

Alice Cristina Medeiros das Neves

**Preditores do aleitamento materno exclusivo, Amazônia
Legal e Nordeste, Brasil, 2010**

Brasília - DF

2012

**Preditores do aleitamento materno exclusivo, Amazônia Legal e
Nordeste, Brasil, 2010**

Alice Cristina Medeiros das Neves

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Nutrição Humana da
Universidade de Brasília, como requisito
parcial para obtenção do título de mestre
em nutrição humana.**

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kênia Mara
Baiocchi de Carvalho**

Brasília - DF

2012

Alice Cristina Medeiros das Neves

Preditores do aleitamento materno exclusivo, Amazônia Legal e Nordeste, Brasil, 2010

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Kênia Mara Baiocchi de Carvalho (Orientadora)

Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Leonor Maria Pacheco Santos

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

À Erly Catarina de Moura, pela orientação na minha vida acadêmica e profissional. E, também, pelo carinho e paciência todos os dias, nos últimos anos.

À professora Kênia Baiocchi pela orientação neste trabalho. E aos professores Leonor Pacheco e Edgar Hamann pelas sugestões enunciadas no momento da qualificação desta dissertação, que a tornaram mais consistentes.

Ao Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde pela cessão da base de dados.

Aos colegas de turma, em especial Laís Lima e Wallace Santos, por compartilhar comigo conhecimentos, alegrias e anseios ao longo do mestrado.

Ao meu pai, minhas tias, minhas avós e minha irmã pela compreensão nos momentos ausentes, apoio e orações sempre a mim dedicadas. A minha mãe, um agradecimento especial, pelo amor incondicional que me permitiu alcançar este sonho.

A Deus pela oportunidade e amor ao longo desta caminhada.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	09
2 REERÊNICAL TEÓRICO	10
2.1. A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	10
2.2. POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL	13
2.3. PANORAMA DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO PAÍS	17
2.4. DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	20
3 OBJETIVOS	24
3.1. GERAL	24
3.2. ESPECÍFICOS	24
4 MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1. DESENHO DO ESTUDO	25
4.2. AMOSTRAGEM	26
4.3. COLETA DE DADOS	27
4.4. VARIÁVEIS ESTUDADAS	28
4.5. ANÁLISE DE DADOS	29
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 ARTIGO ORIGINAL: PREDITORES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, AMAZÔNIA LEGAL E NORDESTE, BRASIL, 2010.	32

6 CONCLUSÕES GERAIS	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXO A - Relação dos 252 municípios prioritários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil, que participaram da pesquisa "Chamada Neonatal", segundo Unidade da Federação	67
ANEXO B - Questionário “Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”	69
ANEXO C - Aprovação Comissão Nacional de Ética Em Pesquisa	75
ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido	76
ANEXO E – Protocolo de submissão do artigo intitulado “Preditores do aleitamento materno exclusivo, Amazônia legal e Nordeste, Brasil, 2010” ao periódico Cadernos	77

RESUMO

Introdução: No Brasil, apesar de aproximadamente 95% das mães iniciarem a amamentação, essa prática ainda não é a ideal, pois a duração da amamentação exclusiva é inferior aos seis meses de idade recomendados. O objetivo deste trabalho foi identificar fatores associados ao Aleitamento Materno Exclusivo em crianças residentes na Amazônia Legal e no Nordeste do Brasil. **Métodos:** Foi avaliada uma amostra de crianças menores de seis meses de idade, que participaram da pesquisa de avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano de idade, em 2010 (4116 na Amazônia Legal e 4944 no Nordeste). A prevalência de aleitamento exclusivo com IC95% foi calculada separadamente por região, segundo fatores sociodemográficos e de assistência ao pré-natal, parto e puerpério. As variáveis com $p < 0,20$ (χ^2) foram selecionadas para análise múltipla, por trimestre de idade da criança. **Resultados:** Na Amazônia Legal, a prevalência foi 72,0% no primeiro mês de idade da criança e apresentou um declínio até 11,6% no sexto mês; e na região Nordeste, a prevalência reduziu de 66,3% para 13,3%, respectivamente. Para a região da Amazônia Legal, mães negras apresentaram maior risco de não amamentar exclusivamente no segundo trimestre de vida da criança. Para o Nordeste, a mamada na primeira hora foi fator protetor no conjunto das crianças <6 meses de idade. A chance de aleitamento exclusivo, no primeiro trimestre, foi 63% maior para mães com 35 ou mais anos de idade; e a razão de chance foi 2,27 vezes maior para mães indígenas ou amarelas. No segundo trimestre, situação semelhante foi observada quanto a maior idade materna. **Conclusão:** A prevalência apresentou acentuado declínio com o aumento da idade da criança. Os preditores do Aleitamento Materno Exclusivo, dentre as crianças menores de seis meses de idade, foram idade da mãe, raça/cor materna e mamada na primeira hora, de maneira distinta nas duas regiões. Estes resultados sugerem a necessidade de melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, nas características mais frequentes identificadas em cada região, em especial junto a mães mais jovens e/ou negras; além da constante qualificação dos profissionais de saúde quanto ao manejo da prática da amamentação até o sexto mês de vida da criança, conforme recomendação.

ABSTRACT

Background: In Brazil, despite 95% of mothers initiate breastfeeding, this practice is not ideal, because of exclusive breastfeeding is much lower than the recommended six months duration. The objective of this study is to identify the determinant factors associated with exclusive breastfeeding in infants living in the Amazon and Northeast regions of Brazil. **Methods:** We evaluated a sample of infants aged under six months, who participated in the assessment survey of prenatal and infant care in 2010 (4116 in Amazon and 4944 in Northeast). The prevalence with 95% Interval Confidence was calculated separately for socio-demographic, prenatal, delivery and postpartum care characteristics. Variables presenting p value < 0.20 (χ^2) were selected for multivariate logistic regression analysis, according to child's trimester age. **Results:** In Amazon, the prevalence was 72.0% in the first month of child's age and dropped off to 11.6 in the sixth; and in Northeast, the prevalence was reduced from 66.3 to 13.3%, respectively. For Amazon region, the risk of not breastfeeding was higher among black mothers, in the second trimester. For Northeast region, breastfeeding in the first hour after delivery was a protective factor in set of children < 6 months of age. The chance of exclusive breastfeeding, in the first trimester, was 63% more for mothers aged 35 years old or more; and the Odds Ratio was 2.27 times for indigenous or yellow mothers. In the second trimester, there was a similar situation for the higher maternal age. **Conclusion:** In conclusion, the prevalence showed an accentuated decline with infant aging. The predictors of exclusive breastfeeding were maternal age, maternal race/color and breastfeeding in the first hour after delivery, in a different way in the regions. These results suggest the need of to improve the quality of prenatal, delivery and postpartum care, focused especially in young and black mothers; and to evaluate the performance of primary care health in order to extend the of exclusive breastfeeding duration to six months like recommended by Brazilian Ministry of Health.

1 APRESENTAÇÃO

As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) são estratégias efetivas e de baixo custo para proteção contra morbidade e mortalidade infantil (WHO, 2001). O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês, e complementar pelos menos até os dois anos de idade é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e apoiado pelo Ministério da Saúde (MS) desde o ano de 2001. Tal prática está intimamente ligada ao bom estado de saúde e nutrição das crianças e maior resistência a doenças infecciosas, especialmente infecções gastrointestinais (WHO, 2003; MS, 2002).

Estima-se que o aleitamento materno pode reduzir em 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis em todo o mundo (JONES et al., 2003). Nas regiões Norte e Nordeste as taxas de mortalidade neonatal ainda são elevadas, e com o objetivo de acelerar a redução destas desigualdades regionais, no ano de 2009, foi assinado o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal, englobando seis eixos prioritários, dentre eles, a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (MS, 2011).

A Amazônia Legal é uma área que corresponde mais de 50% do território brasileiro e engloba oito estados (Amapá, Acre, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins). Os limites da Amazônia Legal foram alterados várias vezes em consequência de mudanças na divisão política do país, no entanto o conceito de Amazônia Legal foi instituído em 1953 e seus limites territoriais decorrem da necessidade de planejar o desenvolvimento econômico da região.

No Brasil, apesar do elevado número de mães que iniciam a amamentação de seus filhos (95%), a prática do AME não atinge a duração ideal, sendo muito inferior aos seis meses recomendados. Dados de 2008, referentes à II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2008 nas capitais brasileiras e

no Distrito Federal, mostram que o AME alcançou 41,0% das crianças menores de seis meses de idade, sendo a maior prevalência (45,9%) encontrada na Região Norte e a pior situação (37,0%), na região Nordeste (MS, 2009).

No Brasil, estudos recentes têm apontado a influência de fatores sociodemográficos e de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, sobre a incidência e duração do aleitamento materno. Entretanto, faz-se necessário aprofundar as investigações acerca dos determinantes biológicos e, principalmente, os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam diferentes períodos de amamentação exclusiva.

Diante deste panorama, pretende-se investigar os possíveis preditores do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de idade, por meio da base de dados da pesquisa da “Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”, realizada no ano de 2010. Além das análises da base de dados originada neste inquérito, a pesquisadora participou como coordenadora da capital na cidade de Belém-PA, no período de abril a junho de 2010. A apresentação deste trabalho seguiu o modelo de dissertação em formato de artigo científico recomendado pelo Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília; e está constituída de seis capítulos: o presente capítulo de apresentação, referencial teórico, objetivos, materiais e métodos, resultados e discussão (artigo original completo submetido ao periódico “Cadernos de Saúde Pública”) e conclusões gerais. Neste formato, algumas informações são repetitivas ao leitor, mas necessárias para completar cada seção da dissertação e do artigo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

A amamentação está incluída entre as principais estratégias efetivas e de baixo custo para a redução da mortalidade infantil, sendo esta de eficácia incontestável (JONES et al., 2003; VICTORA e BARROS, 2005; DARMSTADT, et al., 2005). Por sua vez, a promoção do aleitamento materno é a intervenção em saúde pública que mais previne mortes infantis, e também promove a saúde física, mental e psíquica da criança e da mãe (VENÂNCIO et al., 2010).

Estudos conduzidos por Victora e colaboradores (1987) e Popkin e colaboradores (1990) comprovaram, pela primeira vez, a importância da amamentação exclusiva para um menor risco de morbidade e mortalidade infantil. No entanto, até a década de 1990, não havia consenso a respeito do período ideal para a prática do aleitamento materno exclusivo, sendo preconizado, até então, o aleitamento de quatro a seis meses de idade (WHO, 1991).

A superioridade do leite materno em relação aos leites de outras espécies já vem sendo amplamente abordada em diversos estudos (MS, 2009b). Novas evidências das propriedades do aleitamento materno exclusivo se uniram àquelas que já existiam e fundamentaram as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Desde o ano de 2001, o aleitamento materno, de maneira exclusiva até o sexto mês, e o aleitamento materno pelos menos até os dois anos de idade ou mais, passou a constituir prática indispensável para a saúde e o desenvolvimento da criança, o que foi preconizado pela OMS, e apoiado pelo MS (WHO, 2001; WHO, 2003; MS, 2002).

A OMS (2008) também definiu diferentes categorias de aleitamento materno, a fim de garantir uma melhor padronização dos termos utilizados na prática da amamentação. O Aleitamento Materno é entendido como aquele em que a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano; o Aleitamento Materno Predominante (AMP) aquele em que o lactente recebe, além do leite da mãe, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás; e o Aleitamento Materno Exclusivo, aquele em que a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou ordenhado, de sua própria mãe ou doadora, e nenhum líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos.

As evidências das últimas décadas, sintetizados por Toma e Réa (2008), apontam que várias são as vantagens do AME para a criança: menor morbidade por diarreia, proteção contra infecções respiratórias e excesso de peso, entre outras.

O tipo de leite da dieta infantil tem grande influência sobre os riscos de morte por infecções do trato gastrointestinal e do sistema respiratório, o que foi observado tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (CESAR et al., 1999; KRAMER et al., 2001; ODDY et al., 2003). Victora e colaboradores (1987) verificaram que crianças desmamadas têm risco 14,2 vezes maior de morrer por diarreia e 3,6 vezes maior de morrer por doenças respiratórias quando comparadas as crianças em AME. Estudo realizado em São Paulo buscou identificar o impacto da amamentação na redução dos óbitos infantis e evidenciou que o aleitamento materno exclusivo pode reduzir as mortes por diarreias e pneumonias, levando a um decréscimo da mortalidade infantil, com uma média de redução de 9,3% (ESCUDEIR et al., 2003).

A administração de outros alimentos precocemente, além aumentar os riscos de infecções, interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade (OPAS, 2001). Há consenso que a prática do AME e a

alimentação complementar saudável têm papel importante na prevenção da deficiência de ferro quando associada a outras medidas (WHO, 2001b; FALDELLA et al., 2003; WHO, 2007). Estudos mostram a importância da nutrição materna e do acompanhamento pré-natal como medidas para prevenir a anemia na infância (MURRAY-KOLB e BEARD, 2009; TEIXEIRA et al., 2010; NETTO et al., 2011).

No desenvolvimento a médio e longo prazo, a amamentação apresenta vantagens no desempenho cognitivo e na proteção contra diabetes, hipertensão, dislipidemias, dentre outras doenças crônicas não transmissíveis (MARTINS, 2008). Evidências apontam que indivíduos que receberam leite materno apresentaram menores valores de pressão arterial, colesterol total, menores prevalência de diabetes tipo 2, além de um melhor desempenho em testes de inteligência (HORTA et al., 2007). Em metaanálise, realizada por Smit e colaboradores (2010), observou-se que o risco de apresentar doenças crônicas não transmissíveis é 200% maior entre indivíduos não amamentados na primeira infância em comparação com aqueles que foram amamentados. No entanto, estes resultados devem ser analisados com cautela, pois apenas estudos de seguimento, a longo prazo, permitem uma avaliação mais precisa de estimativas do impacto da amamentação.

Evidências científicas apontam que o AM tem efeito protetor contra o excesso de peso e a obesidade durante toda a infância (DEWEY e BROWN, 2003; SIMON et al., 2009). Estudo realizado em Pelotas-RS evidenciou que, após ajuste para variáveis de confundimento, há uma tendência linear para a redução da obesidade com o aumento da duração do AM (VICTORA et al, 2003).

A amamentação de maneira exclusiva até o sexto mês de vida da criança se mostra também importante para a saúde da mãe. O AME está associado ao menor sangramento uterino e maior espaçamento intergestacional, em virtude da amenorréia pós-parto (REA, 2004). A amamentação pode estar associada, também, a um menor risco de câncer de mama. De acordo com o Collaborative

Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, em uma revisão de 47 estudos realizados em trinta países, o risco relativo de ter câncer decresce 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação, independentemente da idade, raça, presença ou não de menopausa e número de filhos (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002). Outra vantagem para a mãe é o retorno ao peso corporal pré-gestacional mais precocemente, sendo que as mães que amamentam de forma exclusiva ou predominante tendem a ser mais magras do que as que amamentam parcialmente ou não amamentam (GIGANTE et al., 2001).

Além das vantagens para a saúde da criança e da mãe, vários são os argumentos que favorecem a prática da amamentação: a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, a melhor qualidade de vida das famílias e os benefícios econômicos (MS, 2009c). As evidências disponíveis são suficientes para recomendar o AME nos primeiros seis meses de vida da criança (KRAMER e KAKUMA, 2002). Os riscos e custos associados ao desmame precoce, assim como os benefícios da amamentação para a mãe, para a criança e para a sociedade, fizeram surgir, a partir da década de 1980, diversas iniciativas nacionais e internacionais da área da saúde para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

2.2 POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

Ao longo de cerca de trinta anos, o Brasil vem desenvolvendo políticas de incentivo ao AM. Como resultado da necessidade de retorno à prática da amamentação no país, em 1981, instituiu-se o Programa Nacional de Incentivo ao

Aleitamento Materno (PNIAM) (MATTHAI, 1983; CARVALHO e TAVARES, 2010).

A partir da PNIAM, políticas institucionais de promoção e apoio à amamentação foram implantadas no país (VENANCIO e MONTEIRO, 1998). O resultado, em curto prazo da PNIAM foi que em 1986, a duração mediana da amamentação aumentou na Grande São Paulo, de 2,9 para 4,2 meses; e na Grande Recife, de 2,2 para 3,5 meses (REA, 1990).

Ainda na década de 1980, leis como o alojamento conjunto, prolongamento da licença maternidade para 120 dias e a criação da licença paternidade de 5 dias foram propagadas no Brasil (BRASIL, 1988; BRASIL, 1993).

A promulgação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), baseada no Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno recomendado pela OMS, teve sua primeira versão publicada como Resolução do Conselho Nacional de Saúde em 1988 (MS, 1988b). E tornada lei federal (Lei Federal 11.265/2006), em 2006. Além de nortear as diretrizes para a rotulagem e a comercialização de produtos, os principais artigos da NBCAL estabelecem normas para o *marketing* e para a confecção de materiais educativos destinados a orientar a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. A NBCAL é um instrumento importante para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com a prática da amamentação (ARAUJO et al., 2006).

Na década de 1990, outros fatos foram relevantes para a promoção do AM no país. O Brasil aderiu a políticas internacionais de pró-amamentação, assinando a *Declaração de Innocenti* que estabeleceu metas e objetivos para a promoção da amamentação exclusiva e o aleitamento materno até os dois anos ou mais de idade (WHO, 1991b).

Incorporou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), no ano de 1991, com o objetivo de promover a mudança de rotinas hospitalares, através do cumprimento dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” e não aceitar doações de substitutos do leite materno.

Constituem os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (LAMOUNIER, 1998):

- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço;
- Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma;
- Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação;
- Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica;
- Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- Encorajar a amamentação sob livre demanda;
- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
- Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

As políticas públicas de incentivo à amamentação têm, ao longo das últimas décadas, fortalecido a importância dos bancos de leite humano (BLH). Em 1998, foi criada pelo Ministério da Saúde, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (MAIA, et al., 2006). Esta rede tem por missão a promoção da saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos

federais, a iniciativa privada e a sociedade no âmbito da atuação dos BLH, a fim de contribuir para o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

O Brasil comprometeu-se em cumprir os oito Objetivos do Milênio, dentre eles reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos até 2015. Segundo, o Relatório Progresso 2012 - O compromisso com a sobrevivência da criança: Uma promessa renovada (UNICEF, 2012), o Brasil apresentou redução de 73% das mortes na infância desde o ano de 1990, tornando-se um dos cinco países que mais tiveram redução da mortalidade em crianças. No entanto, se comparados a índices de outros países, o Brasil ainda ocupa uma posição desconfortável, atrás de Haiti e Bolívia, por exemplo. Ainda segundo a UNICEF (2012), o aleitamento materno integra um grupo de fatores importantes na prevenção de mortes de crianças, juntamente com melhorias no saneamento, escolaridade materna, imunização e crescimento na renda das famílias vulneráveis.

Embora a mortalidade infantil esteja diminuindo no Brasil, as taxas ainda são elevadas, particularmente nas regiões Norte e Nordeste. Com o objetivo de acelerar a redução das desigualdades regionais do país, ainda no ano de 2009, foi assinado o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal, englobando seis eixos prioritários: a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; educação em saúde; gestão da informação; vigilância do óbito infantil; fortalecimento do controle social, mobilização e comunicação; e produção de conhecimento e pesquisas. (MS, 2011).

A mais recente ação visando, também, a redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil, foi a instituição da Rede Cegonha. Esta estratégia é composta por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, através do Sistema Único de Saúde (SUS), atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto,

até os dois primeiros anos de vida da criança. Um dos componentes da estratégia é assegurar a promoção da prática do aleitamento materno (MS, 2011b).

Pesquisas de âmbito nacional permitem identificar que desde o lançamento do PNIAM, na década de 1980, e a partir de todas as ações e políticas de incentivo, os índices de AM no país vêm crescendo gradativamente. Contudo, a universalização dessa prática, especialmente referente ao AME, ainda está distante de ser conquistada e necessita ser sistematicamente avaliada para direcionar medidas eficazes de intervenção.

2.3 PANORAMA DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO PAÍS

Pesquisas recentes realizadas em diversos países mostram que a situação do aleitamento materno é bastante delicada. Grande proporção de crianças sofre interrupção do AME antes dos seis meses de idade, além da breve duração do período total de amamentação. É possível observar que em países da América Latina há grandes diferenças quanto a duração do AME. Dados de pesquisas demográficas e de saúde mostraram que a mediana de 4 meses de duração do AME, apresentada pela Bolívia, foi muito superior as medianas do Brasil (1,4 meses) e de países como El Salvador (1,4 meses), República Dominicana (0,5 meses) e Haiti (0,4 meses), que apresentaram os menores valores (OPAS, 2007; SEGALL-CORREA et al., 2009).

A trajetória do aleitamento materno no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 é descrita por Monteiro e Venâncio (1998) a partir dos dados de duas pesquisas nacionais, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1989) e o Estudo Nacional sobre Despesa Familiar (ENDEF-1974-1975). Dados destes inquéritos permitiram estimar um aumento da duração da amamentação entre 1974 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses. Estimativas das Pesquisas Nacionais de

Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) confirmam esta tendência de aumento da prática do AM, apontando uma mediana de 7 meses no ano de 1996 (BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997) e 14 meses, em 2006 (SEGALL-CORREA et al., 2009).

Informações sobre o panorama da prática do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses em nosso país e em todo o mundo têm sido observadas somente nos últimos anos, uma vez que as categorias e indicadores de AME foram propostos mais recentemente.

A primeira informação real sobre a situação do AME no Brasil é proveniente de pesquisa realizada em 1986, na qual se evidenciou que apenas 3,6% das crianças menores de 4 meses de idade eram amamentadas de maneira exclusiva, sem a introdução de qualquer outro líquido (MONTEIRO, 1997).

Os dados sobre o AME em crianças menores de seis meses de idade apontados pela PNDS-1996 (40,3%) são superestimados, em virtude de como foi estruturado o questionário alimentar da pesquisa. As mães eram questionadas se davam ou não apenas o peito à criança, no entanto, não se perguntava sobre o consumo de água, chá e outros líquidos nas últimas 24 horas. Monteiro e colaboradores (1997) enfatizam que mães nem sempre consideram líquidos como complemento ao aleitamento materno.

A utilização de dados atuais – *current status* – vem sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde para a realização de inquéritos populacionais, desde o ano de 1992. As informações sobre as práticas alimentares atuais geralmente são coletadas por meio de recordatório de 24 horas, este método tem por objetivo minimizar possíveis vieses decorrentes da memória do informante, assumindo uma grande importância em estudos sobre amamentação, o que é particularmente adequado para a caracterização do AME (VENANCIO E MONTEIRO, 1998; WHO, 2008).

Dados de 2006, referentes à PNDS, estimados pelo método de *current status*, apontaram 38,6% de crianças até seis meses de idade em AME no Brasil, sendo que a região Norte apresentou uma mediana de 1,8 meses de AME, valor bastante superior a região Nordeste que apresentou a menor mediana do país - 1,1 meses. (SEGALL-CORREA, et al., 2009).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (2009), realizada durante uma campanha de vacinação no ano de 2008, utilizando o método de recordatório de 24 horas, apontou que o AME alcançou 41,0% das crianças em menores de 6 meses de idade, no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal; a região Norte foi a que apresentou a maior prevalência (45,9%) e a região Nordeste, mais uma vez, a pior situação (37,0%) (MS, 2009 a).

Segundo parâmetros propostos pela OMS (WHO, 2003), os valores revelados pela pesquisa estão longe do ideal, e ainda persistem diferenças entre as regiões do país. No tocante ao AME em menores de 6 meses, 23 capitais se encontram em situação considerada "razoável" (prevalências entre 12 e 49%), e apenas quatro (Belém, Campo Grande, Distrito Federal e Florianópolis) estão em "boa situação" (entre 50 e 89%). Nenhuma capital apresentou situação "muito boa" (prevalência de AME acima de 90%) ou ruim (prevalência de AME inferior a 11%) (MS, 2009a).

Comparando os dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (2009), com os obtidos na pesquisa nas capitais brasileiras em 1999, observa-se aumento da prevalência de AME em menores de quatro meses no Brasil, de 35,6%, em 1999, para 51,2%, em 2008. A comparação entre as regiões apontou aumento expressivo na região Norte no decorrer destes anos, passando de 35,1%, em 1999, para 57,4%, em 2008, e o pior crescimento, na região Nordeste, passando de 41,2% para 46,0%, no mesmo período (MS, 2001).

Fica claro, portanto, que apesar do aumento do AME nos últimos anos, o panorama atual desta prática no país ainda não é ideal. Portanto, faz-se necessário investigar os determinantes biológicos e, principalmente, os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam o período de amamentação exclusiva, uma vez que os estudos existentes não são definitivos e tampouco analisam períodos específicos da amamentação exclusiva, a fim de embasar mudanças e ajustes nas práticas de promoção e incentivo ao aleitamento materno no país.

2.4 DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

No Brasil, estudos recentes têm apontado a influência de fatores sociodemográficos e de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, sobre a incidência e duração do aleitamento materno. Porém, é complexo realizar comparações de estudos que abordam a prática do AM, em virtude da diversidade de tipos de estudos (transversal, coorte, intervenções), variáveis independentes, pontos de cortes para caracterizar o AME e métodos de avaliação da prática do AM.

Quanto às condições sociodemográficas das mães, a variável idade materna se mostrou associada ao desmame precoce, isto é, mães adolescentes têm mais chance de desmamar precocemente seus filhos. Estudo conduzido por Pérez-Escamilla e colaboradores (1995), no Brasil, México e Honduras, mostrou uma maior tendência de AME entre as mães com mais de 18 anos de idade, apenas entre as brasileiras. Venâncio e Monteiro (2006) apontaram um aumento da chance AME com o aumento da idade materna, até o grupo etário de 25 a 29 anos. Já Niquini e colaboradores (2010) observaram que, entre as mulheres com companheiro, as adolescentes apresentaram chance de oferecer líquidos 2,17

vezes maior que as adultas. A associação entre a idade materna mais jovem e a curta duração do AM pode ser determinada por dificuldades socioeconômicas (FALEIROS et al., 2006), o que demonstra a complexidade das influências e interações entre as variáveis.

A escolaridade materna, usualmente, utilizada como *proxy* da situação econômica se mostrou associada a manutenção do AME, em diversos estudos que apontaram para a maior escolaridade materna como preditor da amamentação (VENANCIO e MONTEIRO, 2006; FRANÇA et al., 2007; CARMINHA et al., 2010; PEREIRA et al., 2010). Saldiva e colaboradores (2011), em estudo junto a 18.929 crianças menores de seis meses participantes da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, identificaram que a introdução precoce de chá e mingau/papa foi mais frequente em mães com pouca escolaridade (< 8 anos de estudo). Segundo Kummer e colaboradores (2000), esta associação pode estar relacionada com a maior valorização dos benefícios da prática do AME por mulheres de maior renda e escolaridade.

Ações integradas, abrangendo o pré-natal, assistência ao parto e puerpério, com apoio contínuo, oferecem um efeito conjunto melhorando a qualidade da assistência à mulher que amamenta (HANNULA et al., 2008). Pereira e colaboradores (2010), em estudo junto a 1029 mães de crianças menores de seis meses de idade, apontaram que trabalhos educativos desenvolvidos em grupo no pré-natal podem aumentar o início e a duração da amamentação até os três meses. Sobre esta prática, Toma e Monteiro (2001), em pesquisa realizada no município de São Paulo, identificaram que orientações sobre AM nos serviços de saúde, foi mais comum nos hospitais públicos (50,0%) do que nos privados (37,5%).

Meirelles e colaboradores (2008) mostraram uma maior prevalência de uso de suplemento por fórmula substituta do leite em crianças que nasceram de parto cesáreo em relação às de parto normal. Em um estudo de coorte, junto a 655 crianças brasileiras, apontou que o AM não esteve associado ao tipo de parto (normal ou cirúrgico), no entanto, crianças nascidas por cesariana eletiva

apresentaram um risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida, após controle de fatores de confusão (WEIDERPASS, 1998), estes dados corroboram com os encontrados por Pérez-Escamilla e colaboradores (1996), junto a mulheres mexicanas.

Quanto às condições demográficas das crianças, estudo realizado em São Paulo (2006), sugere que meninas têm mais chance a serem amamentadas de maneira exclusiva por mais tempo do que os meninos. Autores discutem, ainda, a possibilidade de haver uma crença, tanto entre os profissionais de saúde, quanto entre as mães, que as crianças do sexo masculino têm maiores necessidades nutricionais, necessitando, portanto, de alimentação complementar antes dos seis meses de idade. Estes dados corroboram com os encontrados na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (2009).

Crianças nascidas com baixo peso tendem a ser amamentadas por períodos mais curtos (HORTA et al., 1996), uma possível justificativa para este achado é que crianças com baixo peso apresentam sucção mais fraca, dificultando a estimulação adequada de leite materno. Victora e colaboradores (2008) demonstraram que crianças com baixo peso ao nascer apresentavam menor média de duração do aleitamento materno; ou com diferente metodologia de avaliação, estudo realizado junto a lactentes nascidos de baixo peso, observou-se que a medida que diminui o peso ao nascer aumenta a probabilidade de interromper a amamentação (SANCHES et al., 2011).

Mamar nas primeiras horas após o nascimento é considerada importante para a manutenção do aleitamento materno (OPAS, 2001). Estudos apontam que não mamar nas primeiras 24 horas após o nascimento, assim como utilizar chupeta, reduz as taxas de prevalência de aleitamento materno (RAMOS et al., 2008; VIEIRA et al, 2010). Estudo que buscou identificar os fatores associados aos óbitos evitáveis até os 4 anos de idade na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, mostrou que não mamar nas primeiras 24 horas associaram-se

a risco aumentado de morrer por causas evitáveis, mesmo após ajuste para as variáveis de confundimento (SANTOS, et al., 2011).

Pelo exposto neste capítulo, tem-se que, apesar do consenso acerca das vantagens do AME até os seis meses de idade e as políticas de incentivo a esta prática, o desmame precoce ainda é uma prática comum em todo o país. Conhecendo-se a heterogeneidade do Brasil, em especial, diante de dados que apontam para uma taxa de mortalidade infantil na região Norte de 21 para cada mil nascidos vivos, e da Região Nordeste de aproximadamente o dobro (27) da Região Sul do país (MS, 2010), torna-se indispensável o monitoramento da situação do AME e de seus determinantes, especialmente nas regiões em que vem se priorizando as ações de redução da morbimortalidade infantil.

3 OBJETIVOS

3.3 GERAL

Investigar os preditores do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de idade, residentes em municípios selecionados da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil no ano de 2010.

3.4 ESPECÍFICOS

3.4.1 Apontar a prevalência de aleitamento materno exclusivo, a cada mês de idade, nas duas regiões estudadas;

3.4.2 Estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo segundo variáveis sociodemográficas, de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, nas regiões Amazônia Legal e Nordeste;

3.4.3 Investigar determinantes do aleitamento materno exclusivo, a cada trimestre de idade da criança, de acordo com a região geográfica do país.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado a partir de dados secundários obtidos na pesquisa “Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano de idade nas regiões Amazônia Legal e Nordeste”, no ano de 2010.

A pesquisa foi realizada em nove estados do Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e em oito estados da Amazônia Legal (Amapá, Acre, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins), em que foram incluídas as capitais dos 17 estados selecionados, além de municípios do interior que contribuíam com até 50% dos óbitos de crianças menores de um ano, em cada UF. Segundo este primeiro critério, foram selecionados 207 municípios, tendo sido acrescentados outros de interesse epidemiológico e/ou estratégico, totalizando 256 municípios considerados prioritários para o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (MS, 2010). Não participou um município de Roraima pela particularidade indígena; um do Maranhão e um de Alagoas por falta de recursos humanos no local. Um município de Alagoas realizou apenas uma entrevista, não possibilitando a inclusão na análise dos dados.

Trata-se de estudo de caráter transversal, junto às mães de crianças menores de um ano de idade que compareceram à primeira etapa da campanha de multivacinação, em 252 dos 256 municípios prioritários para o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (Anexo A).

4.2 AMOSTRAGEM

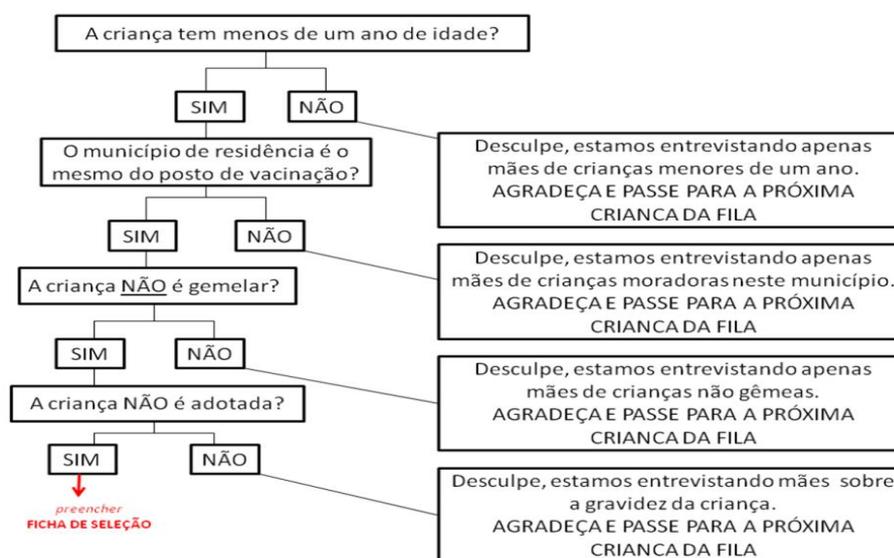
O processo de seleção da “Chamada Neonatal” procurou obter amostras probabilísticas das crianças que compareceram a Campanha de vacinação em cada domínio planejado: capital de cada estado e o conjunto dos municípios do interior de cada estado.

O desenho amostral foi definido de forma a produzir estimativas para as capitais estaduais, para o conjunto dos municípios do interior de cada estado (exceto Acre, Amapá, Rondônia e Roraima) e para os municípios de Santana (AP), Campina Grande (PB) e Vitória de Santo Antão (PE), num total de 33 domínios nas duas regiões geográficas estudadas (Amazônia Legal e Nordeste).

Para cada domínio, calculou-se um mínimo de 750 pares mãe/filho, considerando prevalência de 22% para estimar alguma complicação grave durante o parto, erro máximo de 3,5%, coeficiente de confiança de 95% e fator de correção de desenho (deff) igual a 1,5, num total arredondado de 23.399 entrevistas.

O tipo de amostragem foi por conglomerado, seguindo procedimentos recomendados por Silva e colaboradores (1998), com sorteio em duas etapas e probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado. A primeira etapa baseou-se no sorteio dos principais postos de vacinação em cada município, a partir de informações fornecidas pelas secretarias estaduais de saúde sobre número de postos de vacinação e estimativa do número de crianças menores de um ano que seriam vacinadas em cada posto, a partir de dados das campanhas de vacinação do ano de 2009; a segunda etapa foi composta por seleção sistemática de pares mãe/filho em cada posto de vacinação, seguindo os critérios de inclusão na pesquisa. Foram consideradas inelegíveis as mães de crianças maiores de um ano de idade, moradoras de fora do município, gemelares e/ou adotados (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma para critério de inclusão na pesquisa.



Foram entrevistados 16.863 pares de mães e crianças menores de um ano de idade, o que corresponde a um aumento do erro amostral de 3,5 para 4,4%, mantidos os demais critérios para o cálculo do tamanho da amostra.

Para este estudo foram utilizados os dados referentes às entrevistas de mães de crianças menores de seis meses de idade ($n = 9.090$), sendo que 30 foram excluídas por informação incompleta sobre a alimentação da criança, restando 9.060 casos válidos. O tamanho da amostra avaliada neste estudo atende aos critérios de erro amostral de 2,2, coeficiente de confiança de 95%, $deff=2,0$, considerando a real prevalência do desfecho deste estudo (39,9% de aleitamento materno exclusivo), o que possibilita a estratificação por região.

4.3 COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa baseou-se em formulário pré-testado, contendo predominantemente questões fechadas, abordando informações sobre características demográficas e socioeconômicas; assistência ao pré-natal, parto e puerpério; crescimento e alimentação da criança; entre outras (Anexo B).

A coleta de dados foi realizada no dia da vacinação ou em visita domiciliar, em situações em que mães de crianças menores de três meses de idade na capital, aceitaram a visita domiciliar, por equipes locais previamente treinadas. Os formulários preenchidos foram encaminhados para digitalização centralizada e construção da base de dados.

4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

A variável dependente deste estudo foi o aleitamento materno exclusivo, classificado em não ou sim. O AME foi considerado presente quando a criança recebia somente leite materno e nenhum outro líquido ou sólido, conforme padronização da OMS (WHO, 1991).

Para identificar a presença de AME, foi utilizado o recordatório das últimas 24 horas, refletindo as práticas atuais de alimentação - current status. O questionário incluiu questões sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chá e outros líquidos nas últimas 24 horas, seguindo as recomendações da OMS para estudos sobre amamentação. O instrumento permite, desta forma, definir se a criança recebeu ou não leite materno de maneira exclusiva nas 24 horas que antecederam a pesquisa (WHO, 2008; VENÂNCIO et al., 2010).

As variáveis independentes foram características da criança (idade, sexo e peso ao nascer), características sociodemográficas da mãe (idade, escolaridade, raça/cor e localização de moradia); características de assistência ao pré-natal (realização de pré-natal, local de pré-natal e orientação sobre aleitamento materno no pré-natal); parto (tipo de parto e local de parto); puerpério (amamentação na primeira hora de vida da criança, alojamento conjunto e visita recente do agente de saúde ou do profissional da estratégia saúde da família).

A idade da criança foi estratificada em dois trimestres (1 a 3 meses e 4 a 6 meses incompletos); o sexo da criança foi classificado em masculino ou feminino; e o peso da criança ao nascer foi classificado em baixo (<2.500g) ou adequado (\geq 2.500g). A idade da mãe foi classificada em três faixas etárias: < 20, 20 a 34, ou \geq 35 anos de idade; a escolaridade materna em três níveis: 0 a 7, 8 a 10 ou \geq 11 anos de estudo; a raça/cor (materna) em branca, preta/parda e indígena/amarela. A localização de moradia em interior ou capital. A realização de pré-natal foi classificada em não ou sim; o local de pré-natal em serviço público ou privado; a orientação sobre AM no pré-natal em não ou sim; o tipo de parto em cirúrgico ou normal; o local do parto em hospital público, privado ou outros. Amamentação na primeira hora de vida, alojamento conjunto e visita recente do agente de saúde (AS) ou do profissional da estratégia saúde da família (ESF) foram classificados em não ou sim.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, avaliou-se a distribuição da amostra estudada segundo variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal, parto e puerpério (total e por região), considerando-se intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Calculou-se a prevalência de AME, mês a mês, nas crianças menores de seis meses de idade, com IC95%.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi calculada para todas as variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, separadamente por região, conforme teste do qui-quadrado (χ^2). As variáveis associadas ao AME com $p < 0,20$ foram selecionadas para análise múltipla.

Para identificar as variáveis associadas ao AME, calculou-se a razão de chance (RC) ajustada de AME, segundo trimestre de idade da criança, por regressão logística, conforme teste de Wald, tendo como categoria de referência a de maior risco para o desmame precoce. Foram consideradas preditoras do AME as variáveis que se mantiveram associadas com $p < 0,05$, após o ajuste.

Considerou-se fator de ponderação conforme número de crianças menores de um ano de idade residentes em cada município, segundo Censo Demográfico 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; <http://www.ibge.gov.br>). Assim, todas as estimativas levaram em consideração o desenho da amostra, corrigindo para o efeito de conglomerados e dando pesos aos indivíduos proporcionais à probabilidade de amostragem.

Para a análise dos dados foi utilizado o aplicativo SPSS versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), utilizando o comando *complex sample*, considerando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto de pesquisa “Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ (Anexo C).

Em face da estratégia adotada no estudo, as mães de crianças menores de um ano de idade foram informadas sobre a pesquisa, e a seguir, solicitadas a assinar o consentimento livre e esclarecido, para a aplicação do questionário (Anexo D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo original: Preditores do aleitamento materno exclusivo, Amazônia legal e Nordeste, Brasil, 2010, submetido ao periódico “Cadernos de Saúde Pública” para primeira avaliação sob o número de protocolo CSP_1590/12 (Anexo E).

**PREDITORES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, AMAZÔNIA
LEGAL E NORDESTE, BRASIL, 2010**

Predictors of exclusive breastfeeding in the Amazon and Northeast, Brazil, 2010

Título Corrido: Preditores do aleitamento materno exclusivo

Fonte de financiamento: Decit – Ministério da Saúde

Resumo

O objetivo foi identificar fatores associados ao AME em crianças <6 meses de idade residentes na Amazônia Legal e no Nordeste do Brasil, com base nos dados da pesquisa de avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano de idade em 2010. Consideraram-se preditoras do AME as variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal, parto e puerpério que se mantiveram associadas com $p < 0,05$, após o ajuste. A prevalência de AME apresentou declínio com aumento da idade da criança. Na Amazônia Legal, mães negras apresentaram maior risco de não amamentar exclusivamente no segundo trimestre de vida da criança. No Nordeste, a chance de AME, no primeiro trimestre, foi 63% maior para mães com ≥ 35 anos de idade; e a RC foi 2,27 vezes maior para mães indígenas ou amarelas, semelhante ao observado quanto à idade materna, no segundo trimestre. A mamada na primeira hora foi fator protetor no conjunto das crianças <6 meses de idade. Os preditores do AME foram idade e raça/cor da mãe, de maneira distinta nas regiões, sugerindo a necessidade de estratégias diferenciadas para a promoção do AM.

Palavras-Chave: Aleitamento materno, Lactente, Epidemiologia

Abstract

The aim was to identify the determinant factors associated with EBF in infants aged under six months living in the Amazon and Northeast regions of Brazil, using data collected by a survey of prenatal and infant care in 2010. Predictors of EBF were defined as variables with $p < 0.05$, after adjustment. The EBF prevalence showed an accentuated decline with infant aging. For Amazon region, the risk of not breastfeeding was higher among black mothers, in the second trimester. For Northeast region, the chance of EBF, in the first trimester, was 63% more for mothers aged 35 years old or more; and the OR was 2.27 times for indigenous or yellow mothers; in the second trimester, there was a similar situation for maternal age. Breastfeeding in the first hour after delivery was a protective factor in set of children <6 months of age. The predictors of EBF were maternal age, maternal race/color and breastfeeding in the first hour after delivery, in a different way in the regions, thus indicating the need for diverse gender-specific strategies of for the promotion of breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding, Infant, Epidemiology

Introdução

O Aleitamento Materno (AM) é entendido como aquele em que a criança recebe leite humano, diretamente da mama ou ordenhado, de sua própria mãe ou de uma doadora, independente de estar recebendo outro alimento sólido ou líquido, incluindo leite não humano; e Aleitamento Materno Exclusivo (AME), aquele em que o lactente recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, de sua própria mãe ou doadora, e nenhum líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos¹.

As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são estratégias efetivas e de baixo custo para proteção contra morbidade e mortalidade infantil². O AM, de maneira exclusiva até o sexto mês, e complementar pelos menos até os dois anos de idade é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³, e apoiado pelo Ministério da Saúde (MS)⁴ desde o ano de 2001. Tal prática está intimamente ligada ao bom estado de saúde e nutrição das crianças e maior resistência a doenças infecciosas, especialmente infecções gastrointestinais.

Estima-se que o aleitamento materno pode reduzir em 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis em todo o mundo⁵. Embora a mortalidade infantil esteja diminuindo no Brasil⁶, a redução é um permanente desafio e as taxas observadas configuram um problema de saúde pública, atingindo de maneira desigual as regiões brasileiras⁷. Nas regiões Norte e Nordeste as taxas ainda são elevadas, e com o objetivo de acelerar a redução destas desigualdades regionais, no ano de 2009, foi assinado o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal, englobando seis eixos prioritários, dentre eles, a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido⁸.

Alguns estudos nacionais realizados no fim do século XX, compreendendo um período de 25 anos, já apontavam para a melhora gradativa na prática da amamentação nas crianças menores de um ano de idade no país, com indicadores, também, heterogêneos e variações significativas nas diferentes regiões geográficas do país^{9, 10}.

No Brasil, apesar do elevado número de mães que iniciam a amamentação de seus filhos (95%), a prática do AME não atinge a duração ideal, sendo muito inferior aos seis meses recomendados. Dados de 2006, referentes à Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)¹¹, apontaram 38,6% de crianças até seis meses de idade em AME no Brasil, sendo que a região Nordeste apresentou a

menor mediana de AME - 1,1 meses. Informações mais recentes do MS, referentes à II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno¹², realizada em 2008 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostram que o AME alcançou 41,0% das crianças menores de seis meses de idade, sendo a maior prevalência (45,9%) encontrada na Região Norte e a pior situação (37,0%), na região Nordeste.

Diante deste panorama, a fim de contribuir com as políticas e programas de incentivo ao AME e identificar os períodos mais sensíveis ao desmame precoce, entre outras ações, é necessário investigar os possíveis preditores do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de idade. O presente artigo avalia este aspecto, relativo aos municípios selecionados da região da Amazônia Legal e do Nordeste do país em 2010, a partir dos dados da pesquisa da “Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”.

Materiais e métodos

Desenho do estudo

Este estudo foi realizado a partir de dados secundários obtidos na pesquisa “Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano de idade nas regiões Amazônia Legal e Nordeste”, no ano de 2010. Trata-se de estudo de caráter transversal realizado junto às mães de crianças menores de um ano de idade que compareceram à primeira etapa da campanha de multivacinação em nove estados da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins) e em oito estados do Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe), em 252 dos 256 municípios considerados prioritários para o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil⁸.

O processo de seleção da “Chamada Neonatal” procurou obter amostras probabilísticas das crianças que compareceram a Campanha de Vacinação em cada domínio planejado: capital de cada estado e o conjunto dos municípios do interior de cada estado. Para cada domínio, calculou-se um mínimo de 750 pares mãe/filho, considerando prevalência de 22% para estimar alguma complicação grave durante o parto, erro máximo de 3,5%, limite de confiança de 95% e fator de correção de desenho (deff) igual a 1,5, num total arredondado de 23.399 entrevistas.

O tipo de amostragem foi por conglomerado, seguindo procedimentos recomendados por Silva e colaboradores (1998)¹³, com sorteio em duas etapas e probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado. A primeira etapa baseou-se no sorteio dos principais postos de vacinação em cada município, a partir de informações fornecidas pelas secretarias estaduais de saúde sobre número de postos de vacinação e estimativa do número de crianças menores de um ano que seriam vacinadas em cada posto, a partir de dados das campanhas de vacinação do ano de 2009; a segunda etapa foi composta por seleção sistemática de pares mãe/filho em cada posto de vacinação, seguindo os critérios de inclusão na pesquisa. Foram consideradas inelegíveis as mães de crianças maiores de um ano de idade, moradoras de fora do município, gemelares e/ou adotados. Foram entrevistados 16.863 pares de mães e crianças menores de um ano de idade, o que corresponde a um aumento do erro amostral de 3,5 para 4,4%, mantidos os demais critérios para o cálculo do tamanho da amostra.

A coleta dos dados baseou-se em formulário pré-testado, contendo predominantemente questões fechadas, abordando informações sobre características demográficas e socioeconômicas; assistência ao pré-natal, parto e puerpério; crescimento e alimentação da criança; entre outras.

Para este estudo foram utilizados os dados referentes às entrevistas de mães de crianças menores de seis meses de idade ($n = 9.090$), sendo que 30 foram excluídas por informação incompleta sobre a alimentação da criança, restando 9.060 casos válidos. O tamanho da amostra avaliada neste estudo atende aos critérios de erro amostral de 2,2, coeficiente de confiança de 95%, $d_{eff}=2,0$, considerando a real prevalência do desfecho deste estudo (39,9% de aleitamento materno exclusivo), o que possibilita a estratificação por região.

A variável dependente deste estudo foi o aleitamento materno exclusivo, classificado em não ou sim. O AME foi considerado presente quando a criança recebia somente leite materno e nenhum outro líquido ou sólido, conforme padronização da OMS¹.

Para identificar a presença de AME, foi utilizado o recordatório das últimas 24 horas, refletindo as práticas atuais de alimentação - *current status*. O questionário incluiu questões sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chá e outros líquidos nas últimas 24 horas, seguindo as recomendações da OMS para estudos sobre amamentação. O instrumento permite,

desta forma, definir se a criança recebeu ou não leite materno de maneira exclusiva nas 24 horas que antecederam a pesquisa^{14, 15}.

As variáveis independentes foram características da criança (idade, sexo e peso ao nascer), características sociodemográficas da mãe (idade, escolaridade, cor e localização de moradia); características de assistência ao pré-natal (realização de pré-natal, local de pré-natal e orientação sobre aleitamento materno no pré-natal); parto (tipo de parto e local de parto); puerpério (amamentação na primeira hora de vida da criança, alojamento conjunto e visita recente do agente de saúde ou do profissional da estratégia saúde da família).

A idade da criança foi estratificada em dois trimestres (1 a 3 meses e 4 a 6 meses incompletos); o sexo da criança foi classificado em masculino ou feminino; e o peso da criança ao nascer foi classificado em baixo (<2.500g) ou adequado (\geq 2.500g). A idade da mãe foi classificada em três faixas etárias: < 20, 20 a 34, ou \geq 35 anos de idade; a escolaridade materna em três níveis: 0 a 7, 8 a 10 ou \geq 11 anos de estudo; a raça/cor (materna) em branca, preta/parda e indígena/amarela. A localização de moradia em interior ou capital. A realização de pré-natal foi classificada em não ou sim; o local de pré-natal em serviço público ou privado; a orientação sobre AM no pré-natal em não ou sim; o tipo de parto em cirúrgico ou normal; o local do parto em hospital público, privado ou outros. Amamentação na primeira hora de vida, alojamento conjunto e visita recente do agente de saúde (AS) ou do profissional da estratégia saúde da família (ESF) foram classificados em não ou sim.

Análise de dados

Inicialmente, avaliou-se a distribuição da amostra estudada segundo variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal, parto e puerpério (total e por região), considerando-se intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Calculou-se a prevalência de AME, mês a mês, nas crianças menores de seis meses de idade, com IC95%.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi calculada para todas as variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, separadamente por região, conforme teste do qui-quadrado (χ^2). As variáveis associadas ao AME com $p < 0,20$ foram selecionadas para análise múltipla.

Para identificar as variáveis associadas ao AME, calculou-se a razão de chance (RC) ajustada de AME, segundo trimestre de idade da criança, por regressão logística, conforme teste de Wald, tendo como categoria de referência a de maior risco para o desmame precoce. Foram consideradas preditoras do AME as variáveis que se mantiveram associadas com $p < 0,05$, após o ajuste.

Considerou-se fator de ponderação conforme número de crianças menores de um ano de idade residentes em cada município, segundo Censo Demográfico 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; <http://www.ibge.gov.br>). Assim, todas as estimativas levaram em consideração o desenho da amostra, corrigindo para o efeito de conglomerados e dando pesos aos indivíduos proporcionais à probabilidade de amostragem.

Para a análise dos dados foi utilizado o aplicativo SPSS versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), utilizando o comando *complex sample*, considerando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

Aspectos éticos

O Projeto de pesquisa “Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ.

Resultados

Do total de 9.060 crianças estudadas na pesquisa, 4.116 residia na região da Amazônia Legal e 4.944 na região Nordeste, não havendo diferença entre faixas etárias ou sexo. Aproximadamente 94%, destas, nasceram com peso adequado nas duas regiões.

Em ambas as regiões, a maior parte das mães tinha entre 20 a 34 anos de idade (71,4 e 70,0%), estudou o ensino médio completo (41,5 e 44,9%), era negra (79,0 e 76,3%), residia no interior do estado (55,7 e 61,0%), realizou o pré-natal (98,2 e 98,5%), fez o pré-natal em serviço público (82,5 e 80,1%), referiu ter recebido algum tipo de orientação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal (68,9 e 73,2%), fez o parto em serviço público (78,6 e 78,5%), amamentou na primeira hora de vida da criança (69,2 e 59,9%) e permaneceu em alojamento

conjunto com a criança (88,1 e 87,5%). Na região da Amazônia Legal, a maioria das mães estudadas não havia recebido visita recente do agente de saúde ou do profissional da ESF (54,9%), ao contrário das mães da região Nordeste, havia recebido a visita (54,4%) (Tabela 1).

A prevalência de AME foi 72,0% no primeiro mês, reduzindo para 57,5; 49,9; 39,5; 24,4 e 11,6%, do segundo ao sexto mês de idade, nos municípios selecionados da região da Amazônia Legal. Na região Nordeste, o declínio da prevalência do AME, também, foi observado, chegando a 13,3% aos seis meses de idade, mas iniciando com apenas 66,3%. Todavia, a prevalência de AME nos municípios selecionados da região Nordeste foi estatisticamente menor nas crianças menores de seis meses de idade, igualando-se à Amazônica Legal quando comparado mês a mês (Figura 1).

A Tabela 2 mostra a prevalência de AME segundo variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, por região. Nos municípios selecionados da região da Amazônia Legal, a prevalência de AME foi maior entre mães com maior idade, chegando a 48,1% entre as mães com idade superior a 35 anos; que amamentaram na primeira hora de vida da criança; e que referiram não ter recebido visita recente do agente de saúde ou profissional da estratégia saúde da família ($p < 0,05$). As variáveis raça/cor materna e localização de moradia ($0,05 \leq p < 0,20$) foram selecionadas, juntamente com as anteriores, para análise múltipla. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para as demais variáveis do estudo.

Já nos municípios da região Nordeste, a prevalência de AME foi maior nas faixas de maior idade da mãe, chegando a 45,6% entre as mães com idade ≥ 35 anos; entre as mães que realizaram o pré-natal e que receberam visita recente do agente de saúde ou profissional da ESF ($p < 0,05$). As variáveis peso da criança ao nascer, escolaridade materna, raça/cor da mãe, local de realização do pré-natal, tipo de parto, local onde foi realizado o parto e mamada na primeira hora de vida da criança ($0,05 \leq p < 0,20$) foram selecionadas, juntamente com as anteriores, para análise múltipla. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para sexo da criança, localização de moradia, orientação sobre AM no pré-natal e existência de alojamento conjunto (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a razão de chance (RC) de AME de acordo com o trimestre de idade da criança para os municípios selecionados da região da Amazônia

Legal. Após ajuste, as variáveis “mamada na primeira hora de vida da criança” explicou o AME no conjunto das crianças menores de seis meses de idade. Estratificando-se por trimestre de vida da criança, a variável mamada na primeira hora apresentou um nível de significância marginal nos dois trimestres ($p=0,08$ e $0,09$), permanecendo apenas a raça/cor associada ao AME, mães negras (preta/parda) apresentaram maior risco de não amamentar exclusivamente, no segundo trimestre.

Nos municípios da região Nordeste, as variáveis mantidas no modelo, após ajuste, foram idade e cor materna, em algum trimestre de idade. Entre as crianças menores de seis meses de vida, a razão de chance de receber o AME foi maior para aquelas com mães não adolescentes. No primeiro trimestre de vida, a chance de amamentar de maneira exclusiva chegou a 63% para mães com 35 ou mais anos de idade; e a RC de AME foi 2,27 vezes maior para mães indígenas ou amarelas; a variável mamada na primeira hora apresentou um nível de significância marginal ($p=0,06$), mas também como um fator protetor para o AME. No segundo trimestre, observou-se situação semelhante, com a maior idade materna se associando positivamente com AME (Tabela 04).

Discussão

A prevalência de AME em crianças menores de seis meses de idade observada neste estudo (39,9%) foi semelhante à encontrada na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (41,0%), inclusive quanto ao comportamento heterogêneo do indicador entre as regiões brasileiras¹⁵. No presente estudo a prevalência de AME nos municípios selecionados da região Nordeste foi estatisticamente menor nas crianças menores de seis meses de idade, igualando-se à Amazônica Legal quando comparado mês a mês, apresentando um acentuado declínio com o aumento da idade da criança. O declínio na prevalência do AME, mês a mês, também foi observado por Pereira e colaboradores (2010)¹⁶, em estudo realizado junto a 1.029 mães de crianças menores de seis meses assistidas em unidades básicas de saúde, no município do Rio de Janeiro, em que apontou uma diminuição na prevalência de AME de 17% a cada mês de idade da criança. É possível observar que em países da América Latina há grandes diferenças quanto à duração do AME. Dados de pesquisas demográficas e de saúde mostraram que a mediana de quatro meses de duração do AME, apresentada pela Bolívia, foi muito superior às medianas do Brasil (1,4 meses) e de países como El Salvador (1,4 meses),

República Dominicana (0,5 meses) e Haiti (0,4 meses), que apresentaram os menores valores^{17, 11}.

Este estudo objetivou investigar os preditores do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de idade, em municípios considerados prioritários na região da Amazônia Legal e do Nordeste do Brasil, por trimestre de idade da criança. Os dados da literatura geralmente não apresentam os fatores associados à prática do AME por período de idade da criança, o que dificulta uma análise mais detalhada para determinação direcionada de propostas de ações de promoção do AM.

A literatura tem apontado que o desmame precoce sofre forte influência da região geográfica do país¹⁸. Situação observada igualmente neste trabalho, em que o AME se associou a fatores diferentes nas duas regiões estudadas. As variáveis que explicaram o AME foram: idade e cor materna e mamada na primeira hora de vida, de maneira distinta, nas duas regiões.

A idade da mãe se mostrou um importante preditor do AME na região Nordeste. A prevalência de AME foi maior entre as mães de maior idade quando comparada a mães adolescentes, mesmo após ajuste, a maior idade materna mostrou-se como um fator protetor para a prática do AME, em todos os períodos analisados. Estes resultados são semelhantes aos observados por Venâncio e Monteiro (2006)¹⁹, em estudo realizado junto a 34.435 crianças menores de seis meses de idade residentes em 111 municípios paulistas, no qual se apontou um aumento da chance de manutenção do AME com o aumento da idade materna, até o grupo etário de 25 a 29 anos. Saldiva e colaboradores (2011)¹⁸, em estudo junto a 18.929 crianças menores de seis meses participantes da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, identificaram que a introdução precoce de mingau/papa foi mais frequente em mães adolescentes (< 20 anos de idade).

Estudos que explorem a etnia das mães de crianças amamentadas são poucos, se observarmos a variável raça/cor de maneira desagregada. No presente estudo, optou-se por manter esta de modo em que as populações indígenas e amarelas pudessem, também, ser analisadas. Os resultados mostraram que mães de raça negra (preta/parda) apresentaram maior risco de não amamentar exclusivamente, apenas no segundo trimestre de vida da criança, na região da Amazônia Legal. Por outro lado, foi observado que a raça/cor indígena ou amarela é um fator protetor para a prática do AME, no primeiro trimestre de vida da criança, na região Nordeste do país.

Segundo dados da PNDS (2009)¹¹, as medianas de aleitamento materno exclusivo são mais elevadas dentre as mulheres brancas (2,2 meses), embora nesta análise tenham sido excluídas as mães amarelas ou indígenas. Dados que corroboram como o encontrado por Pereira e colaboradores (2010)¹⁶, em que declarar-se de cor branca aumentou em 20% a prevalência de AME. Estes achados sugerem que mães de cor branca podem ter maior conhecimento sobre os benefícios do AME, e principalmente, estar recebendo maior apoio para a manutenção desta prática após os primeiros meses de vida da criança. O fato das mães indígenas e amarelas, pelo menos na região Nordeste, terem apresentado maiores chances de manter o AME no primeiro trimestre, pode ser consequência da cultura, valores e crenças, no entanto, novos estudos avaliando a raça/cor da mãe, em especial mães indígenas e amarelas, precisam ser realizados, a fim de fornecer subsídio para uma melhor compreensão desta variável na determinação da manutenção da prática do AM.

Sabe-se que amamentar nas primeiras horas após o nascimento é considerada importante para a manutenção do AM, e se configura uma recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde²⁰. Após ajuste para todas as variáveis incluídas na análise múltipla, na região da Amazônia Legal, além da cor materna, apenas a variável mamada na primeira hora após o nascimento permaneceu no modelo como fator protetor no conjunto das crianças menores de seis meses de idade, e com um nível de significância limítrofe, quando analisada por trimestre separadamente. Santos e colaboradores (2011)²¹, em estudo que buscou identificar os fatores associados aos óbitos evitáveis até os quatro anos de idade, em uma coorte de nascimentos no Rio Grande do Sul, mostraram que não mamar nas primeiras 24 horas associou-se a um risco aumentado de morrer por causas evitáveis, mesmo após ajuste para as variáveis de confusão. Estudos apontam que não mamar nas primeiras 24 horas após o nascimento, reduz as taxas de prevalência de aleitamento materno^{22,23}. Ainda que com valores marginais de significância, a amamentação na primeira hora de vida da criança tem sua importância conceitual e sua validação em diversos estudos como um fator protetor para a prática do AM. Portanto, não pode ser descartada como uma atividade básica da assistência pré-natal.

Ações integradas, abrangendo o pré-natal e assistência ao parto, com apoio contínuo, oferecem um efeito conjunto melhorando a qualidade da assistência à mulher que amamenta²⁴.

Demétrio e colaboradores (2012)²⁵, em uma coorte em municípios do Recôncavo da Bahia-BA, indicaram que a duração mediana do AME até os seis meses de idade é proporcionalmente menor entre as mães que não realizaram o pré-natal. Há uma influência positiva do profissional de saúde durante o pré-natal em relação ao aumento da duração do AME, tanto como educador como motivador da prática da amamentação. Neste estudo, a região Nordeste apresentou uma maior prevalência de AME dentre as mães que realizaram o pré-natal, no entanto, após ajuste para as variáveis de confusão, esta associação perdeu significância.

Segundo a OMS, o agente de saúde é o indivíduo que atua mais efetivamente para aumentar a duração do AME²⁶. Contudo, neste estudo, nas duas regiões, a prevalência de AME foi maior entre as mães que não haviam recebido visita recente do profissional da ESF. Após ajuste na análise múltipla, este fator não se mostrou um preditor da prática do AME, embora para a região Nordeste, no total do período de 6 meses, observou-se um nível de significância marginal (RC=0,85; $p=0,063$). Estudos que avaliaram o conhecimento a cerca da prática do aleitamento materno, junto aos profissionais da ESF, apontaram que embora os profissionais tenham informações sobre as vantagens do AM, estes pouco dispõem de informações sobre o manejo clínico adequado da amamentação^{27, 28, 29}. Assim, é preciso avaliar a eficiência destas ações que por enquanto ainda não foram suficientes para promover o AME, nas duas regiões estudadas.

Embora os achados da presente pesquisa possam ser representativos para as crianças avaliadas nos municípios selecionados e outras semelhantes, considerando-se erro amostral de 2,2% e coeficiente de 95% de confiança, não se podem inferir os dados encontrados para todas as crianças das regiões da Amazônia Legal e Nordeste do país. As principais limitações deste estudo são: o fato de ser um estudo transversal, o que não permite distinguir causa e efeito do problema; o fato da coleta de dados sobre a alimentação da criança ser baseada no método de práticas atuais de alimentação, em que está sujeito a viés de memória, apesar das vantagens conhecidas do método, a OMS adverte para o fato de que o R24h pode superestimar a proporção de crianças em AME, uma vez que algumas crianças que recebem outros líquidos de forma não regular^{30, 14}; e o fato da pesquisa ser realizada durante o Dia Nacional de Imunização (Dia D), pois não foi possível a alta cobertura populacional em um único dia, devido ao período de vacinação ter sido estendido especialmente em regiões em que existem áreas de difícil acesso, situação minimizada, pois inquiridos no dia de

campanha de multivacinação ainda são uma estratégia amplamente utilizada e recomendada no Brasil³¹.

Concluindo, em um país de heterogêneo como o Brasil, é de se esperar que existam diferenças regionais nas práticas do AM, e este estudo confirmou que o preditores AME sofrem influência da região geográfica do país. Os preditores do AME, dentre as crianças menores de seis meses de idade, foram idade da mãe, cor materna e mamada na primeira hora de vida da criança, de maneira distinta nas duas regiões. Sendo que nos municípios selecionados da região da Amazônia Legal, mães negras apresentaram maior risco de não amamentar exclusivamente no segundo trimestre de vida da criança; já nos municípios selecionados do Nordeste, a chance de AME, no primeiro trimestre, foi maior para mães com 35 ou mais anos de idade e de raça/cor indígenas ou amarelas, situação semelhante a observada, no segundo trimestre, quanto a maior idade da mãe. A variável mamada na primeira hora após o nascimento permaneceu no modelo como fator protetor no conjunto das crianças menores de seis meses de idade, apenas na região da Amazônia Legal.

Esses achados podem ser úteis na definição de estratégias diferenciadas para a promoção do AM, baseado nas características mais frequentes identificadas em cada região, e em cada trimestre de idade da criança. Assistências ao pré-natal, parto e puerpério que visem a reduzir à oferta precoce de líquidos ou alimentos à criança menores de seis meses de idade, assim como aprimorar processos de mudança nas rotinas hospitalares nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste do Brasil, são estratégias que devem ser avaliadas no processo de promoção do AME. Salienta-se ainda, a necessidade de melhor qualificação dos profissionais de saúde quanto ao manejo da prática do AME até o sexto mês de vida da criança, conforme recomendado pela OMS e pelo MS, em virtude do acentuado declínio observado na prevalência de AME.

Referências

1. World Health Organization. Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO; 1991.
2. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding - Report Of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. World Health Organization. Infant and young Child Feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: MS; 2002.
5. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003; 362 (9377): 65-71.
6. United Nations Children's Fund. Committing to Child Survival: A Promise Renewed. USA: UNICEF; 2012.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3 ed. 104 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: MS; 2007.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010. Brasília: MS; 2011.
9. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do século XX. *Rev. bras. epidemiol.* 2007; 10 (4): 499-505.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno em municípios brasileiros. Brasília: MS; 2010.
11. Segall-Correa AM, Marín-León L, Panigassi G, Rea MF, Pérez-Escamilla R. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília: MS; 2009.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal. Brasília: MS; 2009.

13. Silva NN. Amostragem Probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP, 1998.
14. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Washington: World Health Organization; 2008.
15. Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRD, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr.* 2010; 86 (4): 317-324.
16. Pereira RSV, De Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:2343-54.
17. Organização Pan-Americana da Saúde. Condições de Saúde e Suas Tendências - Prevenção de Riscos: Lactação Materna. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Saúde nas Américas, 2007- Volume I – Regional.* Washington; 2007. p.154-6.
18. Saldiva SRDM, Venâncio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(11): 2253-2262.
19. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition.* 2006; 9(1):40-6.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: OPAS/OMS; 2001.
21. Santos IS, Matijasevich A, Barros AJD, Albernaz EP, Domingues MR, Valle NCJ. et al . Avoidable deaths in the first four years of life among children in the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad. Saúde Pública.* 2011, vol.27, suppl.2, pp. s185-s197.
22. Ramos CV, Almeida JAG, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(8): 1753-1762.
23. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, de Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J).* 2010; 86(5):441-444.

24. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008; 17:1132-43.
25. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012, vol.28, suppl.4, pp. 641-654.
26. World Health Organization. Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries. Geneva; 2003.
27. Ciconi RCV, Venâncio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4:193-202.
28. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(8):1965-70.
29. Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008; 42(6): 1027-1233.
30. Aarts C, Kylberg E, Hornell A, Hofvander Y, Medhin-Gebre M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *International Journal of Epidemiology*. 2000; 29:1041-1046.
31. Santos LMP, Paes-Sousa R, Silva JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Org*. 2008; vol.84, n.6, p.474-479.

Tabela 1 - Distribuição da amostra por frequência absoluta (n), frequência relativa (%) e intervalo de confiança de 95% (IC95%), segundo variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Crianças menores de seis meses residentes nos municípios selecionados da Amazônia Legal e do Nordeste, Brasil, 2010.

Região	Amazônia Legal			Nordeste			Total			
	Variáveis	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Faixa etária da criança										
1º	2056	49,9	(47,9 - 51,9)	2475	50,4	(48,5 - 52,2)	4531	50,2	(48,8 - 51,5)	
2º	2060	50,1	(48,1 - 52,1)	2469	49,6	(47,8 - 51,5)	4529	49,8	(48,5 - 51,2)	
Sexo da criança										
Masculino	2122	51,4	(49,3 - 53,4)	2492	50,9	(49,1 - 52,7)	4614	51,1	(49,7 - 52,5)	
Feminino	1992	48,6	(46,6 - 50,7)	2450	49,1	(47,3 - 50,9)	4442	48,9	(47,5 - 50,3)	
Peso da criança ao nascer										
Baixo	247	5,9	(5,0 - 6,9)	318	6,6	(5,7 - 7,5)	565	6,3	(5,7 - 7,0)	
Adequado	3817	94,1	(93,1 - 95,0)	4531	93,4	(92,5 - 94,3)	8348	93,7	(93,0 - 94,3)	
Idade da mãe (anos)										
<20 anos	899	22,2	(20,6 - 23,9)	984	20,6	(19,1 - 22,1)	1883	21,2	(20,1 - 22,4)	
20-34 anos	2905	71,4	(69,5 - 73,2)	3424	70,0	(68,3 - 71,7)	6329	70,6	(69,3 - 71,8)	
≥35 anos	270	6,4	(5,5 - 7,5)	458	9,4	(8,4 - 10,5)	728	8,2	(7,5 - 8,9)	
Escolaridade da mãe (anos)										
0-7 anos	1070	26,9	(25,2 - 28,6)	1342	26,9	(25,3 - 28,5)	2412	26,9	(25,7 - 28,1)	
8-10 anos	1266	31,6	(29,8 - 33,5)	1357	28,2	(26,6 - 29,9)	2623	29,6	(28,4 - 30,9)	
≥11 anos	1745	41,5	(39,6 - 43,4)	2200	44,9	(43,1 - 46,7)	3945	43,5	(42,2 - 44,8)	
Raça/Cor materna										
Branca	740	17,4	(16,0 - 19,0)	1082	20,7	(19,3 - 22,1)	1822	19,3	(18,3 - 20,4)	
Parda/preta	3210	79,0	(77,4 - 80,6)	3667	76,3	(74,7 - 77,7)	6877	77,4	(76,3 - 78,5)	
Indígena/amarela	147	3,5	(2,9 - 4,3)	175	3,1	(2,6 - 3,7)	322	3,3	(2,8 - 3,7)	
Localização da moradia										
Interior	1688	55,7	(55,7 - 55,7)	2656	61,0	(61,0 - 61,0)	4344	58,8	(58,8 - 58,8)	
Capital	2428	44,3	(44,3 - 44,3)	2288	39,0	(39,0 - 39,0)	4716	41,2	(41,2 - 41,2)	
Realização de pré-natal										
Não	63	1,8	(1,3 - 2,5)	69	1,5	(1,1 - 2,0)	132	1,6	(1,3 - 2,0)	
Sim	4053	98,2	(97,5 - 98,7)	4875	98,5	(98,0 - 98,9)	8928	98,4	(98,0 - 98,7)	
Local de pré- natal										
Público	3254	82,5	(81,0 - 83,9)	3852	80,1	(78,7 - 81,5)	7106	81,1	(80,0 - 82,1)	
Privado	736	17,5	(16,1 - 19,0)	953	19,9	(18,5 - 21,3)	1689	18,9	(17,9 - 20,0)	
Orientação sobre AM no pré-natal										
Não	1276	31,1	(29,3 - 33,0)	1256	26,8	(25,2 - 28,4)	2532	28,6	(27,4 - 29,8)	
Sim	2840	68,9	(67,0 - 70,7)	3688	73,2	(71,6 - 74,8)	6528	71,4	(70,2 - 72,6)	
Tipo de parto										
Cirúrgico	1923	47,7	(45,7 - 49,8)	2398	49,1	(47,2 - 50,9)	4321	48,5	(47,2 - 49,9)	
Normal	2048	52,3	(50,2 - 54,3)	2376	50,9	(49,1 - 52,8)	4424	51,5	(50,1 - 52,8)	
Local do parto										
Público	3191	78,6	(77,0 - 80,1)	3836	78,5	(77,0 - 80,0)	7027	78,6	(77,5 - 79,6)	
Privado	783	19,3	(17,9 - 20,9)	883	19,1	(17,8 - 20,6)	1666	19,2	(18,2 - 20,3)	

Outros	58	2,1	(1,5 - 2,8)	109	2,3	(1,9 - 2,8)	167	2,2	(1,9 - 2,6)
Amamentação na primeira hora de vida									
Não	1198	30,8	(29,0 - 32,7)	1780	40,1	(38,3 - 42,0)	2978	36,3	(35,0 - 37,7)
Sim	2755	69,2	(67,3 - 71,0)	2980	59,9	(58,0 - 61,7)	5735	63,7	(62,3 - 65,0)
Alojamento conjunto									
Não	469	11,9	(10,6 - 13,5)	614	12,5	(11,3 - 13,8)	1083	12,3	(11,4 - 13,3)
Sim	3469	88,1	(86,5 - 89,4)	4121	87,5	(86,2 - 88,7)	7590	87,7	(86,7 - 88,6)
Visita recente do AS ou do profissional da ESF									
Não	2229	54,9	(53,1 - 56,7)	2189	45,6	(44,0 - 47,3)	4418	49,5	(48,2 - 50,7)
Sim	1834	45,1	(43,3 - 46,9)	2708	54,4	(52,7 - 56,0)	4542	50,5	(49,3 - 51,8)

AM: Aleitamento materno; ESF: Estratégia saúde da família; AS: Agente de saúde.

Figura 1 - Distribuição da prevalência de aleitamento materno exclusivo, segundo mês de idade da criança. Crianças menores de seis meses residentes nos municípios selecionados da Amazônia Legal e do Nordeste, Brasil, 2010.

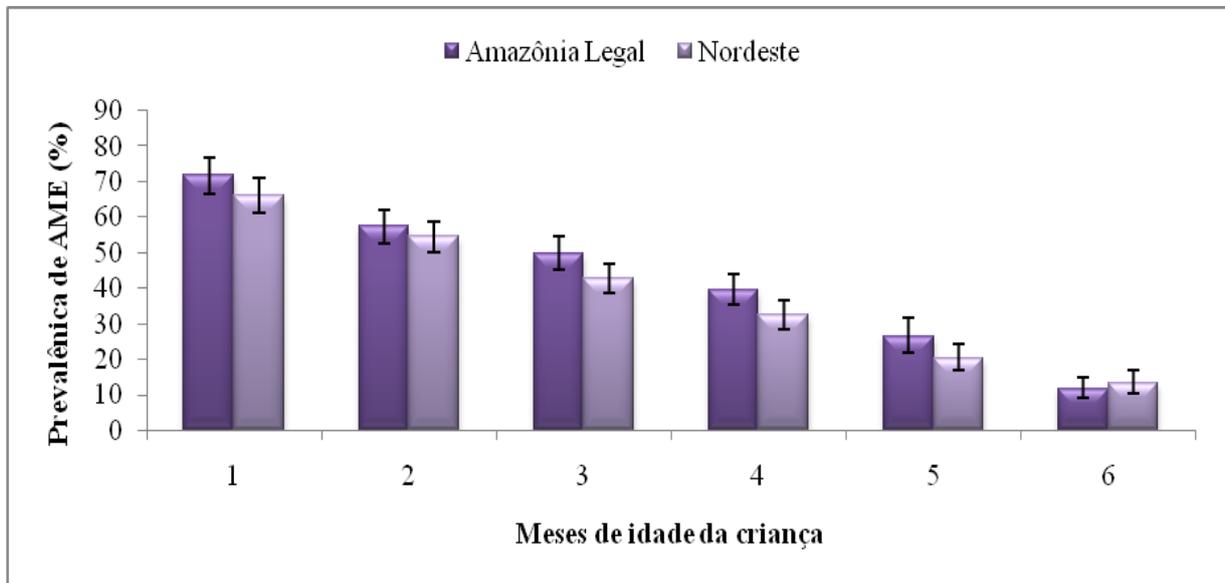


Tabela 2 – Prevalência (%) de aleitamento materno exclusivo e intervalo de confiança de 95% (IC95%), segundo variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Crianças menores de seis meses residentes nos municípios selecionados da Amazônia Legal e do Nordeste, Brasil, 2010.

Região	Amazônia Legal			Nordeste			Total			
	Variáveis	%	IC95%	p*	%	IC95%	p*	%	IC95%	p*
	Faixa etária da criança (trimestre)			<0,001			<0,001			<0,001
	1º	58,6 (55,6 - 61,4)			53,3 (50,7 - 55,9)			55,4 (53,5 - 57,4)		
	2º	26,6 (24,2 - 29,2)			22,6 (20,5 - 24,8)			24,3 (22,6 - 25,9)		
	Sexo da criança			0,595			0,310			0,267
	Masculino	42,1 (39,3 - 44,9)			37,1 (34,7 - 39,7)			39,2 (37,3 - 41,1)		
	Feminino	43,1 (40,3 - 46,0)			39,0 (36,5 - 41,5)			40,7 (38,8 - 42,6)		
	Peso da criança ao nascer			0,736			0,116			0,133
	Baixo	41,1 (33,2 - 49,5)			38,6 (36,7 - 40,5)			36,0 (31,0 - 41,4)		
	Adequado	42,6 (40,5 - 44,7)			32,8 (26,4 - 39,8)			40,2 (38,9 - 41,6)		
	Idade da mãe (anos)			0,014			0,004			<0,001
	<20	37,4 (33,4 - 41,6)			33,5 (29,6 - 37,6)			35,2 (32,3 - 38,1)		
	20-34	43,7 (41,3 - 46,1)			38,4 (36,3 - 40,6)			40,6 (39,0 - 42,2)		
	≥35	48,1 (40,2 - 56,0)			45,6 (39,7 - 51,7)			46,4 (41,6 - 51,2)		
	Escolaridade da mãe (anos)			0,409			0,114			0,064
	0-7	40,3 (36,5 - 44,2)			35,7 (32,3 - 39,2)			37,6 (35,1 - 40,2)		
	8-10	42,7 (39,1 - 46,2)			37,0 (33,8 - 40,4)			39,5 (37,1 - 42,0)		
	≥11	43,7 (40,6 - 46,8)			40,1 (37,4 - 42,8)			41,5 (39,5 - 43,5)		
	Raça/Cor materna			0,105			0,087			0,056
	Branca	47,0 (42,2 - 51,9)			38,1 (34,3 - 42,1)			41,4 (38,4 - 44,5)		
	Parda/preta	41,4 (39,2 - 43,7)			37,5 (35,4 - 39,5)			39,1 (37,6 - 40,7)		
	Indígena/amarela	45,0 (34,8 - 55,6)			48,5 (39,3 - 57,9)			46,9 (40,1 - 54,0)		
	Localização da moradia			0,074			0,680			0,312
	Interior	41,0 (37,9 - 44,2)			38,3 (35,8 - 40,9)			39,4 (37,4 - 41,4)		
	Capital	44,5 (42,3 - 46,8)			37,6 (35,5 - 39,8)			40,7 (39,1 - 42,3)		
	Realização de pré-natal			0,537			<0,001			0,044
	Não	47,5 (32,2 - 63,4)			13,1 (6,5 - 24,5)			29,0 (20,2 - 39,8)		
	Sim	42,5 (40,5 - 44,5)			38,4 (36,6 - 40,2)			40,1 (38,7 - 41,4)		
	Local de pré- natal			0,845			0,127			0,303
	Público	42,4 (40,2 - 44,7)			37,6 (35,5 - 39,6)			39,6 (38,1 - 41,1)		
	Privado	41,9 (37,5 - 46,5)			41,0 (37,1 - 45,0)			41,3 (38,4 - 44,4)		
	Orientação sobre AM no pré-natal			0,676			0,335			0,244
	Não	43,2 (39,7 - 46,8)			39,5 (36,1 - 42,9)			41,1 (38,7 - 43,6)		
	Sim	42,3 (39,9 - 44,7)			37,5 (35,4 - 39,6)			39,4 (37,8 - 41,0)		
	Tipo de parto			0,662			0,087			0,113
	Cirúrgico	42,9 (40,0 - 45,9)			39,8 (37,2 - 42,4)			41,0 (39,1 - 43,0)		
	Normal	42,0 (39,2 - 44,9)			36,6 (34,0 - 39,2)			38,8 (36,9 - 40,8)		
	Local do parto			0,362			0,168			0,694
	Público	43,2 (40,9 - 45,5)			37,3 (35,3 - 39,3)			39,7 (38,2 - 41,3)		

Privado	39,8 (35,5 - 44,3)	41,6 (37,5 - 45,9)	40,9 (37,9 - 44,0)
Outros	37,1 (23,6 - 53,0)	37,6 (27,0 - 49,6)	37,4 (28,8 - 46,9)
Amamentação na primeira hora de vida	0,005		0,190
Não	37,9 (34,3 - 41,8)	36,6 (33,7 - 39,7)	37,1 (34,8 - 39,5)
Sim	44,4 (42,0 - 46,9)	39,2 (36,9 - 41,5)	41,5 (39,8 - 43,2)
Alojamento conjunto	0,213		0,641
Não	38,7 (32,6 - 45,1)	36,9 (31,8 - 42,4)	37,6 (33,7 - 41,8)
Sim	42,9 (40,8 - 45,1)	38,3 (36,4 - 40,3)	40,2 (38,8 - 41,7)
Visita recente do AS ou do profissional da ESF	0,033		0,024
Não	44,4 (41,8 - 47,0)	40,3 (37,8 - 43,0)	42,2 (40,4 - 44,1)
Sim	40,0 (37,0 - 43,2)	36,2 (33,7 - 38,7)	37,6 (35,7 - 39,6)

*Teste do qui-quadrado

AM: Aleitamento materno; ESF: Estratégia saúde da família; AS: Agente de saúde.

Tabela 3 - Razão de chance (RC) ajustada de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e intervalo de confiança de 95% (IC95%), segundo trimestre de idade da criança. Crianças menores de seis meses residentes nos municípios selecionados da região da Amazônia Legal, Brasil, 2010.

Variável	Faixa etária (trimestres)						Total		
	1º			2º			RC	IC95%	p*
	RC	IC95%	p*	RC	IC95%	p*	RC	IC95%	p*
Idade da mãe (anos)			0,208			0,306			0,110
<20	1			1			1		
20-34	1,21	(0,89 - 1,64)		1,25	(0,89 - 1,74)		1,22	(0,99 - 1,51)	
≥35	1,62	(0,92 - 2,86)		1,47	(0,83 - 2,60)		1,39	(0,95 - 2,03)	
Cor materna			0,745			0,006			0,237
Branca	1			1			1		
Parda/preta	1,08	(0,78 - 1,50)		0,57	(0,41 - 0,81)		0,82	(0,66 - 1,03)	
Indígena/amarela	0,86	(0,40 - 1,84)		0,75	(0,36 - 1,55)		0,82	(0,49 - 1,37)	
Localização de moradia			0,222			0,261			0,175
Interior	1			1			1		
Capital	1,18	(0,91 - 1,52)		1,18	(0,88 - 1,59)		1,13	(0,95 - 1,36)	
Amamentação na primeira hora de vida			0,082			0,089			0,010
Não	1			1			1		
Sim	1,29	(0,97 - 1,71)		1,29	(0,96 - 1,73)		1,29	(1,06 - 1,56)	
Visita do AS ou do profissional da ESF			0,093			0,648			0,206
Não	1			1			1		
Sim	0,80	(0,62 - 1,04)		0,93	(0,69 - 1,26)		0,89	(0,74 - 1,07)	

*Teste de Wald

AS: Agente de saúde; ESF: Estratégia saúde da família.

Tabela 4 - Razão de chance (RC) ajustada de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e intervalo de confiança de 95% (IC95%), segundo trimestre de idade da criança. Crianças menores de seis meses residentes nos municípios selecionados da região Nordeste, Brasil, 2010.

Variável	Faixa etária (trimestres)						Total		
	1º			2º			RC	IC95%	p*
	RC	IC95%	p*	RC	IC95%	p*	RC	IC95%	p*
Peso da criança ao nascer			0,783			0,876			0,333
Baixo	1			1			1		
Adequado	1,07 (0,67 - 1,70)			1,04 (0,62 - 1,74)			1,18 (0,84 - 1,67)		
Idade da mãe (anos)			0,044			0,015			0,031
<20	1			1			1		
20-34	1,34 (1,02 - 1,76)			1,10 (0,77 - 1,58)			1,17 (0,94 - 1,46)		
≥35	1,63 (1,05 - 2,53)			1,87 (1,16 - 3,01)			1,56 (1,12 - 2,16)		
Escolaridade da mãe (anos)			0,794			0,128			0,426
0-7	1			1			1,00		
8-10	1,11 (0,82 - 1,51)			0,95 (0,66 - 1,37)			1,03 (0,82 - 1,29)		
≥11	1,05 (0,80 - 1,39)			1,28 (0,92 - 1,79)			1,14 (0,92 - 1,40)		
Raça/Cor materna			0,017			0,144			0,233
Branca	1			1			1		
Parda/preta	1,15 (0,87 - 1,52)			0,73 (0,53 - 1,00)			0,99 (0,81 - 1,21)		
Indígena/amarela	2,27 (1,29 - 3,98)			0,84 (0,40 - 1,75)			1,42 (0,91 - 2,21)		
Local de pré-natal			0,813			0,726			0,807
Público	1			1			1		
Privado	1,05 (0,71 - 1,56)			0,93 (0,63 - 1,37)			0,97 (0,74 - 1,27)		
Tipo de parto			0,887			0,108			0,373
Cirúrgico	1			1			1		
Normal	0,98 (0,77 - 1,26)			0,80 (0,60 - 1,05)			0,92 (0,77 - 1,10)		
Local do parto			0,663			0,406			0,821

Público	1		1		1
Privado	1,08 (0,71 - 1,64)		1,16 (0,78 - 1,72)		1,09 (0,83 - 1,44)
Outros	0,70 (0,31 - 1,62)		1,82 (0,69 - 4,80)		1,03 (0,56 - 1,89)
Amamentação na primeira hora de vida		0,061		0,126	0,150
Não	1		1		1
Sim	1,25 (0,99 - 1,58)		1,24 (0,94 - 1,62)		1,14 (0,96 - 1,35)
Visita do AS ou do profissional da ESF		0,528		0,823	0,063
Não	1		1		1
Sim	0,93 (0,74 - 1,17)		1,03 (0,79 - 1,34)		0,85 (0,72 - 1,01)

*Teste de Wald

ESF: Estratégia saúde da família; AS: Agente de saúde.

6 CONCLUSÕES GERAIS

Em um país de heterogêneo como o Brasil, é de se esperar que existam diferenças regionais nas práticas da amamentação, e este estudo confirmou que o preditores AME sofrem influência da região em que mães de crianças menores de seis meses de idade residem. O presente estudo identificou que preditores do AME foram a idade da mãe, cor materna e a amamentação na primeira hora de vida da criança, de maneira distinta nas regiões da Amazônia Legal e do Nordeste do país. Mães com maior chance de manter a amamentação de maneira exclusiva, até o sexto mês, são aquelas com 35 ou mais anos de idade e de cor branca, comumente associada à uma melhor situação econômica. E, ainda que tenha apresentado um valor de significância limítrofe na análise múltipla, mães que amamentaram na primeira hora após o nascimento tiveram mais chance de manter o AME até o sexto mês.

Observou-se que o AME ocorre, sobretudo, devido características sociodemográficas das mães e não devido à uma escolha materna. Esses achados podem ser úteis na definição de estratégias diferenciadas para a promoção do AM, baseado nas características mais frequentes identificadas em cada região; evidenciando a necessidade de atenção às mães mais vulneráveis a não manter o AME, como as mães adolescentes e/ou negras. Salienta-se ainda, a necessidade urgente de melhor qualificação dos profissionais de saúde quanto ao manejo da prática do AME até o sexto mês de vida da criança, conforme recomendado pelo MS, em virtude do acentuado declínio observado na prevalência de AME.

Apesar das diversidades regionais encontradas, sabe-se que o desmame precoce ainda ocorre no país; e o conhecimento da situação local e dos determinantes do AME, nas faixas de idade da criança mais sensíveis ao desmame, permitirá a manutenção de medidas de promoção, não só para a população em que o estudo foi desenvolvido, mas para outras com características semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. Araujo MFM, Rea MF, Pinheiro KA, Schmitz BAS. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):513-20.
2. Brasil. Constituição 1988. Constituição; República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
3. Brasil. Lei n.11.265, de 03 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 União, Brasília (DF)*, 04 jan. 2006.
4. Caminha MFC, Batista FM, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(2): 240-248.
5. Carvalho MR; Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
6. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999; 318:1316-20.
7. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002;360:187-95.
8. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L, et al. Evidence-based, cost-effective intervention: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-88.
9. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull* 2003; 24: 5-28.

10. Escuder MML, Venâncio SI, Pereira JC. Estimativa do impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):319-25.
11. Faldella G, Corvalia L, Lanari M, Salvioli GP. Iron balance and iron nutrition in infancy. *Acta Paediatr Suppl*. 2003; 91:82-5.
12. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr*. 2006; 19(5):623-30.
13. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41: 711-8.
14. Gigante D, Victora CG, Barros FC. Breastfeeding has a limited long-time effect on anthropometry and body composition of Brazilian mothers. *J Nutr*. 2001;131:78-84
15. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008; 17:1132-43.
16. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
17. Horta BL, Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Guimarães PRV. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(Supl 1): 43-8.
18. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003; 362 (9377): 65-71.
19. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (Probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:413-20.
20. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.

21. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):143-8.
22. Lamounier JA. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev Ass Med Brasil* 1998;44:319-24.
23. Maia, PRS; Almeida, JAG; Novak, FR; Silva, DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2006;6(3):285-292.
24. Martins Filho J. O aleitamento materno no contexto socioeconômico cultural. Aleitamento materno: perspectivas atuais. In: Issler H, coordenador geral. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 31.
25. Matthai J. The Brazilian national breast-feeding programme. *Assignment Child* 1983; 61/62: 225-4.
26. Meirelles CAB, Oliveira MIC, Mello RR, Varela MAB, Fonseca VM. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(9):2001-12.
27. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução CNS nº 5 de 20 de dezembro de 1988 do Conselho Nacional da Saúde: normas para comercialização de alimentos para lactentes. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 23 dez 1988.
28. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.
29. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
30. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Desenvolvimento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Instituto Nacional de Saúde e Nutrição. Manual de Normas Básicas para Alojamento Conjunto. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 16 p.

31. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal. Brasília: MS; 2001.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal. Brasília: MS; 2009a.
33. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010. Brasília: MS; 2011.
34. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: MS; 2002.
35. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM n.1459. Institui no âmbito do Sistema único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário oficial da União. 24 de junho de 2011b.
36. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: UNICEF; 1997. (Cadernos de Políticas Sociais, Série Documentos para Discussão 1).
37. Murray-Kolb L, Beard JL. Iron deficiency and child and maternal health. *Am J Clin Nutr* 2009;89:S946-50.
38. Netto, MP, Rocha, DS, Franceschini, SCC, Lamounier, JA. Fatores associados à anemia em lactentes nascidos a termo e sem baixo peso. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2011; 57(5), 550-558.
39. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Oliveira MIC, Leal MC. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. *Rev. Saúde*. 2010;44(4): 677-685.
40. Oddy WH, Sly PD, Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breastfeeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child* 2003; 88:224-8.
41. Organização Pan-Americana da Saúde. Condições de Saúde e Suas Tendências - Prevenção de Riscos: Lactação Materna. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas, 2007- Volume I – Regional. Washington; 2007. p.154-6.

42. Organização Pan-Americana da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: OPAS/OMS; 2001.
43. Pereira RSV, De Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:2343-54.
44. Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American Countries. *J Nutr.* 1995; 125:2972-84.
45. Pérez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health* 1996;86:832-6.
46. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990; 86: 874-82.
47. Ramos CV, Almeida JAG, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(8): 1753-1762.
48. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr (Rio J).* 2004; 80 (5 Supl): S142-S146.
49. Rea MF. The Brazilian National Breastfeeding Program: a success story. *Int J Gynaecol Obstet.* 1990; 31 Suppl 1: 79-82.
50. Saldiva SRDM, Venancio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(11): 2253-2262.
51. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(5): 953-965.
52. Santos IS, Matijasevich A, Barros AJD, Albernaz EP, Domingues MR, Valle NCJ. et al . Avoidable deaths in the first four years of life among children in

- the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad. Saúde Pública*. 2011, vol.27, suppl.2, pp. s185-s197.
53. Segall-Correa AM, Marín-León L, Panigassi G, Rea MF, Pérez-Escamilla R. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília: MS; 2009.
 54. Silva NN. Amostragem Probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP, 1998.
 55. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(1): 60-69.
 56. Smith JP, Harvey PJ. (2010) Chronic disease and infant nutrition: is it significant to public health? *Public Health Nutrition*. Published online 13.7.2010.
 57. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
 58. Teixeira MLPD, Lira PIC, Coutinho SB, Eickmann SH, Lima MC. Influência do tipo de aleitamento materno e da presença de anemia na mãe na concentração de hemoglobina aos 6 meses de idade. *J Pediatría* 2010; 86:65-71.
 59. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2001;35(5):409-14.
 60. Toma, TS; Rea, MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S235-S246, 2008.
 61. United Nations Children's Fund. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*. USA: UNICEF; 2012.
 62. Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRD, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr*. 2010; 86 (4): 317-324.

63. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(1): 40-9.
64. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition*. 2006; 9(1):40-6.
65. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, de Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2010; 86(5):441-444.
66. Victora C, Barros FC. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas. *Cadernos ESP: Escola de Saúde Pública do Ceará* 2005; 1(1).
67. Victora CG, Barros FC, Lima RC, Horta BL, Wells J. Anthropometry and body composition of 18 year old men according to duration of breast feeding: birth cohort study from Brazil. *BMJ*. 2003; 327(7420):901.
68. Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Horta BL, Barros FC. Breastfeeding and feeding patterns in three birth cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. *Cad. Saúde Pública*, 2008, vol.24, suppl.3, p.s409-s416.
69. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2: 319-22.
70. Weiderpass E, Barros FC, Victoria CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 225-31.
71. World Health Organization. Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO; 1991.
72. World Health Organization. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
73. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Washington: WHO; 2008.

74. World Health Organization. Infant and young Child Feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003.
75. World Health Organization. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecol Food Nutr* 1991b; 26: 271-3.
76. World Health Organization. Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control. a guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001b.
77. World Health Organization. Nutritional anemia. sight and life press. Basel: WHO; 2007.
78. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding - Report Of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2001.

ANEXOS

ANEXO A - Relação dos 252 municípios prioritários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil, que participaram da pesquisa "Chamada Neonatal", segundo Unidade da Federação

UF	Município
Acre	Brasiléia, Cruzeiro do Sul, RIO BRANCO, Tarauacá
Amapá	MACAPÁ, Santana
Amazonas	Boca do Acre, Borba, Coari, Itacoatiara, Manacapuru, MANAUS, Mauês, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, Tapauá, Tefé
Pará	Abaetetuba, Altamira, Ananindeua, BELÉM, Bragança, Breves, Cametá, Castanhal, Itaituba, Marabá, Marituba, Paragominas, Parauapebas, Santarém, Tucuruí
Roraima	BOA VISTA
Rondônia	Ariquemes, Cacoal, Ji-Paraná, PORTO VELHO
Tocantins	Araguaína, Araguatins, Augustinópolis, Colinas do Tocantins, Dianópolis, Esperantina, Formoso do Araguaia, Gurupi, Miracema do Tocantins, PALMAS, Paraíso do Tocantins, Porto Nacional, Tocantinópolis
Mato Grosso	Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, CUIABÁ, Juína, Poconé, Pontes e Lacerda, Rondonópolis, Sinop, Sorriso, Tangará da Serra, Várzea Grande
Alagoas	Arapiraca, Coruripe, Delmiro Gouveia, Joaquim Gomes, MACEIÓ, Marechal Deodoro, Palmeira dos Índios, Penedo, Santana do Ipanema, São Luís do Quitunde, Teotônio Vilela, União dos Palmares
Bahia	Alagoinhas, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Camaçari, Casa Nova, Dias d'Ávila, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itamaraju, Itapetinga, Jacobina, Jaguaquara, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, SALVADOR, Santa Maria da Vitória, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho,

	Teixeira de Freitas, Valença, Vitória da Conquista
Ceará	Barbalha, Camocim, Canindé, Caucaia, Crateús, Crato, FORTALEZA, Granja, Icó, Iguatu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Quixadá, São Benedito, Sobral, Tianguá, Viçosa do Ceará
Maranhão	Açailândia, Alcântara, Bacabal, Balsas, Barra do Corda, Barreirinhas, Buriti, Carolina, Caxias, Chapadinha, Codó, Coelho Neto, Colinas, Coroatá, Cururupu, Estreito, Governador Nunes Freire, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Lago da Pedra, Paço do Lumiar, Pedreiras, Pinheiro, Porto Franco, Presidente Dutra, Raposa, Rosário, Santa Inês, Santa Luzia, São João dos Patos, São José de Ribamar, SÃO LUÍS, Timon, Tuntum, Vargem Grande, Viana, Zé Doca
Paraíba	Alagoa Grande, Alhandra, Areia, Bayeux, Cabedelo, Cajazeiras, Campina Grande, Esperança, Guarabira, Itabaiana, JOÃO PESSOA, Juazeirinho, Mamanguape, Monteiro, Patos, Princesa Izabel, Queimadas, Santa Rita, Sapé, Sousa, Taperoá
Pernambuco	Araripina, Arcoverde, Belo Jardim, Bom Conselho, Buíque, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Escada, Garanhuns, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paulista, Pesqueira, Petrolina, RECIFE, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, São Bento do Uma, São Lourenço da Mata, Serra Talhada, Timbaúba, Vitória de Santo Antão
Piauí	Altos, Barras, Batalha, Bom Jesus, Castelo do Piauí, Cocal, Corrente, Esperantina, Floriano, José de Freitas, Luzilândia, Miguel Alves, Oeiras, Parnaíba, Paulistana, Pedro II, Picos, Piracuruca, Piri-piri, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, TERESINA, União, Valença do Piauí
Rio Grande do Norte	Caicó, Ceará-Mirim, Currais Novos, Macaíba, Mossoró, NATAL, Parnamirim, Pau dos Ferros, São Gonçalo do Amarante
Sergipe	ARACAJU, Capela, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro, Propriá, São Cristóvão

ANEXO B - Questionário “Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”



Ministério da Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública
Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil
FORMULÁRIO PADRÃO

NUM FAM:

INICIO: h min

PARA A CRIANÇA MENOR DE TRÊS MESES SELECIONADA: A MÃE ACOMPANHA A CRIANÇA?

Sim (inicie o questionário)

NÃO - As perguntas devem ser feitas à mãe da criança. Poderemos ir quatro dia até a residência para falar com ela. É possível ir até a residência? (SOMENTE PARA CAPITAIS DE ESTADO)

NÃO (AGRADEÇA E ENCERRE)

Sim, Por favor, qual o nome da mãe da criança? _____

Endereço? _____ Ponto de Referência _____

Telefone para contato? _____ Tem celular? _____

(faça as medidas antropométricas e registre nas questões 136, 137, 138 e 139)

PARA A CRIANÇA MENOR DE UM ANO SELECIONADA

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

01. Estado (UF): 02. Município _____

03. UBS _____ 04. código

05. Nome do entrevistador _____ 06. Data da Coleta / /

07. Nome da MÃE _____ 08. Data nasc. da MÃE / /

09. Nome da CRIANÇA _____ 10. Data nasc. da CRIANÇA / /

(Priorize data de Certidão de Nascimento ou Caderneta de Saúde)

11. Sexo da CRIANÇA Masculino Feminino

12. Até que série a mãe completou com aprovação na escola?

Não estudou Não sabe informar

ENSINO FUNDAMENTAL: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ENSINO MÉDIO: 1 2 3 (PULE PARA 14)

ENSINO SUPERIOR (ou mais): Completo Incompleto (PULE PARA 14)

13. Voce sabe ler uma carta ou jornal com: Facilidade Dificuldade Não sabe ler Não se aplica

14. Em sua opinião, sua cor ou raça é: Branca Parda Negra Indígena Amarela (Asiático, Japonês, Chinês, Coreano)

15. Quem CHEFIA a sua casa ou família é: Você (PULE PARA 19) Outra pessoa

16. Qual o sexo do(a) Chefe de Família? Masculino Feminino Não se aplica

17. Até que série o(a) Chefe de Família completou na escola?

Não estudou Não sabe informar

ENSINO FUNDAMENTAL: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ENSINO MÉDIO: 1 2 3

ENSINO SUPERIOR (ou mais): Completo Incompleto

18. O Chefe de Família sabe ler uma carta ou jornal com: Facilidade Dificuldade Não sabe ler Não se aplica

19. Na sua casa, alguém recebe Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação? Sim Não (PULE PARA 21)

20. Há quanto tempo recebem a Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação?

anos meses (se menos de 1 ANO, anotar apenas os meses; se mais de 1 ANO e não lembrar meses, anotar apenas anos)

Não sabe informar Não se aplica

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Agora irei perguntar como foi a sua gravidez quando esperava _____
(nome da criança avaliada)

21. Você fez o pré-natal durante esta gravidez? Não Sim (PULE PARA 23)

- 1 -

8084311432

NUM FAM:

22. Por que você não fez o pré-natal?
 Não recebeu informação (PULE PARA 44) Não achou importante (PULE PARA 44) Era longe (PULE PARA 44)
 Não conseguiu consulta (PULE PARA 44) Não sabia que precisava (PULE PARA 44) Outro motivo (PULE PARA 44) Não se aplica
23. Você fez o seu pré-natal em um serviço:
 Público/SUS do seu município Público/SUS de outro município
 Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde Serviço Privado/Particular Não se aplica
24. Este local era: Unidade básica de saúde (posto/ centro de saúde) Hospital/Maternidade Consultório particular
 Ambulatório de especialidade (por exemplo: ginecologia, clínica geral, cardiologia) Outro Não sabe informar Não se aplica
25. Você teve de pagar alguma coisa por algum atendimento ou exame, incluindo ultra-som, durante este pré-natal?
 Não Sim, todas as vezes Sim, algumas vezes Não sabe Não quis informar Não se aplica
26. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez de _____ ?
 consultas Não sabe informar Não se aplica
(nome da criança avaliada)
27. Com quantos meses de gravidez você fez a primeira consulta deste pré-natal? mês(es)
 Não sabe Não se aplica
28. Durante este pré-natal, sua pressão foi medida:
 em todas as consultas em algumas consultas em nenhuma consulta Não sabe informar Não se aplica
29. Durante este pré-natal, seu peso foi medido:
 em todas as consultas em algumas consultas em nenhuma consulta Não sabe informar Não se aplica
30. Quantos quilos você ganhou do início da gravidez até o parto? Kg
 Não ganhou, perdeu Não sabe informar Não se aplica
31. Durante este pré-natal, você fez algum exame de anemia?
 Sim Não Não sabe informar Não se aplica
32. Durante este pré-natal, você fez algum exame de glicemia ou açúcar no sangue?
 Sim Não Não sabe informar Não se aplica
33. Durante este pré-natal, você fez algum exame de urina?
 Sim Não Não sabe informar Não se aplica
34. Durante este pré-natal, você fez teste para HIV/AIDS?
 Sim Não (PULE PARA 36) Não sabe (PULE PARA 36) Não se aplica
35. Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste para HIV/AIDS?
 Até 2 semanas Mais de 2 semanas Não recebeu Não sabe informar Não se aplica
36. Durante este pré-natal, você fez algum teste de Sífilis?
 Sim, uma vez Sim, duas vezes Não (PULE PARA 36) Não sabe informar (PULE PARA 36) Não se Aplica
37. Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste de Sífilis?
 Até 2 semanas Mais de 2 semanas Não recebeu Não sabe informar Não se Aplica
38. Durante este pré-natal, suas mamas foram examinadas:
 Em todas as consultas Em algumas consultas Em nenhuma consulta Não sabe informar Não se aplica
39. Durante este pré-natal, você recebeu vacina contra o tétano:
 Sim Não Não sabe informar Não se Aplica
40. Durante este pré-natal, você recebeu orientação sobre aleitamento materno?
 Sim Não Não sabe informar Não se Aplica
41. Durante este pré-natal, você fez algum Ultra-som (Ecografia)?
 Sim Não (PULE PARA 43) Não sabe informar (PULE PARA 43) Não se Aplica
42. Quantos exames de ultra-som (ecografias) você fez? Não sabe informar Não se Aplica
43. Em sua opinião, a qualidade do atendimento deste pré-natal foi:
 Muito Boa Boa Satisfatória Ruim Muito Ruim Não se Aplica
44. Durante a gravidez do(a) _____ (nome da criança)
Você foi internada por alguma complicação da gravidez?
 Sim Não (PULE PARA 51) Não sabe informar (PULE PARA 51)
45. Por qual motivo? Hipertensão Infecção Urinária Diabetes Outros Não se aplica
46. O hospital onde você foi internada era um serviço:
 Público/SUS do seu município Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde Não se aplica
 Público/SUS de outro município Serviço Privado/Particular

NUM FAM:

47. Durante esta complicação, você teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos?
 Sim Não (PULE PARA 49) Não sabe informar (PULE PARA 49) Não se Aplica
48. Que transporte você usou para ir ao outro hospital?
 Ambulância/ Ambulância Avião/Helicóptero Camo Barco Outro Não se Aplica
49. Nesta ocasião, você foi internada na UTI? Sim Não Não sabe informar Não se Aplica
50. Nesta ocasião, você precisou de aparelhos para respirar? (por exemplo: tubo na garganta/Ventilação mecânica/ Pulmão artificial) Sim Não Não sabe informar Não se Aplica
51. Algum médico disse que você teve pressão alta por causa da gravidez? Sim Não Não sabe informar
52. Durante esta gravidez, no parto ou logo após o parto, você teve convulsões ou crises?
 Sim Não (PULE PARA 54) Não sabe informar (PULE PARA 54) Não se Aplica
53. Havia apresentado convulsões ou crises antes? Sim Não Não sabe informar Não se aplica
54. Durante esta gravidez, teve algum sangramento que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão?
 Sim Não Não sabe informar
55. Até TRÊS dias depois do parto, teve sangramento intenso (que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão)?
 Sim Não (PULE PARA 57) Não sabe informar (PULE PARA 57)
56. Recebeu transfusão de sangue devido a este sangramento? Sim Não Não sabe informar Não se Aplica
57. Teve febre alta após o parto que necessitou usar antibiótico? Sim Não Não sabe informar (PULE PARA 59)
58. Esta febre veio com calafrios? Sim Não Não sabe informar Não se aplica
59. Seu útero foi retirado por causa de alguma destas complicações? Sim Não Não sabe informar
60. No pré-natal, você foi informada sobre qual hospital/ maternidade/ casa de parto deveria fazer o parto?
 Sim Não (PULE PARA 63)
61. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado? Não Sim (PULE PARA 63) Não se aplica
62. Por que não? Não achou importante Era longe Não conseguiu vaga Outro motivo Não se aplica
63. O serviço de saúde no qual você fez o parto era um
 Hospital público do SUS do seu município Outro serviço
 Hospital público do SUS de outro município Foi em casa (PULE PARA 61)
 Hospital privado (Convênio/Plano de saúde) Foi em outro local (PULE PARA 61)
 Hospital particular Não se aplica
64. Este serviço de saúde foi o primeiro que você procurou? Não Sim (PULE PARA 67) Não se aplica
65. Por que você procurou outro serviço? Não conseguiu vaga Não tinha médico Outro motivo Não se aplica
66. Quantos hospitais você procurou até ser atendida para fazer o parto, quando já estava em trabalho de parto, isto é com contração ou bolsa rompida? (inclusive onde fez o parto)
 hospitais Não sabe informar Não se aplica
67. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar ao hospital onde fez o parto?
 horas minutos Não sabe informar
(se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
68. Quanto tempo se passou desde que você chegou ao hospital onde fez o parto até ser internada para o parto?(não necessariamente na sala de parto)
 horas minutos Não sabe informar
(se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
69. Você teve de pagar pelo parto? Sim Não Não sabe informar Não quis informar
70. Qual foi o tipo de parto deste filho? Normal Fórceps Cesário
71. Nas horas ANTES do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (LER AS ALTERNATIVAS)
 Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabia que podia ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro

72. DURANTE o parto, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (LER AS ALTERNATIVAS)

- Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabe que pode ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro

73. DEPOIS do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (LER AS ALTERNATIVAS)

- Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabe que pode ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro

74. A orlanta foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto? Sim Não

75. Após o parto, você e o seu bebê ficaram juntos no quarto? Sim Não

76. Você tomou uma dose de vitamina A (cápsula vermelha) na maternidade? Sim Não Não sabe informar

77. Quantos dias você ficou internada no hospital após o parto? dias Não sabe informar

78. Em sua opinião, a qualidade do atendimento ao parto foi:

- Muito boa Boa Satisfatória Ruim Muito Ruim

79. Antes de cair da maternidade, seu bebê recebeu alguma vacina? Sim Não Não sabe informar

80. Antes de cair da maternidade, você e seu bebê foram orientados para voltar a algum serviço de saúde:

- na primeira semana depois da primeira semana Não Não sabe informar

81. Na primeira semana depois do nascimento do bebê, você buscou algum serviço de saúde?

- Sim Não (PULE PARA 84) Não se aplica

82. Este serviço era:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) do seu município | <input type="checkbox"/> Consultório de Convênio/Plano de saúde |
| <input type="checkbox"/> Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) de outro município | <input type="checkbox"/> Consultório particular |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidade do seu município | <input type="checkbox"/> Farmácia |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidade de outro município | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Hospital Público/SUS do seu município | <input type="checkbox"/> Não sabe informar |
| <input type="checkbox"/> Hospital Público/SUS de outro município | |

83. Você teve de pagar alguma coisa por este atendimento?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

84. Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum profissional da Saúde da Família?

- Sim, na primeira semana Sim, no primeiro mês Sim, depois do primeiro mês Não Não se aplica

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

85. Este bloco é para orlanta com menos de 3 MESES, isto é, nascida entre 13 de março e 12 de junho

A orlanta tem menos de três meses? Sim Não (PULE PARA 96)

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, responder o que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje. NOS ÚLTIMOS SETE DIAS...

86. Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- Como sempre faz Não tanto quanto antes Sem dúvida, menos que antes De jeito nenhum Não se aplica

87. Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia:

- Como sempre senti Talvez, menos que antes Com certeza menos De jeito nenhum Não se aplica

88. Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- Sim, na maioria das vezes Sim, algumas vezes Não muitas vezes (sim, às vezes) Não, nenhuma vez Não se aplica

89. Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- Não, de maneira alguma Pouquíssimas vezes Sim, algumas vezes Sim, muitas vezes Não se aplica

90. Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- Sim, muitas vezes Sim, algumas vezes Não muitas vezes Não, nenhuma vez Não se aplica

91. Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com elas Não. Eu consigo lidar com elas tão bem quanto antes
 Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes Não se aplica
 Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com elas

NUM FAM:

92. **Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir:**
 Sim, Na maioria das vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, nenhuma vez
 Sim, Algumas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Não muitas vezes
93. **Você tem se sentido triste ou arrasada:**
 Sim, Na maioria das vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, do jeito nenhum
 Sim muitas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Não muitas vezes
94. **Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:**
 Sim, quase todo o tempo (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, nenhuma vez
 Sim muitas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 De vez em quando
95. **A idéia de fazer mal a você mesma passou pela sua cabeça:**
 Sim, muitas vezes, ultimamente (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Nenhuma vez
 Algumas vezes nos últimos dias (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Pouquíssimas vezes, ultimamente

CASO A MÃE RESPONDA SIM EM ALGUMA DAS ÚLTIMAS QUATRO QUESTÕES:

"Eu agradeço por ter respondido a essas perguntas. Pelo que entendi você às vezes se sentiu triste nos últimos sete dias. Você já pensou em procurar ajuda profissional para por causa disto? SE NÃO: Eu irei pedir encaminhamento para um serviço de saúde onde você poderá encontrar profissionais que possam auxiliar você nestas situações (PREENCHER FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA A UBS)."

DADOS DA CRIANÇA

96. O (a) _____ (nome da criança avaliada) tem Certidão de Nascimento / Registro Civil do Cartório? Não Sim (PULE PARA 98)
97. A criança tem Caderneta de Saúde (Cartão de Vacina)?
 Sim, está em mãos Sim, mas não está em mãos (PULE PARA 101) Não
98. A criança recebeu as vacinas?
 - Poliomielite 1ª dose 2ª dose 3ª dose
 - Tetra (DTP+Hb) 1ª dose 2ª dose 3ª dose
 - Rotavírus 1ª dose 2ª dose 3ª dose
99. Copiar da Caderneta APGAR ao nascer:
 1º minuto: 5º minuto: Não tem na Caderneta Não se aplica
100. Copiar da Caderneta a idade gestacional da criança ao nascer: Semanas
 Não tem na Caderneta Não se aplica
101. Qual o PESO AO NASCER g
 Copiado da Caderneta Informado pela mãe
 Copiado de outro documento Mãe não soube informar (priorizar Caderneta de Saúde)
102. Além do peso ao nascer, a criança foi pesada no primeiro mês de vida e o PESO ESTÁ MARCADO na Caderneta de Saúde?
 Sim Não se aplica, a criança tem menos de um mês de idade
 Não (Ver na Caderneta de Saúde) Não se aplica
103. Além do peso ao nascer, a criança foi pesada neste último mês de vida e o PESO ESTÁ MARCADO na Caderneta de Saúde?
 Sim Não (Ver na Caderneta de Saúde) Não se aplica
104. Seu bebê fez o teste do pezinho? Sim Não Não sabe informar
105. A criança foi internada no primeiro mês de vida, após ter ficado em casa alguns dias? Não (PULE PARA 115) Sim
106. Foi internada porque estava com icterícia (cor muito amarela na pele e nos olhos)? Não Sim Não sabe
107. Quantos dias de idade a criança tinha quando foi internada?
 Menos de 7 dias Mais de 7 dias Não sabe Não se aplica
108. Quanto tempo a criança ficou internada?
 meses dias Não sabe informar Não se aplica

NUM FAM:

109. O hospital onde a criança foi internada era um serviço:

- Público/SUS do seu município Serviço Privado/Particular
 Público/SUS de outro município Não se aplica
 Particular/Serviço de convênio/Plano de saúde

110. Durante este internamento a criança precisou ser transferida?

- Não (PULE PARA 115) Sim Não se aplica

111. Que transporte foi usado para fazer a transferência para outro hospital?

- Ambulância/Ambulância Avião/Helicóptero Camião Barco Outro Não se aplica

112. A criança ficou internada:

- Na UTI Na enfermaria Em quarto individual Outro Não se aplica

113. Este serviço era: SUS Privado (Convênio/Plano de Saúde) Particular Não sabe Não se aplica

114. Você teve de pagar pelo atendimento? Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

115. Você e seu filho atualmente recebem visita de Agente de Saúde ou de algum outro profissional de Saúde da Família na sua casa? Não Sim Não lembra

116. Qual a periodicidade desta visita?

- Todo mês De vez em quando Quase nunca Não, nunca recebeu Não se aplica

117. Você e seu filho têm plano de saúde pago?

- Sim, nós dois Sim, só a criança Sim, só a mãe Não tem Não quis informar

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Estamos quase chegando ao fim da entrevista e agora eu preciso saber o que a criança comeu e bebeu desde ontem de manhã até hoje de manhã. A criança recebeu: (LEIA O NOME DE CADA ALIMENTO)

118. Leite de Peito? Sim Não
119. Água? Sim Não
120. Chá? Sim Não
121. Suco natural de frutas? Sim Não
122. Outro leite? Sim Não
123. Mingau com leite? Sim Não
124. Mingau sem leite? Sim Não
125. Legumes/verduras (não vale batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha, nem temperos)? Sim Não
126. E batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha? Sim Não
127. Frutas? Sim Não
128. Açúcar/Bacaba? Sim Não
129. E farinha de mandioca? Sim Não
130. Comida da família/panela? Sim Não
131. Biscoitos/bolachas/pão/bolo? Sim Não
132. Salgadinhos de pacote? Sim Não
133. Refrigerantes? Sim Não
134. Balas/bombons/pirulitos/doces de leite? Sim Não
135. Outro alimento? Sim Não

ENCAMINHAR PARA ANTROPOMETRIA

PESO E COMPRIMENTO DA CRIANÇA (anotar apenas as medidas aferidas)

136. Peso1 , Kg 137. Peso2 , Kg

- criança tem deficiência física criança inquieto/agitada Não mediu o peso

138. Comprimento1 , cm 139. Comprimento2 , cm

- criança tem deficiência física criança inquieto/agitada Não mediu o comprimento

140. Preencheu ficha de encaminhamento da MÃE para UBS? (Caso responda SIM perguntas 82 a 86) Sim Não

141. Preencheu ficha de encaminhamento da CRIANÇA para UBS? (Caso doente ou de baixo peso) Sim Não

AGRADECER A COLABORAÇÃO E SE DESPEDIR DA MÃE

TÉRMINO: h e min

ANEXO C - Aprovação Comissão Nacional de Ética Em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 27 de abril de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 56/10
CAAE: 0058.0.031.000-10

Título do Projeto: “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

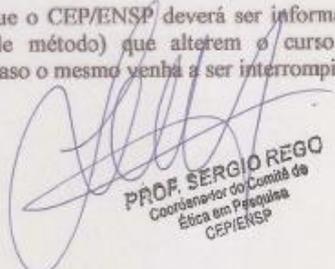
Data de recebimento no CEP-ENSP: 23 / 03 / 2010

Data de apreciação: 07 / 04 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SÉRGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEPIEKSP

ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Chamada Neonatal”, de responsabilidade do Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Você foi selecionada por ter filho menor de um ano. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Os objetivos deste estudo são identificar fatores sociais, psicológicos, familiares e de atenção à saúde da mãe e da criança menor de um ano. O objetivo final é ter informações que melhorem o atendimento ao pré-natal e ao parto, para que doenças materno-infantis se reduzam, assim como a mortalidade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre você e seu filho menor de um ano que será pesado e medido. Não existe nenhum risco relacionado com a sua participação nesta pesquisa. O tempo de duração da entrevista será de 20 min., aproximadamente.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Brasília, _____ / _____ / _____ Entrevistador _____

Sujeito da pesquisa: _____

Coordenadora da Pesquisa: Dr^a. Maria do Carmo Leal

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/809 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / [Tel:0**21-25982620](tel:02125982620)

Coordenadora da Pesquisa no Ministério da Saúde: Dr^a. Leonor Maria Pacheco Santos

Decit/SCTIE/MS - Esplanada dos Ministérios - Bloco G, 8º andar, sala 849 - CEP: 70.058-900 +55 61 3315-3197.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0**21-2598

ANEXO E - Protocolo de submissão do artigo intitulado “Preditores do aleitamento materno exclusivo, Amazônia legal e Nordeste, Brasil, 2010” ao periódico Cadernos de Saúde Pública

Login: ALICENEVES [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_1590/12

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	PREDITORES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, AMAZÔNIA LEGAL E NORDESTE, BRASIL, 2010
Título corrido	Preditores do aleitamento materno exclusivo
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	Aleitamento materno, Lactente, Epidemiologia
Fonte de Financiamento	Dedit - Ministério da Saúde
Autores	Alice Cristina Medeiros das Neves (Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana) Wallace dos Santos (Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) Kênia Mara Baiocchi de Carvalho (1. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana) Erly Catarina Moura (Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde)

DECISÕES EDITORIAIS: [[Exibir histórico](#)]

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1		Em avaliação. Artigo enviado em 31 de Outubro de 2012.		

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2012