grupos populacionais de maior risco para interrupção do AME, como: crianças em uso de chupeta, mães que trabalham fora, com ensino médio ou superior.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Atenção primária à saúde. Inquéritos nutricionais. Saúde da criança.

## **Abstract**

**Objective:** To Verify the prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors among children less than six months of age.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted with data from the 2<sup>nd</sup> Survey on the Prevalence of Breastfeeding in capital cities and the federal district of Brazil. The sample consisted of 1744 younger than six months of age who attended the vaccination campaign in the city of Recife/PE in 2008. The accompanying were interviewed using a semi-structured questionnaire addressing variables related to breastfeeding, characteristics of the mother, infant and healthcare services, the consumption of liquids and pacifier use.

**Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding was 38.3% among infants less than six months of age. A total of 30.4% of the infants were not breastfed exclusively in the first month and 90.5% were not breastfed exclusively in the sixth month. The factors associated with exclusive breastfeeding in the bivariate analysis were the non-use of a pacifier and mothers who did not work outside the home or who were on maternity leave ( $p<0.001$ ). In the Poisson logistic regression, these variables remained significant ( $p<0.001$ ) and a low level of mother's schooling (elementary school education or less) entered the model ( $p=0.02$ ).

**Conclusions:** Despite the improvement in comparison to historic indicators, the prevalence of exclusive breastfeeding is below the recommended rate. Mothers with a lower level of schooling, those who did not work or who were on maternity leave and those who did not offer their children a pacifier had a greater chance of practicing exclusive breastfeeding. The present findings underscore the need for more effective strategies and programs that prioritize population groups at greater risk for the premature interruption of exclusive breastfeeding, such as mothers who work outside the home, those with a high school education or higher and children who use a pacifier.

**Keywords:** Breastfeeding. Primary Health Care. Nutritional Surveys. Child Health

## **Introdução**

O aleitamento materno exclusivo (AME) proporciona benefícios para a saúde da criança a curto e longo prazos, bem documentados na literatura, sendo também essencial na redução da morbimortalidade infantil (QUELUZ et al., 2012). Com base nas evidências científicas sobre a importância da prática da amamentação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o AME até o sexto mês de vida, e complementado com outros alimentos, por dois anos ou mais (WHO, 2008).

No Brasil, desde o início da década de 80, várias estratégias foram criadas para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (AM) e vêm mostrando melhorias sobre as taxas de amamentação (BRASI, 2008b). Entretanto, segundo Caminha et al. (2010), os avanços foram maiores com o aleitamento total do que com o AME. E, apesar dos benefícios amplamente difundidos, das recomendações dos organismos internacionais e dos vários programas de governo, a interrupção precoce do AME ainda é considerada um grave problema de saúde pública (QUELUZ et al., 2012).

Deste modo, a duração do AME tem sido associada positivamente ao grau de escolaridade materna, à idade, e à experiência anterior em amamentar (PEREIRA et al., 2010; CAMPAGNOLO et al., 2012; SOUZA et al., 2012;) e, negativamente, ao uso de chupeta, à inserção da mulher no mercado trabalho e às práticas culturais aparentemente inofensivas, como o consumo de água e chás (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007; LEONE; SADEK, 2012; SALUSTIANO et al., 2012).

Por outro lado, a diversidade das regiões brasileiras não permite extrapolar os resultados sobre os fatores relacionados ao abandono do AME de um local para outro (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007). Isso evidencia a importância da realização de estudos em nível local, ou seja, focado naquela realidade e suas especificidades, para a elaboração de políticas de incentivo ao AM (MASCARENHAS et al., 2006).

Portanto, a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (II PPAM-2008), nas capitais brasileiras e Distrito Federal (IIPPAM- 2008) apresenta os dados mais recentes sobre a situação do AM no país, que descreve a melhor (45,9%) e pior (37%) prevalência do AME em menores de seis meses, nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente. No que tange à duração mediana do AME, foi de 1,8 meses, no conjunto das capitais (BRASIL, 2009).

Avaliar as diversas variáveis envolvidas no processo do desmame precoce pode facilitar o direcionamento dos serviços de saúde na formulação de estratégias de incentivo ao AME até o sexto mês de vida do bebê. O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao AME, em crianças menores de seis meses, da cidade do Recife/PE, além de verificar a associação entre os fatores: socioeconômicos, demográficos, obstétricos, relativos aos serviços de saúde, biológicos, referentes à criança, consumo de líquidos e uso de bicos artificiais.

## **Métodos**

Estudo transversal sobre práticas alimentares de amostra representativa da população de crianças menores de um ano, durante a segunda fase da campanha de multivacinação, no ano de 2008, no Recife/PE. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, foram utilizadas 24.915 doses de vacinas em crianças menores de um ano nos postos distribuídos nos seis distritos sanitários de saúde.

Considerou-se a prevalência de AME em menores de seis meses, no Recife, em 1999, com um acréscimo de 2 a 10%, supondo um aumento da prevalência entre 1999 e 2008. Acrescentou-se a taxa de não resposta, que variou entre 5% e 10%, resultando no tamanho amostral de 3.119 crianças menores de um ano. A população do presente estudo foi constituída pelas crianças menores de seis meses, residentes nesta cidade, e correspondeu a 1.744 crianças participantes.

Para elaboração do plano amostral, adotou-se a proposta de Silva (1998), para que a amostra fosse representativa da população do Recife. Nesse sentido, foram adotadas amostras equiprobabilísticas por conglomerados, com sorteios em dois estágios: no primeiro, foram sorteados os postos de vacinação; no segundo, as crianças de cada posto.

A quantidade de postos, ou seja, de conglomerados sorteados para o inquérito, variava entre os seis distritos sanitários (DS), dependendo do número de postos e crianças menores de um ano, por posto, em cada DS. Uma fração de sorteio foi estabelecida, visando manter o princípio da representatividade e o controle da amostra.

O instrumento de coleta de dados continha questões predominantemente fechadas. As informações sobre as práticas alimentares foram obtidas por meio do recordatório das últimas 24 horas (R24h), ou seja, o que a criança recebeu, da manhã do dia anterior à manhã do dia da pesquisa, refletindo as práticas atuais de alimentação (*current status*) (BRASIL, 2009).

Após o consentimento verbal, os questionários eram aplicados aos acompanhantes das crianças menores de um ano, nos postos de vacinação, durante a campanha (BRASIL, 2009).

Para definição dos tipos de AM, seguiu-se os conceitos preconizados pela OMS. Aleitamento Materno Exclusivo, quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos; Aleitamento Materno Predominante (AMP), quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás; Aleitamento Materno, quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano (WHO, 2008).

Para as análises de associação do AME com as variáveis independentes, o tamanho amostral de algumas delas variou de acordo com a quantidade de questionários totalmente preenchidos.

As variáveis independentes selecionadas para esta pesquisa foram agrupadas em: **maternas**: escolaridade (ensino médio e superior /sem escolaridade e fundamental), idade ( $\geq 20$  anos /  $< 20$  anos), trabalho materno (licença-maternidade e não trabalha / trabalha fora), paridade (um filho / dois filhos ou mais); **serviços de saúde**: nascimento em Hospital Amigo da Criança (HAC) (sim / não), tipo de parto (transpelviano / cesáreo), amamentação na 1ª hora de vida (não / sim), alta da criança (1-3dias/4-7dias/ $>8$ dias), local de acompanhamento em puericultura (público/particular); **criança**: sexo (feminino/masculino), peso ao nascer ( $<2500$ g /  $\geq 2500$  g) e **bicos artificiais**: chupeta (não/sim) e mamadeira ou chuquinha (não/sim). A variável dependente foi o AME, em menores de seis meses.

Outras variáveis independentes foram coletadas apenas nos menores de quatro meses, fazendo-se alusão ao primeiro dia em casa, para verificar associação com o aleitamento AM, como: AME (sim/não), outro leite (não/sim), água (não/sim), chá (não/sim).

Inicialmente, foi realizada análise bivariada com as variáveis de exposição e o AME. Aplicou-se o teste do qui-quadrado e o cálculo das razões de prevalências brutas e seus intervalos de confiança (IC95%). Na análise bivariada, as variáveis com valor de  $p < 0,20$  foram submetidas à regressão logística de Poisson, para cálculo do risco relativo (RR), como estimativa da razão de prevalência (RP), e intervalo de 95% de confiança, sendo significativa  $p \leq 0,05$ . Para as análises dos dados foram utilizados *software Epi-info*, versão 6.04, e *software Stata*, versão 7.0.

Dos bicos artificiais, optou-se por incluir apenas a variável chupeta na análise multivariada, devido à variável mamadeira apresentar colinearidade com chupeta.

As variáveis relacionadas ao consumo de líquidos em menores de quatro meses não foram submetidas à regressão de Poisson, uma vez que, isoladas, já explicam o desfecho, apresentando associação significativa com o AM. No intuito de reduzir possíveis vieses de memória, essas variáveis só foram coletadas nos menores de quatro meses.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Protocolo 536/2011, Caae n°: 0528.0.172.000-11).

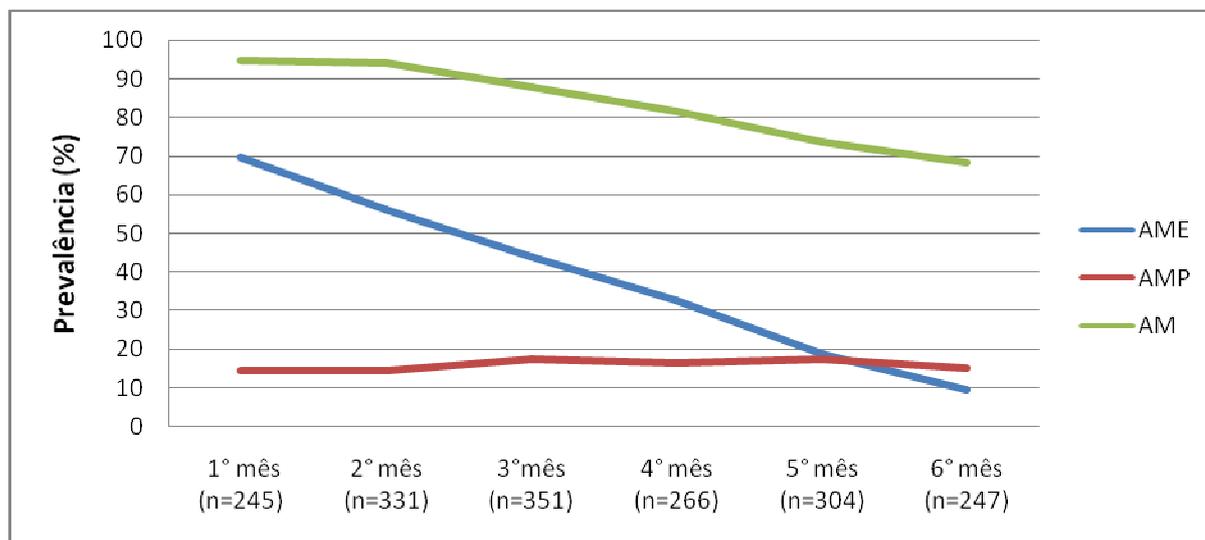
## **Resultados**

O estudo incluiu 1.744 crianças menores de seis meses, das quais 1.624 apresentaram dados completos relacionados ao AME, 50,2% eram do sexo masculino, 67,1% nascidos em Hospital Amigo da Criança, e 9,3% recém-natos com baixo peso. Do total da amostra, 46,8% nasceram através do parto cirúrgico, 64,4% mamaram na primeira hora de vida e 75,6% tiveram alta nos primeiros três dias após o parto. O acompanhamento em puericultura destas crianças, na sua maioria, foi realizado pelo serviço público de saúde (80,0%). No momento da entrevista, 68,4% das crianças tinham até quatro meses de idade.

Do total de entrevistados, 88,6% eram constituídos por mães das crianças com as seguintes características: 20,7% eram adolescentes, 52,1% primíparas, 55,8% não tinham nenhuma escolaridade ou concluíram até o ensino fundamental e 12,0% trabalhavam fora do domicílio.

O número de crianças por faixa etária e as prevalências do AME, AMP e AM para crianças menores de seis meses estão apresentados no gráfico 1. Observou-se que apenas 69,6% das crianças estavam em AME, no primeiro mês de vida. A prevalência do AME foi de 32,7% no quarto mês, e apenas 9,5% das crianças mamavam exclusivamente ao sexto mês após o parto. A prevalência do AME foi de 38,3%, nas crianças menores de seis meses. Por outro lado, o desmame total foi de 5,8%, 31,7% e 18,6%, para os menores de um, quatro e seis meses, respectivamente.

**Gráfico 1.** Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante (AMP) e aleitamento materno (AM), em crianças menores de seis meses. Recife/PE, 2008



\* n = número total de crianças

Na tabela 1, podem ser observadas as prevalências e razões de prevalências brutas e ajustadas do AME em menores de seis meses, segundo as variáveis maternas, dos serviços de saúde, as relacionadas à criança e ao uso de chupeta. Foram realizadas as análises bivariada e multivariada (regressão de Poisson).

Na análise bivariada apenas as variáveis trabalho materno e chupeta foram associadas ao aleitamento materno ( $p < 0,001$ ). A variável escolaridade materna obteve um nível de significância limítrofe, menor que 10%. Para as demais variáveis, não houve significância estatística.

Em seguida, foi realizada a regressão logística de Poisson com as variáveis, a saber:

**As mães sem escolaridade ou com ensino fundamental** - apresentaram 22% mais chances para a prática do AME, quando comparadas àquelas de ensino médio ou superior (RPa= 1,22; IC= 1,03-1,45).

**As genitoras que se encontravam em licença-maternidade ou não trabalhavam** tiveram 1,84 vezes mais chances de amamentar exclusivamente seus filhos do que as mães que estavam trabalhando fora do lar (RPa=1,84; IC95%=1,34-2,55).

**As crianças que não usavam chupeta.** O hábito de não usar chupeta revelou uma forte associação estatística com o AME. As crianças que não faziam uso de chupeta apresentaram uma prevalência de AME (50,7%), quando comparadas àquelas que utilizavam (22,4%), (RPa= 2,15; IC95%= 1,78 -2,60).

**Tabela 1.** Prevalências e razões de prevalências brutas e ajustadas do aleitamento materno exclusivo segundo fatores maternos, serviços de saúde, da criança e uso de chupeta, em menores de seis meses. Recife/PE, 2008

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				RPb (IC 95%)	Valor p**	RPa(IC 95%)	Valor p**
	Sim (N*=622)		Não (N*=1002)					
	n	%	n	%				
<b>Idade Materna</b>								
≥ 20 anos	454	40,1	679	59,9	1,0 (0,86 - 1,17)	0,964	—	—
< 20 anos	118	40	177	60	1		—	
<b>Escolaridade Materna</b>								
Sem escolaridade/fundamental	339	42,9	451	57,1	1,18 (0,99 - 1,39)	0,06	1,22 (1,03 -1,45)	<b>0,02</b>
Ensino médio e superior	234	36,4	408	63,6	1		1	
<b>Trabalho materno</b>								
Licença-maternidade/ não trabalha	527	42,2	721	57,8	1,78 (1,29 - 2,46)	<0,001	1,84 (1,34 -2,55)	<b>&lt;0,001</b>
Trabalha fora	40	23,7	129	76,3	1		1	
<b>Paridade</b>								
Primípara	296	40,1	443	59,9	1,01 (0,89 - 1,15)	0,873	—	—
Múltipara	267	39,5	409	60,5	1		—	
<b>Nascimento em HAC<sup>Δ</sup></b>								
Sim	423	39,1	660	60,9	1,06 (0,93 - 1,22)	0,394	—	—
Não	192	36,7	331	63,3	1		—	
<b>Tipo de parto</b>								
Transpelviano	339	39,8	512	60,2	1,10 (0,93 - 1,28)	0,26	—	—
Cesáreo	275	36,4	481	63,6	1		—	
<b>4º passo da Ihac<sup>o</sup></b>								
Não	224	41,2	320	58,8	0,90 (0,76 - 1,06)	0,23	—	—
Sim	364	37,1	618	62,9	1		—	
<b>Alta da criança</b>								
1- 3 dias	375	50,7	365	49,3	1,01(0,84 - 1,23)	0,966	—	—
4 -7 dias	62	50	62	50	1,02 (0,84 - 1,24)		—	—
>8 dias	59	49,6	60	50,4	1	0,901	—	—
<b>Puericultura</b>								
Público	457	38	745	62	1,02 (0,87 - 1,20)	0,856	—	—
Particular	114	37,3	192	62,7	1		—	
<b>Sexo</b>								
Feminino	316	39,1	492	60,9	1,04 (0,92 - 1,18)	0,538	—	—
Masculino	306	37,5	510	62,5	1		—	
<b>Peso ao nascer</b>								
< 2500 g	66	44,6	82	55,4	1,17( 0,91 - 1,51)	0,23	—	—
≥2500 g	531	38,1	863	61,9	1		—	
<b>Chupeta</b>								
Não	467	50,7	455	49,3	2,26 (1,88 - 2,71)	<0,001	2,15 (1,78 -2,60)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	153	22,4	530	77,6	1		1	

\* Os totais podem não somar ao valor de N, por falta do preenchimento de dados em algumas variáveis.

RPa: Razão de Prevalência bruta.

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

\*\*Significância de  $p \leq 0,05$  com correção de Yates.

RPb: Razão de Prevalência ajustada.

<sup>Δ</sup> Hospital Amigo da Criança.

<sup>o</sup> Amamentação na 1ª hora de vida recomendada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A tabela 2 apresenta os resultados da análise da prática do AM para os menores de quatro meses, segundo o consumo de líquidos, no primeiro dia em casa, após a alta da maternidade. Das 727 crianças, menores de quatro meses, que foram amamentadas exclusivamente, no primeiro dia em casa, 686 (94,4%) estavam em AM. As mães que não introduziram outros líquidos, no primeiro dia em casa, apresentaram maiores prevalências da prática do AM entre os menores de quatro meses.

**Tabela 2.** Análise bivariada do aleitamento materno, segundo o consumo de líquidos, no primeiro dia em casa, em menores de quatro meses. Recife/PE, 2008

Variáveis	Aleitamento Materno				RP** (IC <sup>A</sup> 95%)	Valor p <sup>0</sup>
	Sim N*=1056		Não N*=126			
	n	%	n	%		
<b>AME</b>						
Sim	686	94,4	41	5,6	1,49 (1,32-1,69)	<b>&lt;0,001</b>
Não	91	63,2	53	36,8	1	
<b>Outro leite</b>						
Não	901	93,9	59	6,1	1,86 (1,52-2,27)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	48	50,5	47	49,5	1	
<b>Água</b>						
Não	912	91,3	87	8,7	1,45 (1,18-1,78)	<b>&lt;0,001</b>
Sim	34	63	20	37	1	
<b>Chá</b>						
Não	896	90,2	97	9,8	1,07 (0,96-1,20)	<b>0,18</b>
Sim	53	84,1	10	15,9	1	

\* Os totais podem não somar ao valor de N, por falta do preenchimento de dados em algumas variáveis.

RP: Razão de Prevalência.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

\*\*Significância de  $p \leq 0,05$  com correção de Yates.

A prática do AME no primeiro dia em casa foi associada a uma maior chance para o AM nos menores de quatro meses de vida (RP = 1,49; IC=1,32-1,69;  $p < 0,001$ ). O mesmo ocorreu para as crianças que não usaram outro tipo de leite e água no primeiro dia em casa, com RP=1,86; IC=1,52-2,27 e RP=1,45; IC=1,18-1,78 respectivamente, ( $p < 0,001$ ). Em contrapartida, o não uso do chá no primeiro dia em casa não mostrou associação com o AM, nos menores de quatro meses de vida (Tabela 2).

## Discussão

Este estudo foi realizado com amostra representativa das crianças menores de seis meses, no que se refere à prevalência e aos fatores associados ao AME, na cidade do Recife.

A prevalência do AME em menores de seis meses, de 38,3%, é classificada como ruim, segundo os parâmetros da OMS. Contudo, entre a I e a II PPAM houve um incremento, em quase uma década, de 22,5% na prevalência do AME em menores de quatro meses, nessa cidade.

Comparando a prevalência do AME e o AM do município do Recife com as demais capitais brasileiras, verificou-se que a cidade ocupa a 16ª e 25ª posição, respectivamente, no *ranking* entre as 27 cidades brasileiras estudadas. Outros estudos também apontam a irregularidade dessa prática, conforme a II PPAM, nas capitais brasileiras e Distrito Federal, que demonstrou a prevalência do AME de 41,0%, no conjunto das capitais (BRASIL, 2009; QUELUZ et al., 2012; SALUSTIANO et al., 2012; SOUZA et al., 2012).

Sabe-se que existem as diferenças regionais intrínsecas à continentalidade do Brasil e que estas influenciam a prática do aleitamento materno; portanto, os dados aqui apresentados não podem ser extrapolados para outras capitais. Deste modo, o inquérito foi realizado em todas as capitais brasileiras, inclusive o Distrito Federal.

O resultado da análise multivariada dos fatores associados ao AME nos menores de seis meses, no presente estudo, evidencia que o não uso da chupeta foi o fator protetor da amamentação exclusiva mais significativa. Outros fatores associados à prática do AME foram mães que não trabalhavam fora ou estavam em licença-maternidade e genitoras com menor escolaridade (sem escolaridade ou com apenas o ensino fundamental).

Nesse estudo, chamou a atenção o fato de mães com escolaridade mais baixa serem mais propensas a manter o AME do que mães com grau de escolaridade mais elevado. Esse achado vai de encontro a estudos brasileiros que apontam maiores taxas de AME entre as mães de maior escolaridade e maior nível socioeconômico (DAMIÃO, 2008; BERNARDI; JORDÃO; BARROS, 2009; PEREIRA et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2010; SOUZA et al., 2012). Essa discordância com outros estudos brasileiros pode ser explicada pela diversidade da população brasileira, podendo retratar provavelmente o padrão do aleitamento materno tanto de países em desenvolvimento quanto dos desenvolvidos.

Deste modo, o resultado deste estudo também pode revelar que aquelas mães de grau de escolaridade mais baixo estão mais sujeitas às ações promotoras do AM realizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), Ihac, Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (Iubaam) e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, uma vez que essas estratégias estão

mais presentes em áreas de população mais carente, evidenciando o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, o Comitê de Nutrição da Sociedade Européia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição divulgou que, em países industrializados, as mães que amamentam mais são aquelas de alto padrão socioeconômico e ensino superior, ao passo que, em países em desenvolvimento, acontece o contrário (AGOSTINE et al., 2009).

Vale salientar que a vida moderna trouxe mudanças no contexto familiar, com a participação mais presente da mulher no mercado de trabalho, contribuindo para a modificação do padrão do AM (AGOSTINIE et al., 2009). Nessa pesquisa, ficou evidenciada a interferência do trabalho materno sobre a prática da amamentação exclusiva. Esse achado corrobora com outros estudos, ao afirmar que mães em licença-maternidade ou que não trabalham fora apresentaram mais chances de praticar o AME (MASCARENHAS et al., 2006; DAMIÃO, 2008; CORRÊA et al., 2009; SALDIVA et al., 2011; LEONE; SADEK, 2012; MATIAS; NOMMSEN-RIVERS; DEWEY, 2012; SALUSTIANO et al., 2012; SOUZA et al., 2012).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia (PNDS), a maioria das mulheres são profissionais do mercado informal, não possuindo, portanto, nenhum direito trabalhista (BRASIL, 2008a) Deste modo, a ausência da licença-maternidade leva à redução no orçamento da família em um momento em que os custos aumentam, impulsionando a mulher a trabalhar logo após o parto, interrompendo o AME precocemente. No presente estudo, em torno 30,0% das crianças não estavam em AME já no primeiro mês e o trabalho materno pode ter sido um dos fatores que contribuíram para o desmame precoce.

Por outro lado, a licença-maternidade de seis meses já é um benefício das servidoras públicas e no serviço privado a lei prevê esta ampliação como opção do empregador. Contudo, mesmo se a licença for de quatro meses, nem sempre esse benefício é garantido. No entanto, a prática do AME pode não equivaler ao período da licença-maternidade, por conta da pluralidade de atribuições sob a responsabilidade da mulher, no seu cotidiano.

Em relação à chupeta, 59,0% das crianças estudadas não a usaram nas últimas 24 horas antes da entrevista, e o seu não uso esteve fortemente associado à amamentação exclusiva, corroborando com outros estudos (KARABULUT et al., 2009; CAMPAGNOLO et al., 2012; SOUZA et al., 2012; SALUSTIANO et al., 2012). Apesar disso, percebe-se que a cultura do uso da chupeta está bem arraigada em nosso meio, com a justificativa de acalmar

ou ajudar o bebê a dormir. No entanto, os efeitos deletérios são maiores: a confusão de bicos e a consequente brevidade do desmame (LAMOUNIER, 2003; CASTILHO; ROCHA, 2009; MAUCH et al., 2012).

Deste modo, a OMS, o Unicef e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) [s.d.] advertem que não se deve utilizar esse utensílio desde o nascimento.

Todavia, a Associação Espanhola de Pediatria recomenda não desencorajar o seu uso após o primeiro mês de vida, pois após esse período a amamentação está bem estabelecida; isto é, quando a pega da criança ao seio é feita corretamente e a produção láctea da mãe está plena; e cessou o risco de morte súbita. Do mesmo modo, estudo multicêntrico randomizado verificou que, após 15 dias de aleitamento, o uso da chupeta não alterou a prevalência do AME aos três meses (JENIK et al., 2009).

Percebe-se que ainda não está bem definida, na literatura, a razão de causalidade entre o uso da chupeta e o desmame precoce. Após revisão bibliográfica, os autores cogitam a hipótese de que a introdução do uso deste artefato resulta do hábito cultural ou da falta de motivação, por parte da lactante, em aleitar, ou falha na técnica de amamentar. Deste modo, o uso da chupeta pode ser causa ou consequência do desmame (ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

Este estudo também procurou avaliar a influência das variáveis AME, não introdução de água, chá e outros leites no primeiro dia em casa, após a alta da maternidade, sobre a prática do AM aos quatro meses de vida. Nesta faixa etária, não ingerir outros tipos de leite no primeiro dia em casa foi a variável mais significativa para a prática do AM aos quatro meses, atingindo prevalência 86% maior do AM no grupo que não ingeriu outros leites no primeiro dia em casa, quando comparado ao grupo que ingeriu. As variáveis AME e não consumir água, no primeiro dia em casa, também estiveram associadas ao AM. Em contrapartida, não consumir chá no primeiro dia não esteve associado à prática do AM nos menores de quatro meses.

Estes dados, relacionados ao consumo de líquidos em menores de quatro meses, não foram submetidos à regressão de Poisson, uma vez que, isolados, já explicam o desfecho, apresentando associação significativa com o AM, e, no intuito de reduzir possíveis vieses de memória, essas variáveis só foram coletadas nos menores de quatro meses.

As alegações maternas, como reduzir a sede, aliviar gases e cólicas e insuficiência do leite materno são as justificativas mais comuns para introduzir precocemente água, chás e outros leites. No Recife, essa prática se mostrou elevada desde o primeiro dia em casa, evidenciando que a cultura exerce influência direta nessa introdução inoportuna. Precisam ser desmistificados velhos paradigmas, através de um trabalho permanente e contextualizado por uma equipe interdisciplinar, com resultados em longo prazo.

Em nosso estudo não foi encontrada associação entre o AME e o nascimento em Hospital Amigo da Criança, embora 67,1 % dos nascimentos tenham ocorrido neste tipo de hospital. A distribuição homogênea dessa variável na população estudada pode ter contribuído para que esse fator não fosse relacionado à prática da amamentação exclusiva. No entanto, outros estudos consideram efetivas as ações da Ihac, uma vez que contribuem para melhores prevalências no AME (MERTEN; DRATVA; ACKERMANN-LIEBRICH; 2005; COUTINHO et al., 2005; TARRANT et al., 2011).

A coleta de dados, concomitante à Campanha de Multivacinação, revelou-se conveniente e de fácil aplicação. Além da metodologia aplicada, houve uma alta cobertura vacinal da campanha, para as crianças menores de um ano, no Recife. Segundo dados do Programa Nacional de Imunização (PNI), a capital pernambucana apresentou alta cobertura vacinal, nos menores de um ano (BRASIL, 2008b). O que refletiu a real situação da prática do AM, naquele momento. No Brasil, essa estratégia vem sendo amplamente utilizada pelos municípios, pois a realização desses inquéritos durante as campanhas são apropriados para analisar a situação da amamentação nos municípios, em decorrência de sua rapidez, baixo custo e em razão da alta cobertura vacinal, com a possibilidade de obter dados representativos da população estudada (BRASIL, 2009).

Existem algumas limitações no presente estudo, como um possível viés de memória e fatores de confusão, inerentes ao delineamento transversal utilizado. Optou-se por realizar a análise multivariada, a fim de controlar possíveis fatores de confusão e minimizar os possíveis vieses de memória por parte do informante. A OMS vem recomendando a utilização do R24h, empregado neste estudo, mas chama a atenção para o fato de que o método pode superestimar a quantidade de crianças em AME, pois, as crianças com ingesta irregular de líquidos, no dia que antecedeu a pesquisa, podem não ter tomado algum líquido.

Além de rápido e barato, o método R24h não interfere no consumo alimentar do indivíduo, pode ser aplicado em pessoas de diversos níveis de idade e escolaridade, mas

requer treinamento prévio do entrevistador para obter dados com qualidade através de uma comunicação efetiva (FISBERG, 2005).

Outra limitação é que, devido ao corte transversal, torna-se difícil mensurar até que ponto as mudanças induzidas por intervenções educativas ou de outra natureza se refletem nos padrões alimentares. É difícil avaliar as associações encontradas, visto que, neste tipo de estudo, a exposição e o desfecho são medidos ao mesmo tempo. No entanto, a realização de diversos estudos transversais de fatores associados ao AME, não só em várias regiões brasileiras, como em outros países, tem ajudado a reconhecer fatores comuns, mas que influenciam distintamente os padrões locais do aleitamento, dependentes do meio socioeconômico e cultural, serviços de saúde e religião (LEONE; SADEK, 2012).

Por se tratar de um banco de dados secundário, outras variáveis que podem influenciar na prática do AME, como número de consultas pré-natais, renda, situação conjugal, dentre outras, não puderam ser analisadas no estudo, visto não terem sido coletadas.

Os resultados permitem concluir que a prevalência do AME, em crianças menores de seis meses, no município do Recife, está não só abaixo do que é preconizado internacionalmente, como é inferior à de outras capitais brasileiras. Por outro lado, alguns avanços ocorreram ao longo das últimas três décadas, graças a várias iniciativas pró-amamentação implementadas, como a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), a Ihaç e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Conclui-se também que crianças que não usavam chupeta, mães que estavam em licença-maternidade ou não trabalhavam fora e mães de menor escolaridade foram fatores associados à amamentação exclusiva.

Verifica-se, assim, que é preciso rever programas e repensar estratégias de incentivo ao AM que priorizem os grupos populacionais de maior vulnerabilidade para a interrupção precoce do AME e que as intervenções sejam baseadas em diagnósticos atuais sobre a população local.

## Referências

AGOSTINE, C., et al. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 49, n. 1, p. 112-125, 2009.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (supl), p. 119-125, 2004.

ARAÚJO, C.M.T. DE; SILVA, G.A.P.; COUTINHO, S.B. Aleitamento materno e uso de chupeta : repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensorio motor oral. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 25, n. 1, p. 59-65, 2007.

BERNARDI, J.L.D.; JORDÃO, R.E.; BARROS FILHO, A.A. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do Estado de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 867-878, nov./dez. 2009.

BRASIL. Amamentação e alimentação. In: SEGALL-CORRÊA, A.M. et al. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2008a. p. 195-212.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de Imunizações. **Campanha de multivacinação 2008**. Brasília: 2008b. Disponível em: <[http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_polio2\\_mun\\_08.asp?UF=26](http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio2_mun_08.asp?UF=26)>. Acesso em: 02 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, 2009.

CAMINHA, M.D.F.C., et al. Tendência temporal e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010.

CAMPAGNOLO, P.D.B., et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 4, p. 431-439, 2012.

CARVALHAES, M.A. de B.L.; PARADA, C.M.G. de L.; COSTA, M.P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses, em Botucatu – SP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2007.

CASTILHO, S.D.; ROCHA, M.A. Pacifier habit: history and multidisciplinary vision. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

CORRÊA, E.N., et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 258-264, 2009.

COUTINHO, S.B., et al. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **Lancet**, v. 366, p.1094-1100, 2005.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008.

ESPIRITO SANTO, L.C. DO. **Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e influência do padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida na duração da amamentação** [Tese de Doutorado]. Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (Pediatria), Porto Alegre, 2006.

FISBERG, R.M., et al. **Inquéritos Alimentares - Métodos e bases científicas**. São Paulo: Manole, 2005.

JENIK, A.G., et al. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? **The Journal of Pediatrics**, v. 155, n. 3, p. 350-354, 2009.

KARABULUT, E., et al. Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. **Turkey Journal of Pediatrics**, v. 51, n. 1, p. 35-43, 2009.

LAMOUNIER, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 284-286, 2003.

LEONE, C.R.; SADEK, L.S.R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 21-26, 2012.

MASCARENHAS, M.L.W., et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

MATIAS, S.L.; NOMMSEN-RIVERS, L. A.; DEWEY, K. G. Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban peruvian mothers. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 1, p. 45-54, 2012.

MAUCH, C.E., et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study. **BMC Pediatrics**, v. 12, n. 7, p. 1-10, 2012.

MERTEN, S.; DRATVA, J.; ACKERMANN-LIEBRICH, U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? **Pediatrics**, v. 116, n. 5, p. e702-e708, 2005.

NASCIMENTO, M.B.R., et al. Exclusive Breastfeeding in Southern Brazil: prevalence and associated factors. **Breastfeed Medicine**, v. 5, n. 2, p. 79-85, Apr. 2010.

PEREIRA, R.S.V., et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

QUELUZ, M.C., et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.

SALDIVA, S.R.D.N., et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2253-2262, 2011.

SALUSTIANO, L.P.Q., et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

SILVA, N.N. **Amostragem probabilística: um curso introdutório**. São Paulo: Edusp, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Conversando com o pediatra**; o uso de chupeta. Disponível em: <[http://www.conversandocomopediatra.com.br/website/paginas/materias\\_gerais/materias\\_gerais.php?id=77&content=detalhe](http://www.conversandocomopediatra.com.br/website/paginas/materias_gerais/materias_gerais.php?id=77&content=detalhe)>. Acesso em: 15 de maio de 2013.

SOUZA, S.N.D.H., et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

TARRANT, M., et al. Impact of baby-friendly hospital practices on breastfeeding in Hong Kong. **Birth: Issues in Perinatal Care**, v. 38, n. 3, p. 238-245, 2011.

WHO. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007**. Washington, 2008.

---

## ***5. CONSIDERAÇÕES FINAIS***

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados mostram que, apesar dos avanços, a prevalência do AME no município do Recife ainda está distante do padrão recomendado e fatores de natureza diversas permeiam o processo do desmame precoce.

Deste modo, é urgente o monitoramento contínuo dos indicadores, com identificação dos fatores modificáveis para combater um grave problema da saúde pública, o desmame precoce. Porém, o desafio permanece, esperando que as ações sejam efetivamente implementadas e apoiadas em programas amplos. E, considerando que o AME oferece benefícios, no todo âmbito da saúde da criança, que se estendem até a vida adulta, as intervenções devem priorizar os grupos populacionais mais vulneráveis para a interrupção precoce dessa prática, que nesta cidade foram: crianças em uso de chupeta, mães que trabalhavam fora e de nível de escolaridade médio ou superior.

No tocante ao uso da chupeta, é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para orientar as mães e a sociedade sobre os efeitos danosos deste utensílio no aleitamento e na saúde da criança, e também perceber que o uso da chupeta pode revelar uma mãe com dificuldades em estabelecer a amamentação, seja por falha na técnica, dúvidas, desmotivação ou receios.

É importante também amparar legalmente as mães trabalhadoras garantindo-lhes licença-maternidade remunerada, pausas para amamentar, locais apropriados para ordenhar e armazenar o leite materno, as salas de apoio à amamentação, e acesso a berçários ou creches.

Porém, no Recife, diferentemente do que é apontado pela maioria dos estudos desenvolvidos em outros municípios brasileiros, as mães de menor grau de escolaridade amamentam mais exclusivamente em relação àquelas de maior grau de escolaridade. Por que as mães de maior grau de escolaridade se constituem como fator de risco para interrupção precoce do AME, nesta cidade? Será que esse achado pode ser creditado apenas à maior ênfase das políticas públicas nos segmentos populacionais menos privilegiados?

Esses questionamentos chamam a atenção, levantam a necessidade de realização de novos estudos que investiguem mais amiúde o grau de escolaridade materna em relação à interrupção precoce do AME neste município, pesquisas de abordagem qualitativa, relevantes na compreensão de questões subjetivas.

Esperamos que os resultados dessa pesquisa ofereçam subsídios para redirecionar e planejar ações pró-amamentação, de forma que as estratégias de incentivo ao AM ocorram em vários cenários dos serviços de saúde, englobando os vários períodos de assistência à mãe e à criança, aliadas às ações articuladas entre maternidades e serviços da rede de atenção básica.

---

***REFERÊNCIAS***

## REFERÊNCIAS

AGBOADO, G., et al. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. **BMC Pediatrics**, v. 10, n. 3, p. 1-10, 2010.

AL GHWASS, M.M.E.; AHMED, D. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding in a rural area in Egypt. **Breastfeeding Medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine**, v. 6, n. 4, p. 191-196, 2011.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5 (supl), p. 119-125, 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, v. 129, n. 3, p. e827- e841, 2012.

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G. de; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2009.

BOCCOLINI, C.S. **Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e o início da amamentação em Hospitais do Município do Rio de Janeiro/RJ. 2007.** 73f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BOCCOLINI, C.S. et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.11, p. 2681-94, 2008.

BOSENBECKER, R.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 35-43, 2008.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.3, Seção 1, p.1-3, 4 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.** Brasília, 2001(Relatório de pesquisa).

\_\_\_\_\_. **Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.** Brasília: 2002. Disponível em: <[http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1\\_203.pdf](http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_203.pdf)>. Acesso em: 15 maio, 2013.

\_\_\_\_\_. Amamentação e alimentação. In: SEGALL-CORRÊA, A.M. et al. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher– PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2008a.p. 195-212.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de Imunizações. **Campanha de multivacinação 2008**. Brasília: 2008b. Disponível em: <[http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_polio2\\_mun\\_08.asp?UF=26](http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio2_mun_08.asp?UF=26)>. Acesso em: 02 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009a. (Cadernos de atenção básica, 23).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio; relatório nacional de acompanhamento**. Brasília, 2004.

BRECAILO, M. K., et al. Fatores associados ao aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 4, p. 553-563, 2010.

CAETANO, M.C.; ORTIZ, T.T.; DA SILVA, S.G.L. et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactente. **Jornal de Pediatria**, v. 3, n. 86, p. 196-201, 2010.

CAMINHA, M.D.F.C. et al. Tendência temporal e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010a.

\_\_\_\_\_. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 1, p. 25-37, 2010b.

CAMPAGNOLO, P.D.B., et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 4, p. 431-439, 2012.

CARVALHAES, M.A. de B.L.; PARADA, C.M.G. de L.; DA COSTA, M.P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses, em Botucatu – SP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2007.

CASTILHO, S.D.; ROCHA, M.A. Pacifier habit: history and multidisciplinary vision. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR C.C. Factors associated with duration of breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

CORRÊA, E.N., et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, v. 3, n. 7, p. 258-264, 2009.

COUTINHO, S.B. Aleitamento materno. In: LIMA, M.C.; MOTA, M.E.F.A.; SILVA, G.P.A. **Saúde da criança: para entender o normal**. Recife: Ed.Universitária da UFPE, 2007. p. 143.

COUTINHO, S.B., et al. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **Lancet**, v. 366, p. 1094-1100, 2005.

CUNHA, A.J.L.A.; LEITE, A.M.; MACHADO, M.M. Breastfeeding and pacifier use in Brazil. **Indian Journal of Pediatrics**, v. 72, n. 3, p. 209-212, 2005.

CUNHA, E.M.G.P. **Características sociodemográficas das mulheres entrevistadas**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. PNSD 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, 2008. p. 86-112.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008.

EDMOND, K.M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. e380-e386, 2006.

ESPIRITO SANTO, L.C. do. **Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e influência do padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida na duração da amamentação** [Tese de Doutorado]. Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (Pediatria). Porto Alegre, 2006.

FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FRANÇA, M.C.T., et al. Uso da mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 607-614, 2008.

FUJIMORI, E., et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 315-327, 2010.

HOLANDA, A.L.F., et al. Relationship between breast- and bottle-feeding and non-nutritive sucking habits. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 7, n. 4, p. 331-337, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População por município**. Brasil, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PE.pdf>>. Acesso em: 02 out, 2011.

JAAFAR, S. H., et al. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding (Review). **The Cochrane Collaboration**, n. 3, p. 1-21, 2011.

JENIK, A.G., et al. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? **The Journal of Pediatrics**. v. 3, n. 155, p. 350-354, 2009.

KARABULUT, E., et al. Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. **The Turkish Journal of Pediatrics**. v. 1, n. 51, p. 35-43, 2009.

KRAMER, M.S. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 3, n. 286, p. 322-326, 2001.

KRONBOG, H.; VAETH, M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? **Birth**. v. 36, n. 1, p. 34-42, 2009.

KRONBOG, H., et al. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. **Acta Paediatrica**, v. 96, n.7, p. 1064-1070, 2007.

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 284-286, 2003.

LEONE, C.R.; SADEK, L. S.R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 21-26, 2012.

MASCARENHAS, M.L.W. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

MATIAS, S. L.; NOMMSEN-RIVERS, L. A.; DEWEY, K. G. Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban peruvian mothers. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 1, p. 45-54, 2012.

MAUCH, C.E., et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study. **BMC Pediatrics**, v. 12, n. 7, p. 1-10, 2012.

MOIMAZ, S.A.S. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2477-2484, 2011.

MULLANY, L.C., et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. **The Journal of Nutrition**, v. 138, n. 3, p. 599-603, 2008.

NAKAO, I., et al. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: A self-administered questionnaire survey. **International Breastfeeding Journal**, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2008.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. Nipple confusion: toward a formal definition. **The Journal of Pediatrics**, v. 126, n. 6, p. 125-129, 1995.

NIQUINI, R. P., et al. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 1-9, 2010.

OCHE, M. O.; UMAR, A S.; AHMED, H. Knowledge and practice of exclusive breastfeeding in Kware, Nigeria. **African Health Sciences**, v. 11, n. 3, p. 518-523, 2011.

O'CONNOR, N., et al. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v.163, n. 4, p. 378-382, 2009.

OLIVEIRA, M. I.C.; CAMACHO, L.A.B.; SOUZA, I.M.O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, 2005.

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: Teste de Associação Livre de Ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 261-267, 2007.

PARIZOTO, G. M., et al. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 3, p. 201–208, 2009.

PEREIRA, R. S. V., et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo : o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

QUELUZ, M. C., et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 537–543, 2012.

ROIG, A. O., et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 1-8, 2010.

SALDIVA, S.R.D.N., et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 27, p. 2253-2262, 2011.

SALUSTIANO, L.P.Q., et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

SILVA, A.P. da; SOUZA, N. de. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 3, p. 301-310, 2005.

SILVEIRA, R.B. da; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L.M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 35-43, 2008 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Conversando com o pediatra: o uso de chupeta**. Disponível em: <[http://www.conversandocomopediatra.com.br/website/paginas/materias\\_gerais/materias\\_gerais.php?id=77&content=detalhe](http://www.conversandocomopediatra.com.br/website/paginas/materias_gerais/materias_gerais.php?id=77&content=detalhe)>. Acesso em: 15 de maio de 2013.

SOUZA, C. B.; SANTOS, L.C.E.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil. *La Santé de l' Homme*. **Instituto Nacional de Educação e Prevenção da Saúde da França**, n. 408, p. 34-36, 2010.

SOUZA, S.N.D.H., et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 29–35, 2012.

TAKUSHI, S. A. M., et al. Motivação de gestantes para o. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 5, p. 491–502, 2008.

TARRANT, M., et al. Impact of Baby-Friendly Hospital practices on breastfeeding in Hong Kong. **Birth: Issues in Perinatal Care**, v. 38, n. 3, p. 238-245, 2011.

TATONE-TOKUDA, F.; DUBOIS, L.; GIRARD, M. Psychosocial determinants of the early introduction of complementary foods. **Health Education & Behavior**, v. 36, n. 2, p. 302-320, 2009.

TELLES, F.B.A., et al. Effect of breast- and bottle-feeding duration on the age of pacifier use persistence. **Brazilian Oral Research**, v. 23, n. 4, p. 432-438, 2009.

TORRE, M.J.L., et al. Uso delchupete y lactancia materna. **Anales de Pediatría**, v. 74, n. 4, p. 1-5, 2011.

VAN ODIJK, J., et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, v. 58, n. 9, p. 833-843, 2003.

VENÂNCIO, S.I., et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatría**, v. 86, n. 10, p. 317, 2010.

VIANNA, R. P. de T., et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba , Brasil : um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2403–2409, 2007.

VICTORA, C.G., et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? **Pediatrics**, v. 99, n. 3, p. 445-453, 1997.

\_\_\_\_\_. Amamentação e padrões alimentares em três coortes de nascimento no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 409-416, 2008.

VIEIRA, T. O., et al. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, p. 760, 2010.

VIGGIANO, D., et al. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. **Archives of Disease in Childhood**, v. 89, n. 12, p. 1121-1123, 2004.

WARKENTIN, S., et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses em crianças matriculadas em creches públicas e filantrópicas do Município de São Paulo, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v. 37, n. 2, p. 105-117, 2012.

WHO. **The optimal duration of exclusive breastfeeding - Results of a WHO systematic review**. Note for press n° 7. Geneva: 2001.

\_\_\_\_\_. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007**. Washington, 2008.

---

***APÊNDICE***

## APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu, Elaine Patrícia de Moraes Sereno, brasileira, solteira, Enfermeira, CPF número 030.422.674-23/MF, RG 5783995 SDS/PE, inscrita no Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco sob o número 139195, abaixo firmada, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Prevalência e Fatores Associados ao Aleitamento Materno Exclusivo em Crianças Menores de Seis Meses, na cidade do Recife-PE”**.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar ou disponibilizar, para outrem, material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público, por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa, pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Recife, 13 de dezembro de 2011.

---

Elaine Patrícia de Moraes Sereno

**—————** *ANEXOS*

**ANEXO A – Questionário aplicado aos pais ou responsáveis**

ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO / DAPES / SAS/MS - ICICT/FIOCRUZ - SES/PE  
II PESQUISA NACIONAL DE PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO – 2008

<b>Nº</b> _____	(CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)	<input type="checkbox"/> RECUSA
<b>01-DATA:</b> ____/____/____	<b>02-ENTREVISTADOR:</b> _____	<b>03-MUNICÍPIO:</b> _____ <b>04-UF:</b> ____
<b>05-LOCAL DE VACINAÇÃO:</b> _____		<b>06-ÁREA</b> <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
<b>07</b> DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____ <input type="checkbox"/> Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)		
<b>08</b> SEXO DA CRIANÇA: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
<b>09</b> QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro ou nenhum parentesco		
<b>10</b> -A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)		
<b>11</b> TOMOU LEITE DE PEITO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q. 13) <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 13)	
<b>12</b> -QUANTAS VEZES?	____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>13</b> TOMOU ÁGUA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>14</b> TOMOU CHÁ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>15</b> TOMOU OUTRO LEITE?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.17) <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 17)	
<b>16</b> -A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)		
<input type="checkbox"/> Só durante o dia? <input type="checkbox"/> Só à noite? <input type="checkbox"/> De dia e de noite? <input type="checkbox"/> Não Sabe		
<b>17</b> -TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>18</b> -COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>19</b> -COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.26) <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q.26)	
<b>20</b> -QUANTAS VEZES? <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não Sabe		
<b>21</b> -A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)		
<input type="checkbox"/> Igual à da família? <input type="checkbox"/> Preparada só para a criança? <input type="checkbox"/> Industrializada (de potinho)? <input type="checkbox"/> Não Sabe		
		☞ <b>Q.21</b> _____ (Código para Digitação)
<b>22</b> -ESSA COMIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)		
<input type="checkbox"/> Em pedaços? <input type="checkbox"/> Amassada? <input type="checkbox"/> Passada pela peneira? <input type="checkbox"/> Liquidificada? <input type="checkbox"/> Não Sabe		
		☞ <b>Q.22</b> _____ (Código para Digitação)
<b>23</b> -A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOL, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>24</b> -A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>25</b> -A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>26</b> -TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: "- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA":		
<b>27</b> -TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>28</b> -TOMOU REFRIGERANTE?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>29</b> -TOMOU CAFÉ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>30</b> -RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>31</b> -COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>32</b> -TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>33</b> USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>34</b> USOU CHUPETA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome)	
998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa      9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
☞ Q.36 <input type="checkbox"/> HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)	
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Normal   2 <input type="checkbox"/> Fórceps   3 <input type="checkbox"/> Cesárea   9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não   9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.43)
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 <input type="checkbox"/> Sim, inteira   2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas partes   3 <input type="checkbox"/> Não leu [Outros acompanhantes]: 9 <input type="checkbox"/> Não é a mãe (PASSE P/ Q.41)	
ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)	
41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 46 E 47) 1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (página 56 E 57) 1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não
42-NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 48 E 49) 1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (página 58 E 59) 1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g (Se necessário, anote da Caderneta) 9999 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)	
1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio	
2 <input type="checkbox"/> Rede Pública: _____ (Anote o nome)	
9 <input type="checkbox"/> Não Sabe/Não se aplica	
☞ Q.44 →Se REDE PÚBLICA especificar: 2 <input type="checkbox"/> UBS   3 <input type="checkbox"/> PACS/PSF   4 <input type="checkbox"/> Outros (Código para Digitação)	
FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49)	
45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?	
____ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
999 <input type="checkbox"/> Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
<b>NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA</b>	
46-MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não   9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não   9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não   9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não   9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)	
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)	
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
52-A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim   2 <input type="checkbox"/> Não
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)      54-E GRAU? (Assinale abaixo)	
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> INCOMPLETO	2 <input type="checkbox"/> COMPLETO
0 <input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE	1 <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL      2 <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO      3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR
☞ Q.53 _____ ☞ Q.54 _____ (Código para Digitação)	
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	
1 <input type="checkbox"/> Está trabalhando fora      2 <input type="checkbox"/> Não está trabalhando fora      3 <input type="checkbox"/> Está sob Licença Maternidade	
Observações:	

Os itens marcados com **○** no questionário, se referem às variáveis analisadas no presente estudo.

## ANEXO B – Carta de Anuência



*Prefeitura do Recife  
Secretaria de Saúde do Recife  
Diretoria Geral de Atenção à Saúde  
Gerência de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente*

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, que **Elaine Patrícia de Moraes Sereno**, CPF: 030422674-23, RG: 5783995 SDS/PE, que desenvolverá o Projeto intitulado **Prevalência e Fatores Associados ao Aleitamento Materno nas Crianças Menores de Seis Meses na Cidade do Recife**, está autorizada a utilizar parte do banco de dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal referente ao município do Recife, realizada em 2008, cuja Coordenação no Município de Recife ficou sob minha responsabilidade.

Recife, 01 de dezembro de 2011

*Paulo Germano de Frias*  
Médico CRM-7491  
Coordenação de Saúde da Criança e Adolescência

**Paulo Germano de Frias**  
Coordenador Municipal do Recife da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. da Engenharia, s/n – 1º andar – Sala 4 – Cidade Universitária  
50.740-600 Recife – PE, Tel/fax: 81. 2126.8588 – cepccs@ufpe.br

Ofício nº. 110/2013 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 24 de maio de 2013.

À

**Pesquisadora Elaine Patrícia de Moraes Sereno Carneiro**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 486519

CAAE – 0528.0.172.000-11

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 536/11

Título: Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses na cidade do Recife-PE.

Pesquisador Responsável: Elaine Patrícia de Moraes Sereno Carneiro

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 24/05/2013 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê.

Atenciosamente

Profa. Vânia Pinheiro Ramos

Vice-Coordenadora do CEP/CCS/UFPE

