

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**FATORES QUE FACILITAM OU DIFICULTAM O
CUMPRIMENTO DA RECOMENDAÇÃO DE
ALEITAMENTO MATERNO POR DOIS ANOS OU
MAIS: ESTUDO DE COORTE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ELISA JUSTO MARTINS

Porto Alegre, Brasil

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**FATORES QUE FACILITAM OU DIFICULTAM O
CUMPRIMENTO DA RECOMENDAÇÃO DE
ALEITAMENTO MATERNO POR DOIS ANOS OU
MAIS: ESTUDO DE COORTE**

ORIENTADORA: Profa. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

ELISA JUSTO MARTINS

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de mestre.

Porto Alegre, Brasil

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA

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

ESTA DISSERTAÇÃO FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

20 de maio de 2011

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Clécio Homrich da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Luciana Dias Oliveira

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Roberto Mário Issler

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico esta dissertação aos meus queridos filhos

Gustavo e Eduarda, com muito carinho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani, que me incentivou a ingressar no curso de mestrado e cujas orientações e dedicação foram decisivas para a realização deste trabalho. Minhas palavras são insuficientes para agradecer todo o apoio recebido durante essa trajetória e tudo que me foi ensinado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS, pelo acolhimento e pela excelência de ensino.

À professora Lilian Cordova do Espírito Santo, por disponibilizar as informações e materiais da primeira etapa deste estudo, e por toda sua gentileza e amizade.

As colegas do curso de mestrado Fernanda Caraméz Silva e Simone Capsi, pelo companheirismo e amizade ao longo dessa caminhada.

À Ceres Oliveira, por sua participação e empenho na consultoria estatística e por seu bom humor, que fez com que nossos encontros fossem leves e agradáveis.

Às mães e seus filhos que participaram da pesquisa, por suas valiosas informações, acolhimento e respeito. Sem elas não teria sido possível a concretização deste estudo.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aos colegas do Serviço de Pediatria, por facilitar a realização das disciplinas do Programa.

Aos meus pais Antonio e Maria, por todo seu amor e pelos valores morais, éticos e espirituais transmitidos.

À minha mãe, por toda sua sabedoria, força e garra e por sempre priorizar a saúde e a educação.

Aos meus filhos Guto e Duda, pela compreensão em tempos de ausência. Agradeço também pelo companheirismo e pelo conforto nas horas difíceis. Aprendi muito com vocês. Espero que tenham aprendido um pouco comigo e isso já fará com que tudo tenha valido a pena.

Ao Elton, meu companheiro de todas as horas, por estar ao meu lado nessa caminhada.

À minha irmã Elsa, por sua importância e pelo exemplo na minha vida profissional.

A todos os meus irmãos, pelo convívio e por serem exemplos para mim.

À Carla Anchieta dos Santos e Carolina Umpierre, anjos que caíram do céu quando mais precisei.

A todas as pessoas que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram, ou simplesmente desejaram, para que eu chegasse com êxito ao final de mais esta caminhada.

RESUMO

Existem muitos estudos sobre determinantes da interrupção precoce do aleitamento materno (AM), tendo sido identificados fatores socioeconômicos, culturais, demográficos e biológicos. Porém, não há estudos sobre os fatores envolvidos na manutenção do AM por dois anos ou mais, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Este estudo teve o objetivo de identificar os fatores associados à manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais em crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre junho e novembro de 2003.

Estudo de coorte, parte prospectivo e parte retrospectivo, em que foram acompanhadas 151 crianças, do nascimento até a idade entre 3 e 5 anos de idade. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira, do nascimento aos seis meses de idade da criança, e a segunda, quando a criança tinha entre 3 e 5 anos de idade. Na primeira etapa, foram obtidas informações na maternidade por meio de entrevista com as mães, aos 7 e 30 dias nos domicílios e aos 60, 120 e 180 dias por telefone ou nos domicílios, na impossibilidade de contato telefônico. Para a segunda etapa, as mães foram contatadas por telefone e convidadas para uma entrevista, com foco na prática do aleitamento materno e aspectos relacionados ao desmame de suas crianças.

Para testar as associações entre o desfecho (aleitamento materno por dois anos ou mais) e variáveis de interesse, utilizou-se regressão de Poisson seguindo modelo hierárquico. O grau de associação foi estimado por meio de risco relativo (RR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

A idade mediana das crianças na época da entrevista foi de 49 meses, com variação entre 40 e 64 meses. Cerca de um terço das crianças (n 49) foi amamentado por dois anos ou

mais. A duração mediana do aleitamento materno foi de 11,5 meses, ou 345 dias. Nove crianças (6%) permaneciam sendo amamentadas na época da entrevista.

Mostraram-se associados de forma positiva com o desfecho: permanência da mãe em casa com a criança nos primeiros seis meses de vida (RR=2,13; IC95% 1,12-4,05), não uso de chupeta (RR=2,45; IC95% 1,58-3,81), época da introdução de outro leite na dieta da criança (RR=1,001; IC95% 1,001 -1,002 por dia sem sua introdução) e de chás e/ou água (RR=1,005; IC 95% 1,001-1,009 a cada dia de adiamento de sua introdução). Coabitação com o pai da criança mostrou associação negativa com o desfecho (RR=0,61; IC95% 0,37-0,99).

De acordo com os resultados deste estudo, para aumentar o número de mulheres que cumprem com a recomendação da OMS de AM por dois anos ou mais seria importante, além de desestimular o uso da chupeta e da introdução precoce de outro leite e de água e/ou chá na dieta da criança, incluir a figura paterna nas intervenções e dar maior atenção para as mulheres que ainda não gozam do direito da licença maternidade de seis meses.

DESCRITORES: aleitamento materno; desmame; estudo de coorte.

ABSTRACT

Many studies have assessed the determinants of early discontinuation of breastfeeding (BF), and socioeconomic, cultural, demographic, and biological factors have been identified as such. However, no studies have focused on the factors involved in continuation of breastfeeding for two years or longer, as recommended by the World Health Organization (WHO).

The present study sought to identify the factors associated with continuation of breastfeeding for two years or longer in children born at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre between June and November 2003.

In this combined prospective and retrospective cohort study, 151 children were followed from birth to the age of 3 to 5 years. Data were collected in two stages: the first, from birth to the age of 6 months; the second, sometime between the third and fifth year of life. During the first stage, information was obtained from mothers in the maternity ward (after delivery), at home (at 7 and 30 days), and by telephone—or again at home, when attempts at telephone interviews failed—at 60, 120, and 180 days. For the second stage of data collection, mothers were reached by telephone and invited to attend an interview focusing on breastfeeding practices and weaning.

Hierarchical Poisson regression modeling was used to test for association between the study endpoint (breastfeeding for two years or longer) and the variables of interest. The degree of association was estimated by means of relative risks (RR) and their respective 95% confidence intervals.

The median age of the child at the time of the interview was 49 months (range, 40–64 months). Roughly one-third of children (n=49) were breastfed for two years or longer. The

median duration of breastfeeding was 11.5 months (345 days). Nine children (6%) still breastfed at the time of the interview.

The following factors were positively associated with the study endpoint: stay-at-home mothering during the first 6 months of life of the child (RR 2.13; 95%CI, 1.12 to 4.05), non-use of pacifier/dummy (RR 2.45; 95%CI, 1.58 to 3.81), and timing of introduction of non-breast milk (RR 1.001; 95%CI, 1.001 to 1.002 for each day introduction of non-breast milk was delayed) and tea and/or water (RR 1.005; 95%CI, 1.001 to 1.009 for each day introduction of non-milk fluids was delayed). Cohabitation with the child's father was negatively associated with the study endpoint (RR 0.61; 95%CI, 0.37 to 0.99).

The results of this study suggest that, in order to increase the number of women who comply with the WHO recommendation of breastfeeding their children for two years or longer, it would be important not only to discourage use of pacifiers/dummies and early introduction of non-breast milk, water, or tea to the child's diet, but also to include the child's father figure in breastfeeding-related interventions and place greater emphasis on women who have yet to gain the right to 6-month maternity leave.

KEYWORDS: breastfeeding; weaning; cohort study.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Variáveis contidas nos blocos conforme modelo hierárquico de Poisson..... 89

Figura 2- Diagrama do segmento da coorte.....90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sobre as mães e crianças que constituíram a amostra (n=151).....91

Tabela 2- Resultados da Regressão de Poisson para a análise de associação entre a manutenção da amamentação por dois anos ou mais e variáveis selecionadas.....92

LISTA DE ABREVIATURAS

AM: Aleitamento materno

OMS: Organização Mundial da Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

DF: Distrito Federal

MS: Ministério da Saúde

WHO: *World Health Organization*

RR: Risco relativo

AME: Aleitamento materno exclusivo

OR: *Odds ratio*

IC: Intervalo de confiança

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 TENDÊNCIAS E SITUAÇÃO ATUAL DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	19
3 EMBASAMENTO PARA A RECOMENDAÇÃO DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO POR DOIS ANOS OU MAIS.....	26
3.1 EXPECTATIVA DA ESPÉCIE.....	26
3.2 VALOR NUTRICIONAL.....	27
3.3 PROTEÇÃO CONTRA INFECÇÕES.....	28
3.4 PROTEÇÃO CONTRA DOENÇAS CRÔNICAS.....	30
3.5 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO.....	34
3.6 PROMOÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO.....	34
3.7 DESENVOLVIMENTO CRÂNIO-FACIAL E MOTOR ORAL.....	35
3.8 PROTEÇÃO CONTRA DOENÇAS MATEERNAS.....	36
4 DESMAME.....	40
4.1 TIPOS DE DESMAME.....	41
4.2 RAZÕES ALEGADAS PELAS MÃES PARA O DESMAME.....	43
4.3 FATORES ASSOCIADOS COM A MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO POR DOIS ANOS OU MAIS.....	44
5 JUSTIFICATIVA.....	51
6 OBJETIVO.....	51
7 MATERIAL E MÉTODOS.....	52
7.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	52

7.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	52
7.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA.....	53
7.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	53
7.4.1 Critérios de inclusão.....	53
7.4.2 Critérios de exclusão.....	54
7.5 COLETA DE DADOS.....	54
7.5.1 Do nascimento aos seis meses.....	54
7.5.2 Aos 3-5 anos.....	55
7.6 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO.....	55
7.6.1 Variável dependente (desfecho).....	55
7.6.2 Variáveis independentes.....	56
7.7 EQUIPE DE TRABALHO.....	57
7.7.1 Primeira etapa do estudo.....	57
7.7.2 Segunda etapa do estudo.....	58
7.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
7.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	59
REFERÊNCIAS.....	60
ARTIGO: FATORES QUE FACILITAM OU DIFICULTAM O CUMPRIMENTO DA RECOMENDAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO POR DOIS ANOS OU MAIS: ESTUDO DE COORTE.....	73
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
APÊNDICE.....	95
ANEXO.....	108

1 INTRODUÇÃO

Acredita-se que a duração prevista para o aleitamento materno (AM) na espécie humana seja de dois a três anos e que o desmame ocorra naturalmente nessa idade (KENNEDY, 2005). No entanto, atualmente poucas crianças são amamentadas por esse período de tempo e o desmame natural é pouco praticado, sobretudo no mundo ocidental.

O declínio na prática do AM ao longo do tempo deve-se a um conjunto de fatores, entre os quais, crenças sobre amamentação, inserção da mulher no mercado de trabalho, influência das práticas hospitalares que dificultam o estabelecimento da amamentação, industrialização de substitutos do leite materno e criação de demandas por influência do marketing utilizado pelas indústrias de alimentação artificial (ARAÚJO et al., 2006).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda AM por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses. Tal recomendação é adotada por muitos países, inclusive o Brasil (BRASIL, 2002), e baseia-se nos inúmeros benefícios que o AM confere tanto para as crianças quanto para as mães: redução da morbimortalidade infantil por diarreia e por doença respiratória (JONES et al., 2003; ROTH et al., 2008; BOCCOLINI; BOCCOLINI, 2011); diminuição do risco de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes e obesidade (SADAUSKAITE-KUEHNE et al., 2004; HORTA et al., 2007; SIMON et al., 2009); favorecimento do desenvolvimento cognitivo (KRAMER et al., 2008) e do desenvolvimento da cavidade oral (SILVA, 2010); diminuição da probabilidade de desenvolver diabetes (STUEBE et al., 2005) e alguns tipos de câncer de mama (COLLABORATIVE GROUP HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002), de ovário (DANFORTH et al., 2007) e de endométrio (OKAMURA et al., 2006) na mulher que amamenta; além disso, ele contribui para o estabelecimento de vínculos afetivos que resultam

em maior segurança para a mãe e para o desenvolvimento afetivo-emocional e social da criança (BOWLBY, 1976).

Atualmente se sabe que muitos benefícios atribuídos ao AM são gradiente-dependentes, ou seja, quanto mais leite materno a criança ingerir e maior for a duração da amamentação, maiores os benefícios para a criança e para a mãe. Apesar disso, a duração da amamentação é, em geral, curta, sobretudo nos países ocidentais. Em termos mundiais, em torno de metade das crianças é amamentada por dois anos ou mais (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF, 2011); no Brasil, menos da metade é amamentada até os 12 meses e apenas um quarto das crianças recebe leite materno na faixa etária entre 18-23 meses (BRASIL, 2009a).

Existem muitos estudos sobre determinantes da interrupção precoce do AM, tendo sido identificados fatores socioeconômicos, culturais, demográficos e biológicos (GIUGLIANI, 2004; RAMOS; ALMEIDA, 2003; RAMOS et al., 2008). Porém, ainda são escassos os estudos sobre a prática do AM e o desmame em crianças com mais de um ano de idade, e muito pouco se sabe sobre os fatores envolvidos na sua manutenção por dois anos ou mais, como recomenda a OMS. O conhecimento desses fatores é importante para o planejamento de ações que visem à ampliação da duração do AM. Esta dissertação, que faz parte de um estudo mais abrangente, pretende contribuir para diminuir essa lacuna do conhecimento.

Inicialmente, apresenta-se uma breve revisão da literatura sobre a prática do AM com foco na sua duração, incluindo tendências e situação atual dessa duração e embasamento para a recomendação da amamentação por dois anos ou mais e, por fim, aborda-se a questão do desmame. A seguir são descritos os objetivos e a metodologia detalhada empregada para sua obtenção. Os resultados e sua discussão são apresentados no artigo “Fatores que facilitam ou

dificultam o cumprimento da recomendação de aleitamento materno por dois anos ou mais: estudo de coorte”, que será submetido à publicação. Por último, são feitas algumas considerações finais.

2 TENDÊNCIAS E SITUAÇÃO ATUAL DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Estudos históricos sugerem que a duração da amamentação nas civilizações antigas ficava entre dois e três anos de idade. Na Idade Média, o período de AM recomendado era de 20 a 24 meses, sabendo-se que, por volta do século XIII, já existiam, na França, amas-de-leite como alternativa para as crianças que não eram amamentadas pela mãe (STUART-MACADAM, 1995). Na Idade Moderna, durante os séculos XV e XVI, o AM era preconizado até os dois a três anos de idade. A duração recomendada foi, porém, diminuindo ao longo do tempo. Assim, nos séculos XVII e XVIII, ela passou a ser de 12-24 meses e, na segunda metade do século XVIII, de oito a 12 meses. Naquela época, as mulheres da aristocracia consideravam a amamentação uma prática pouco nobre e prejudicial à estética, o que fez as amas-de-leite se tornarem populares na Europa (BADINTER, 1985). Ocorre nesse período um aumento crescente na mortalidade infantil associada ao desmame precoce e às doenças adquiridas pelas amas-de-leite. O leite não humano foi introduzido na dieta dos lactentes em substituição às amas-de-leite; posteriormente, formulações lácteas industrializadas foram sendo desenvolvidas, com seu uso progressivamente se intensificando, o que repercutiu de forma negativa na prática do AM (FOMON, 1993).

Segundo Silva (1990), a primeira referência que se tem da amamentação no Brasil remonta ao Descobrimento. Naquela época, a amamentação prolongada por dois anos ou mais era prática instituída na sociedade indígena, com a mulher administrando de forma harmoniosa o seu papel de nutriz e trabalhadora. Com a vinda dos europeus a terras brasileiras, muitos hábitos indígenas sofreram influência do modelo cultural, inclusive do

regime alimentar. Visto que o aleitamento materno não era uma prática bem aceita pelas damas da sociedade europeia, teve início o problema do desmame (SYDRONIO, 2006).

Por volta dos anos 1950, as prevalências de AM eram muito baixas em quase todo o mundo; entretanto, o leite materno permanecia como recurso da alimentação infantil, principalmente nas sociedades tradicionais e nos países mais pobres (HELSING; SAADEH, 1991). Estimativas de 1970 mostram que as medianas de amamentação eram muito baixas em alguns países em desenvolvimento: 2,6 meses na Malásia, 3,7 meses no Panamá e 1,8 mês na Costa Rica. Esses valores contrastam com os de outros países, cujas medianas de amamentação eram, por exemplo, de 15,9 meses no Quênia e de 30,7 meses em Bangladesh (MUKURIA et al., 2006).

A partir da década de 1970, começaram a surgir denúncias contra o uso disseminado de leites artificiais, com referência às suas consequências desastrosas para a alimentação infantil, principalmente em populações desprivilegiadas (JELLIFFE; JELLIFFE, 1971). Inúmeros trabalhos científicos passaram a comprovar a superioridade do leite materno como fonte ideal de alimento, proteção e afeto, bem como os riscos e custos associados ao desmame precoce. Inicia então o movimento de resgate da cultura da amamentação com várias iniciativas de organismos internacionais e nacionais da área da saúde para promoção, proteção e apoio ao AM, com expressivo impacto sobre as prevalências e a duração da amamentação (GIUGLIANI, 2000).

Atualmente, segundo dados da UNICEF, apenas 36% das crianças de zero a cinco meses de idade do mundo em desenvolvimento são amamentadas exclusivamente, e menos de 60% das crianças de seis a nove meses continuam recebendo leite materno. Segundo a mesma fonte, apenas metade dos lactentes com dois anos de idade são amamentados (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Na África, aproximadamente 50% dos lactentes com dois anos de idade são alimentados com leite materno. Como a introdução de água e de outros líquidos antes dos seis meses é prática comum nesse continente, especialmente na África Ocidental, a taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) é muito baixa em menores de seis meses (34%); no entanto, a amamentação duradoura é comum e culturalmente aceita. Na Etiópia, 88% das crianças com dois anos são amamentadas, em Ruanda, 77% e, em Guiné-Bissau, 61%. Já em outros países da África, como Botsuana, Gabão e Cabo Verde, as taxas de amamentação são muito baixas nessa faixa etária (6%, 9% e 13%, respectivamente) (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Na maioria dos países asiáticos, aproximadamente 68% das crianças entre dois e três anos de idade continuam sendo amamentadas. No Nepal, 95% das crianças nessa faixa etária ainda são amamentadas, bem como 91% das de Bangladesh e 84% das de Sri Lanca. Na Índia, 77% das mães habitualmente amamentam seus filhos até os três anos de idade, índice que é de 50% entre as crianças da Indonésia nessa idade; já na Malásia e no Vietnã, essas taxas caem para 12% e 23% respectivamente (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011). No Japão, a mediana do AM é de 12 meses; na China, um estudo realizado em sete cidades revelou que 50% das crianças eram amamentadas somente até os quatro meses de vida (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2007).

Na União Europeia, nem todos os países coletam dados periódicos sobre amamentação. Além disso, as comparações entre os países e a metodologia da coleta dos dados são diferentes e inconsistentes, o que dificulta as estatísticas na região. Em alguns países, as taxas de iniciação ao aleitamento materno são muito baixas. Mesmo em países onde as taxas de iniciação são elevadas, há uma quebra acentuada do AM nos primeiros seis meses.

A taxa de aleitamento exclusivo, até os seis meses, é baixa em toda a Europa (EUROPEAN COMMISSION, 2004).

Nas Américas, é grande a variação das taxas de AM. Nos Estados Unidos, por exemplo, amamentar durante um ano é considerado AM prolongado. Em estudo realizado nesse país, através do *National Immunization Survey* (NIS), no qual entrevistas foram realizadas via telefone com adultos membros da família, o percentual de crianças nascidas no ano de 2000 amamentadas até os seis meses foi de 34,2%; para crianças com até 12 meses de vida, esse percentual foi de 15,7%. Para crianças nascidas no ano de 2004, tais percentuais aumentaram para 41,5% e 20,9%, respectivamente (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2007).

Na América Latina, cerca de 30% das crianças são amamentadas por dois anos ou mais. El Salvador, Peru, Costa Rica e Guatemala estão entre os países que mais amamentam (54%, 51%, 49% e 46%, respectivamente), ao passo que Suriname, Cuba e Equador estão entre os que menos amamentam nessa faixa etária (15%, 16% e 23%, respectivamente) (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

No Brasil, existem poucas informações anteriores a 1980; entretanto, estudos realizados entre 1973 e 1974 mostraram prevalências muito baixas de amamentação e duração mediana de apenas 28 dias na população de baixa renda (SIGULEN; TUDISCO, 1980). No início da década de 1980, a duração mediana de AM era de 2,8 meses na cidade de São Paulo e de 2,4 meses em Recife (REA; BERQUO, 1990). Em Porto Alegre, estudo realizado no final da década de 1980, o índice de amamentação era de 71% aos três meses, 47% aos seis meses e 24% ao final do primeiro ano de vida. Cerca de 60% das crianças já recebiam outro tipo de leite aos três meses de vida (ISSLER et al., 1990).

Analisando as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS), observa-se aumento da duração mediana da amamentação no Brasil, de 6,6 meses em 1986 (PÉREZ-ESCAMILLA, 1993) para 7,0 meses em 1996 (BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997) e para 14 meses em 2006 (BRASIL, 2009a). Apesar desse avanço, a situação do Brasil com relação à duração do AM é ainda considerada ruim, já que a duração mediana não atinge 18 meses, valor mínimo para pertencer à categoria “razoável” nos parâmetros da OMS. A OMS considera “bom” uma duração mediana de AM de 21 a 22 meses e “muito bom” uma duração mediana de AM de 23 a 24 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2003).

Segundo dados da última PNDS, realizada em 2006, a prevalência de AM continuado foi de 47,5% aos 12 meses de idade, de 24,8% aos 24 meses e de 15,5% aos 35 meses. A duração mediana de AM foi de 14 meses, tendo a região Nordeste apresentado a maior duração, com uma mediana de 18,6 meses, seguida das regiões Norte (15,3 meses), Centro-Oeste (13,6 meses) e Sudeste (13,0 meses). A região Sul apresentou o pior desempenho, com uma mediana de 6,9 meses. Além das diferenças regionais, observou-se diferença quanto ao local de residência (urbana - 12,9 meses; rural - 15,8 meses), sexo da criança (meninos - 15,2 meses; meninas - 12,9 meses) e raça (negra - 14,6 meses; branca - 10,1 meses) (BRASIL, 2009a).

Além das PNDS, que são realizadas a cada 10 anos, outra importante fonte de informação sobre os indicadores de AM no Brasil são as Pesquisas de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF), realizadas em dias nacionais de vacinação nos anos de 1999 (BRASIL, 2001) e 2008 (BRASIL, 2009b). Comparando os dados das duas pesquisas, a prevalência do AM em crianças de 9 a 12 meses aumentou de 42,4% em 1999 para 58,7% em 2008 no conjunto das capitais brasileiras e DF.

A região Norte, em 2008, apresentou a melhor situação (76,9%; IC 95% 73,8 - 80,0), seguida das regiões Centro-Oeste (64,1%; IC 95% 60,3 - 67,9), Nordeste (59,1%; IC 95% 56,7 - 61,5) e Sudeste (51,4%; IC 95% 47,8 - 55,0). Assim como havia sido detectado na PNDS, a pior situação nesse indicador encontra-se na região Sul (49,5%; IC 95% 45,2% - 53,9%). Em relação às capitais, Macapá e Belém se destacaram com as maiores prevalências (82,8% e 79,9%, respectivamente), e Curitiba com a menor (48,5%). Porto Alegre apresentou prevalência de 50,1% (IC 95% 43,4 - 57,0), abaixo da média nacional.

Especificamente aos 12 meses, a pesquisa mostrou as seguintes probabilidades de as crianças estarem sendo amamentadas nessa idade: 45,5% para o conjunto das capitais brasileiras e DF; 63,1% para a região Norte; 51,7% para a região Centro-Oeste; 48,8% para a região Nordeste; e 37,9% para as regiões Sul e Sudeste. Macapá foi a capital com a probabilidade mais alta (78,8%), seguida de São Luis, Belém e Teresina (68,0%, 66,3% e 65,5% respectivamente).

Com relação à duração mediana do AM, ela passou de 295,9 dias em 1999, no conjunto das capitais brasileiras e DF, para 341,6 dias (11,2 meses) em 2008. A região Norte apresentou a maior estimativa de duração dessa prática (434,8 dias - 14,3 meses), seguida da Centro-Oeste (373,6 dias - 12,3 meses), Nordeste (346,8 dias - 11,4 meses), Sudeste (303,5 dias - 10,0 meses) e Sul (302,1 dias - 9,9 meses). Em relação às capitais, Macapá destacou-se com a maior mediana (601,4 dias - 19,7 meses), e São Paulo (292,8 dias - 9,6 meses) com a menor. Porto Alegre apresentou mediana de 299,34 dias, que, apesar de ter avançado acima da média nacional (106 dias vs 45,7 dias, comparando as duas pesquisas), ainda é bem inferior à esta, o que lhe confere a terceira pior situação nesse indicador, ficando atrás apenas das cidades de São Paulo e Recife.

Assim, apesar da melhora significativa da situação do AM no período analisado, o Brasil continua distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, de manutenção do AM até o segundo ano de vida ou mais, sendo exclusivo até o sexto mês de vida (BRASIL, 2009b).

3 EMBASAMENTO PARA A RECOMENDAÇÃO DA DURAÇÃO DO AM POR DOIS ANOS OU MAIS

A recomendação de amamentação por dois anos ou mais se baseia em evidências que mostram relação positiva entre duração dessa prática e benefícios para a saúde da criança e da mãe. A seguir, são abordados alguns argumentos em favor dessa recomendação.

3.1 EXPECTATIVA DA ESPÉCIE

A espécie humana evoluiu e se manteve em 99,9% da sua existência na Terra amamentando os seus descendentes (STUART-MACADAM, 1995). Portanto, é razoável afirmar que as crianças humanas, assim como os primatas não humanos, foram programadas geneticamente para receber os benefícios do leite da sua espécie e do ato de amamentar (DETTWYLER, 1995).

De acordo com algumas teorias que se baseiam em informações de primatas não humanos, em especial de gorilas e chimpanzés, que dividem com o homem 98% do seu material genético, estima-se que a média da duração da amamentação em humanos seja entre 2,5 e sete anos, e que o desmame aconteça naturalmente, liderado pela criança e pela mãe (DETTWYLER, 1995).

Kennedy (2005), em uma extensa revisão bibliográfica de estudos antropológicos, sugere que a duração do AM na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente.

3.2 VALOR NUTRICIONAL

Algumas pessoas, inclusive profissionais de saúde, questionam a necessidade, sob o ponto de vista nutricional, do leite materno além do primeiro ano de vida, sobretudo em países desenvolvidos. No entanto, é preciso lembrar as especificidades do leite materno que beneficiam as crianças enquanto elas o estiverem recebendo, tais como anticorpos e leucócitos, propriedades que o leite artificial não consegue incorporar. Além disso, o leite materno é uma substância de grande complexidade biológica. Ele reúne cerca de 150 componentes com funções biológicas definidas, como carboidratos, lipídios, proteínas, sais minerais e vitaminas, que são fornecidos em quantidade e qualidade ideais, garantindo os nutrientes necessários à saúde da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A OMS alerta que, no segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500 ml) de leite materno no segundo ano de vida forneçam 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteínas e 31% do total de energia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Estudos comprovam que o AM além do primeiro ano de vida interfere positivamente no crescimento e desenvolvimento das crianças. Na China, por exemplo, estudo transversal de vigilância nutricional realizado nas zonas rurais da província de Hubei, para verificar a associação entre AM prolongado e crescimento, mostrou associação positiva dessa prática no estado nutricional. A amostra consistiu de 2.148 crianças inicialmente amamentadas entre 12 e 47 meses de idade. Amamentar por mais de 24 meses foi associado com maior altura para a idade (score Z), e amamentar por mais de 18 meses foi associado com maior peso e estatura para a idade (scores de peso / estatura Z). Esses resultados permaneceram significativos após controle de possíveis variáveis de confusão, como época de introdução de outros alimentos,

consumo de leite em pó, infecções recentes, idade, sexo, ordem de nascimento, peso ao nascer, tipo de residência, ocupação do pai e escolaridade da mãe (TAREN; CHEN, 1993).

3.3 PROTEÇÃO CONTRA INFECÇÕES

Enquanto a criança estiver sendo amamentada, ela recebe os inúmeros fatores de proteção existentes no leite materno, com repercussão na sua sobrevivência e saúde.

Vários estudos realizados em diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil, demonstram que a proteção do leite materno contra doenças infecciosas se mantém nos primeiros anos de vida. Resultados de uma metanálise realizada com dados provenientes de três continentes, inclusive o Brasil, mostraram que, quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida, elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doenças infecciosas quando comparadas com crianças amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Em Bangladesh, um estudo caso-controle constatou efeito protetor da amamentação contra episódios graves de diarreia por *shiguela*. A proteção foi mais evidente em crianças que mamaram por mais de 35 meses (OR= 0,49; IC 95% 0,28 - 0,86). Essa proteção foi observada mesmo em crianças desnutridas ou com história recente de sarampo (CLEMENS et al., 1986).

Molbak et al. (1994), em estudo de coorte realizado em Guiné-Bissau, África Ocidental, mostraram que a incidência de diarreia foi maior nas crianças desmamadas quando comparadas com crianças amamentadas até um ano de idade (RR= 1,41; IC 95% 1,23-1,62) e com crianças amamentadas até os dois anos (RR= 1,67; IC 95% 1,29 - 2,15). A duração

média da diarreia foi de 6,6 dias nas crianças amamentadas por menos de um ano e de 5,3 dias em crianças amamentadas por mais de um ano ($P < 0,001$).

No Brasil, estudo para avaliar a relação entre AM e internações por doenças diarreicas - cuja população estudada foi a de crianças menores de um ano de idade residentes nas capitais brasileiras e no DF (dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e da II Pesquisa de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF, de 2008) - mostrou que o AM durante 9-12 meses reduziu significativamente as taxas dessas internações na população estudada (razão de taxas = 0,72; IC 95% 0,52 - 0,99) (BOCCOLINI; BOCCOLINI, 2011).

O maior ensaio clínico randomizado feito até o momento enfocando a promoção do AM, realizado na Bielorrússia e envolvendo 17.046 pares mãe-bebê, mostrou que a população submetida à intervenção de promoção do AM, junto com o aumento da duração do AME e do AM, beneficiou-se com uma redução significativa da chance de contrair uma ou mais infecções do trato gastrointestinal (OR = 0,60; IC 95% 0,40 - 0,91) e de eczema atópico (OR = 0,54; IC 95% 0,31 - 0,95), porém sem redução significativa de episódios de infecção do trato respiratório (OR = 0,87; IC 95% 0,59 - 1,28) (KRAMER et al, 2001).

Na Holanda, estudo de coorte com 2.705 crianças, realizado para investigar o efeito da duração da amamentação sobre manifestações infantis de atopia nos dois primeiros anos de vida, mostrou que as crianças amamentadas durante 7-9 meses apresentaram menor risco de sibilância recorrente infantil (OR = 0,11; IC 95% 0,02 - 0,70) (SNIJDERS et al., 2007).

A duração do AM também tem repercussões no número e gravidade de episódios de infecções do ouvido. Estudo realizado com 281 crianças residentes na cidade de Brno, República Checa, mostrou importante papel preventivo do AM contra otite média no primeiro ano de vida. Observaram-se diferenças marcantes no grau de proteção, relacionadas ao tempo

de amamentação: efeito protetor essencial durante os primeiros 4 meses de vida (OR= 1,58; IC 90% 1,02 - 2,43), aos 8 meses (OR= 2,42; IC 90% 1,44 - 4,08) e aos 11 meses (OR= 2,08; IC 90% 1,16 - 3,73). A amamentação por períodos mais longos também foi associada a algum efeito preventivo contra a doença, mas a redução na incidência não foi estatisticamente significativa após o 11º mês (VOGAZIANOS et al, 2007).

3.4 PROTEÇÃO CONTRA DOENÇAS CRÔNICAS

Hoje se sabe que as crianças amamentadas beneficiam-se também no médio e longo prazo, apresentando menor chance/risco de contrair algumas doenças crônicas. E há evidências de que em muitos casos esse efeito é gradiente-dependente.

Estudo realizado com crianças e adolescentes entre zero e 15 anos, residentes no sudoeste da Lituânia e na Suécia, constatou que AME por mais de cinco meses (OR= 0,54; IC95% 0,36 - 0,81) e AM por mais de sete meses (OR= 0,56; IC95% 0,38 - 0,84) ou nove meses ou mais (OR= 0,61; IC95% 0,38 - 0,84) foram fatores protetores contra diabetes tipo 1, mesmo quando ajustados para outros fatores para essa enfermidade, tais como prematuridade, doença neonatal, infecções e estresse nos seis primeiros meses de vida, baixa escolaridade materna e residência em área urbana (SADAUSKAITE-KUEHNE et al., 2004).

Alguns estudos mostram associação entre maior duração do AM e menor prevalência de sobrepeso e obesidade. Em estudo realizado no Brasil, na cidade de São Paulo, envolvendo 566 crianças de pré-escolas particulares, após ajustes para diversos fatores potenciais de confusão, mostraram-se fatores de proteção contra sobrepeso e obesidade, AME por seis meses ou mais (OR= 0,57; IC 95% 0,38 - 0,86) e AM por mais de 24 meses (OR= 0,13; IC 95% 0,05 - 0,37) (SIMON et al., 2009).

Liese et al. (2001), em estudo com crianças alemãs de nove a dez anos nas cidades de Munique (n= 1.062) e Dresden (n= 1.046), puderam constatar relação gradiente-dependente entre duração do AM e prevalência de sobrepeso. Quando comparadas com crianças não amamentadas, as crianças amamentadas por menos de seis meses tiveram probabilidade 29% menor de sobrepeso na idade de nove a dez anos (OR= 0,71; IC 95% 0,51 – 0,98); para crianças amamentadas por seis a 12 meses, a probabilidade de sobrepeso nessa idade foi 44% menor (OR= 0,56; IC 95% 0,53 - 0,90).

Resultados semelhantes foram encontrados por Gillman et al. (2001), em um grande estudo realizado com 8.186 meninas e 7.155 meninos na faixa etária de nove a 14 anos, residentes em 50 estados dos Estados Unidos da América (EUA), que são participantes do *Growing Up Today Study*, um estudo de coorte nacional de dieta, atividade e crescimento. Os autores encontraram menor chance de sobrepeso nos indivíduos amamentados por no mínimo sete meses em comparação com aqueles amamentados por três meses ou menos (OR= 0,80; IC 95% 0,67 - 0,96).

Estudos comprovam que maior duração do AM diminui o risco de aparecimento de hipertensão arterial. Martin et al. (2004) conduziram o estudo ALSPAC (*The Avon Longitudinal Study of Parents and Children*), que incluiu um total de 4.763 crianças nascidas em 1991 e 1992 cuja pressão arterial foi avaliada aos 7,5 anos. As pressões arteriais sistólica e diastólica das crianças amamentadas foram inferiores em 1,2 mmHg e 0,9 mmHg, respectivamente, quando comparadas às das crianças não amamentadas. As diferenças na pressão arterial foram atenuadas, mas permaneceram estatisticamente significativas, após o uso de modelos ajustados para possíveis fatores de confusão, tais como variáveis sociais, econômicas, maternas e antropométricas. Nesse estudo, foi avaliado o efeito da duração do

AM, tendo sido verificado, também em modelos ajustados, que existia uma redução de 0,2 mmHg na pressão arterial sistólica a cada três meses de amamentação.

Naghattini et al. (2010), em uma amostra de 519 crianças estudadas para avaliar fatores de risco e de proteção relacionados à elevação da pressão arterial na infância, constataram que as médias da pressão sistólica se encontraram significativamente mais elevadas naquelas crianças com AME e/ou predominante por tempo inferior a seis meses ($p=0,04$) e que os valores da pressão diastólica estavam significativamente diminuídos naquelas crianças com AM predominante e/ou exclusivo superior a seis meses ($p=0,039$). Na amostra estudada, o tempo em AM superior a seis meses parece conferir um efeito protetor à elevação da pressão.

É possível que a duração do AM tenha efeito protetor em relação ao aparecimento de alguns tipos de câncer. Nos Emirados Árabes, um estudo caso-controle, composto por 117 pacientes com idades entre dois e 14 anos, com leucemia linfocítica aguda, linfoma de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin, e por 117 controles pareados por idade, sexo e etnia, mostrou que a duração mediana da amamentação entre os pacientes foi significativamente menor do que nos controles, sete meses e dez meses, respectivamente ($P < 0,0001$). AM até seis meses de duração, quando comparado com AM por mais de seis meses, foi associado com taxas de aumento de chances para todos esses tipos de câncer ($OR = 2,47$; IC 95% 1,17 - 5,25). Na análise multivariada, a duração do AM continuou a ser um preditor de neoplasias linfoides ($P=0,015$). Em conclusão, o AM com duração superior a seis meses pode proteger contra a leucemia aguda e linfomas (BENER et al., 2001).

Também tem sido sugerida uma associação entre amamentação e neuroblastoma. Em estudo de caso-controle realizado nos Estados Unidos e Canadá, foram comparadas 393 crianças de seis meses ou mais de idade que tinham neuroblastoma, identificadas através do

Pediatric Oncology Group, e 376 controles pareados por idade, os quais foram identificados e entrevistados por telefone (discagem aleatória). O estudo mostrou que as crianças amamentadas foram menos propensas a ter neuroblastoma (OR= 0,6; IC 95% 0,5 - 0,9). A associação entre amamentação e ausência de neuroblastoma aumentou com a duração da amamentação (0-3 meses: OR= 0,7; IC 95% 0,4 - 1,0; 13 meses: OR= 0,5; IC 95% 0,3 - 0,9), observou-se, pois, que a duração da amamentação foi inversamente associada com a ocorrência de neuroblastoma (DANIELS et al; 2002).

É possível, também, que haja associação entre duração do AM e aparecimento de doença celíaca (DC). Uma rigorosa meta-análise sobre o efeito do AM sobre o desenvolvimento de DC descobriu que crianças amamentadas no momento da introdução do glúten tiveram uma redução de 52% na chance de desenvolvimento de DC, quando comparadas a seus pares que não foram amamentados no tempo de introdução de glúten (OR= 0,48; IC 95% 0,40 - 0,59). Os autores procederam a uma estimativa de quantos casos de DC poderiam ser evitadas no Reino Unido, se houvesse maiores taxas de AM. Concluíram que, se todos os bebês fossem amamentados no momento da introdução do glúten, isso resultaria na prevenção de mais de 2.500 casos de DC por ano (AKOBENG et al., 2006).

Experiência sueca também deu algumas pistas sobre o papel protetor da amamentação sobre DC. As crianças suecas que estavam sendo amamentadas na primeira exposição ao glúten mostraram menor chance de desenvolvimento de DC que seus pares alimentados com fórmulas (OR= 0,59; IC 95% 0,42 - 0,83). Se a amamentação era continuada, havia uma maior redução de chance de desenvolvimento de DC (OR= 0,36; IC 95% 0,26 - 0,51) (PERSSON et al., 2002).

3.5 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Há evidências na literatura de que existe um efeito gradiente-dependente entre duração do AM e desenvolvimento cognitivo da criança.

No ensaio clínico randomizado de Kramer et al. (2008) na Bielorrússia, já mencionado anteriormente, as crianças do grupo que recebeu intervenção de promoção do AM tiveram médias mais altas em todas as medidas de inteligência das escalas *Wechsler* Abreviada: diferença média de 7,5 pontos (IC 95% 0,8 - 14,3) para o QI verbal; de 2,9 pontos (IC 95% - 3,3 - 9,1) para o desempenho de QI; e de 5,9 pontos (-1,0 - 12,8) para o QI em grande escala. Outro importante estudo associando duração do AM e desempenho cognitivo foi realizado em Copenhague, Dinamarca. Nesse estudo de coorte prospectivo, duas amostras independentes (uma com 973 homens e mulheres e outra com 2.280 homens, todos adultos jovens) foram avaliadas com dois diferentes testes de inteligência. Após ajustes para 13 potenciais fatores de confusão, as médias da escala *WAIS* QI foram 99,4, 101,7, 102,3, 106,0 e 104,0, respectivamente, para os indivíduos amamentados por menos de um mês, por 2-3 meses, por 4-6 meses, por 7-9 meses e por mais de 9 meses. As pontuações médias correspondentes no teste *Borge Priens Prove* (BPP) foram 38,0, 39,2, 39,9, 40,1 e 40,1 ($P= 0,01$) (MORTENSEN et al., 2002). Esse estudo e o de Kramer et al. (2008) fornecem fortes evidências de que uma maior duração do AM melhora o desenvolvimento cognitivo dos indivíduos.

3.6 PROMOÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO

É praticamente consenso que os atos de amamentar e ser amamentado podem ser muito prazerosos para a mãe e para a criança, favorecendo e fortalecendo o vínculo afetivo

entre elas. Amamentar é um momento de intimidade e de troca de afeto entre a mãe e a criança, gerando sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e realização na mulher (GIUGLIANI, 2005). O olhar amoroso e o contato físico carinhoso durante o ato da amamentação fazem com que as necessidades emocionais da criança sejam mais facilmente supridas. A amamentação também é uma importante forma de comunicação entre a mãe e a criança através do toque e do olhar.

Embora não haja estudos que comprovem cientificamente essas afirmações, é de se esperar que uma amamentação bem sucedida, mais prolongada, exerça uma influência positiva na relação entre mãe e filho. Um dos poucos estudos nesta área, realizado na Nova Zelândia com uma coorte de 999 crianças entre as idades de 15 e 18 anos, observou que as crianças que foram amamentadas por mais tempo (≥ 8 meses) percebiam suas mães como sendo mais cuidadosas em comparação com crianças alimentadas com mamadeira (FERGUSON; WOODWARD, 1999).

3.7 DESENVOLVIMENTO CRANIOFACIAL E MOTOR-ORAL

O aleitamento materno, além dos benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais, também tem efeitos positivos na saúde fonoaudiológica da criança, uma vez que está relacionado ao crescimento e desenvolvimento craniofacial e motor-oral do recém-nascido. A literatura tem apontado a importância da sucção durante o aleitamento materno, pois promove o desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulatórios quanto à mobilidade, força, postura, desenvolvimento das funções de respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala. Dessa forma reduz a presença de maus hábitos orais e de várias patologias fonoaudiológicas (GIMENEZ et al., 2008; FURTADO; VEDOVELLO, 2007). Em um estudo

recentemente realizado em Porto Alegre (RS), crianças que haviam sido amamentadas por doze meses ou mais tiveram um risco de 56% menor de apresentar distocclusão dos três aos cinco anos, quando comparadas com crianças amamentadas por menos tempo, após controle para possíveis fatores de confusão como uso de chupeta e mamadeira (SILVA, 2010).

3.8 PROTEÇÃO CONTRA DOENÇAS MATERNAS

Uma maior duração da amamentação apresenta vantagens não apenas para a criança, mas também para a mulher que amamenta.

Estudo americano com mais de 150.000 enfermeiras estimou que o risco de diabetes diminuiu em 15% para cada ano de lactação, mesmo após ajuste para múltiplos fatores de confusão, incluindo dieta, exercícios e índice de massa corporal, em mulheres que tiveram filhos nos 15 anos anteriores à pesquisa (STUEBE, 2005).

A duração do AM também está associada à incidência de síndrome metabólica em mulheres em idade reprodutiva. Conforme estudo multicêntrico de base populacional e coorte prospectiva, realizado com 1.399 mulheres norte-americanas nulíparas e sem síndrome metabólica basal, maior duração da lactação foi associada com menor incidência de síndrome metabólica por anos após o desmame, entre mulheres com ou sem história de diabetes melito gestacional (DMG), após controle de variáveis sociodemográficas, características do estilo de vida e índice de massa corporal. A incidência da síndrome metabólica foi maior em mulheres que amamentaram um mês ou menos que em mulheres que amamentaram por mais de nove meses ($p < 0,001$). As reduções de risco associadas à maior duração da lactação foram mais fortes no grupo com DMG (IC 95% 0,14 - 0,56) que no grupo sem DMG (IC 95% 0,44 - 0,61) (GUNDERSON et al., 2010).

Uma maior duração do AM está associada com menor risco de pelo menos três tipos de câncer em mulheres: câncer de mama, de ovário e de útero.

Revisão de 47 estudos realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles sugere que o AM pode reduzir o risco de câncer de mama em 4,3% para cada ano de lactação (IC 95% 2,9 - 5,8), bem como pode diminuí-lo em 7,0% (IC 95% 5,0 - 9,0) para cada nascimento, independentemente da origem das mulheres (países desenvolvidos *versus* não desenvolvidos). Estimou-se que a incidência de câncer de mama nos países desenvolvidos seria reduzida em mais de 50% (de 6,3% para 2,7%) se as mulheres amamentassem por mais tempo (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORES IN BREAST CANCER, 2002). Outros estudos confirmaram esse efeito gradiente-dependente entre duração do AM e redução do risco de câncer de mama. Estudo caso-controle na província de Shandong, na China, com 404 mulheres com câncer de mama e igual número de controles, encontrou associação inversa significativa entre duração da amamentação e chance de contrair câncer de mama. Para as mulheres que amamentaram por mais de 24 meses por criança, o *odds ratio* foi de 0,46 (IC 95% 0,27 - 0,78) quando comparadas com aquelas que amamentaram por 1-6 meses por criança. Chance significativamente reduzida de câncer de mama também foi encontrado em mulheres cuja duração da lactação totalizou 73-108 meses (OR = 0,47; IC 95% 0,23 - 0,95) e para aquelas que amamentaram por ≥ 109 meses (OR= 0,24; IC 95% 0,11 - 0,53) (ZHENG et al., 2000). E em mulheres coreanas, observou-se que amamentar por 11-12 meses reduziu em 54% o risco de câncer de mama, em comparação com amamentação por 1-4 meses (KIM et al., 2007).

Em relação ao câncer de ovário, por meio de dados de duas grandes coortes prospectivas (*Nurses' Health Study* e *Health Nurses' Study II*) com até 16 anos de acompanhamento, foi possível constatar proteção significativa contra o aparecimento da

doença com amamentação por 18 meses ou mais, em relação a não amamentação (RR= 0,66; IC 95% 0,46 - 0,96). Para cada mês de AM, o RR diminuiu 2% (DANFORTH et al., 2007). Esse efeito gradiente-dependente também foi encontrado em mulheres da Califórnia, Estados Unidos, porém apenas para câncer de ovário não-mucinoso de células claras e endometrioides (TUNG et al., 2003).

Também para o câncer de endométrio, há relatos de redução no risco de aparecimento desse tipo de câncer associada com o tempo total de lactação da mulher e o tempo de amamentação de cada criança. A relação entre lactação e câncer de endométrio foi avaliada com dados de seis países, incluindo quatro países em desenvolvimento, que foram coletados para um estudo multinacional de caso-controle de base hospitalar realizado entre 1979 e 1988. Ao todo, 136 casos foram comparados com 933 controles, pareados por idade, hospital e ano da entrevista. Houve significativa diminuição do aparecimento da doença com um maior tempo de AM e mais meses de amamentação por gravidez. O risco foi menor nas mulheres que tinham amamentado mais recentemente, tendo o efeito protetor, aparentemente, diminuído com o tempo desde a cessação do AM, de modo que não havia nenhuma evidência para um efeito protetor após 55 anos de idade, mesmo em mulheres que haviam amamentado por mais de cinco anos (ROSENBLATT; THOMAS, 1995). Outro estudo realizado no Japão, envolvendo 155 mulheres com câncer do endométrio e 96 controles, encontrou um maior risco desse câncer entre multíparas que nunca haviam amamentado; os autores referem que o aumento verificado nos casos de câncer de endométrio pode estar relacionado à diminuição da prática de amamentar e da paridade de mulheres do Japão (OKAMURA et al., 2008).

Amamentar por prazo maior também pode estar associado com a redução da incidência de artrite reumatoide. Em um estudo de caso-controle, 136 mulheres com artrite reumatoide foram comparadas com 544 controles pareados por idade, com o objetivo de

determinar se a amamentação ou o uso de contraceptivos orais poderiam afetar a chance futura de adquirir a doença, em uma coorte de base comunitária. História mais longa de amamentação foi associada com um risco reduzido de artrite reumatoide para as mulheres com ≥ 13 meses de amamentação (OR= 0,46; IC95% 0,24 - 0,91) e, para aquelas com 1 -12 meses (OR= 0,74; IC95% 0,45 - 1,20), comparadas com aquelas que nunca amamentaram (CAMACHO et al., 2011).

Muitos trabalhos foram publicados mostrando como a amamentação se relaciona à amenorreia pós-parto e ao consequente maior espaçamento intergestacional. Nas populações onde existe a prática da amamentação prolongada em livre demanda, os intervalos gestacionais são grandes e a amenorreia lactacional é o “método anticoncepcional” natural (LABBOK, 2001; KENNEDY; VISNESS, 1992).

Uma maior duração do AM também pode ser interessante para a mulher sob o ponto de vista nutricional. Um estudo brasileiro com 405 mulheres demonstrou que a cada mês a mais de amamentação havia uma média de redução de 0,44 kg no peso das mulheres que apresentavam gordura corporal menor que 30% no início do estudo, e que amamentaram por no mínimo seis meses (KAC et al., 2004).

4 DESMAME

Desmame, nesta dissertação, é definido como cessação do AM (WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNICEF, 1998). Segundo Rea e Cukier (1988), o desmame é o resultado de um processo que faz parte da evolução da mulher como mãe e do desenvolvimento da criança. Sendo assim, ele deveria ocorrer de forma natural, de acordo com a vontade da criança e respeitando o tempo necessário para o seu amadurecimento biológico e emocional. Atualmente, e em especial nas sociedades ocidentais, a amamentação é vista como uma forma de alimentar a criança sob controle total dos adultos. Perdeu-se, assim, a noção de que o desmame é o resultado de um processo e não um fato isolado (GIUGLIANI, 2005).

Sendo o resultado de um processo, não é possível determinar o período exato para o desmame. Vários autores têm procurado estimar o tempo ideal de amamentação para a espécie humana. A antropóloga Katterine Dettwyler abordou a questão com base na zoologia comparada, generalizando uma hipotética idade para o desmame no ser humano a partir dos dados referentes a primatas não humanos, principalmente de gorilas e chimpanzés, devido à semelhança da sua carga genética com a dos humanos. Acredita-se que a idade do desmame nesses animais, assim como em outros mamíferos, seja de natureza genética e instintiva, com algumas influências ambientais. A partir de vários parâmetros que se correlacionam de forma mais ou menos exata com a amamentação, Dettwyler supõe que a idade “programada” do desmame no ser humano seja entre dois anos e meio e sete anos. De fato, estudos etnográficos sugerem que, antes do uso disseminado de outros leites que não o materno, as crianças eram amamentadas por três ou quatro anos, época em que naturalmente elas deixam de mamar (DETTWLER, 1995).

Para Kennedy (2005), a época do desmame nas diferentes sociedades pré-industriais varia de acordo com o acesso mais fácil ou mais difícil a alimentos apropriados para oferecer

à criança. O ser humano, assim como outros mamíferos, se depara com um dilema reprodutivo: de um lado, as demandas da amamentação aumentam o espaçamento entre as gestações, podendo reduzir as taxas de fertilidade; de outro, o desmame precoce implica uma série de riscos, como aumento da morbimortalidade, restringindo o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos e da própria espécie. Para o autor, a duração da amamentação entre humanos do mundo moderno, em sociedades tradicionais, com organização política simples e pouca tecnologia, é de dois a três anos.

4.1 TIPOS DE DESMAME

De acordo com Bengson (1999), o desmame pode ocorrer de várias maneiras, sendo quatro as categorias mais frequentes: desmame abrupto, desmame parcial, desmame planejado ou gradual e desmame natural.

O desmame abrupto é o final súbito da amamentação, com ou sem planejamento prévio. Ele pode ser emocionalmente traumático para a criança, levando-a a sentir-se rejeitada pela mãe, gerando muitas vezes insegurança e certa rebeldia. Na mãe, o desmame abrupto pode causar desconfortos nas mamas, como ingurgitamento mamário, mastite e bloqueio do ducto lactífero, além de tristeza e depressão por luto da perda da amamentação ou por mudanças hormonais.

No desmame parcial, a mãe elimina várias mamadas, mas continua amamentando o filho algumas vezes ao dia.

No desmame gradual, as mamadas vão sendo eliminadas gradualmente ao longo de algum tempo. Normalmente, ele ocorre quando a mãe quer desmamar ou quando se depara com a necessidade de ter que desmamar.

O desmame natural ocorre quando a criança para de mamar por conta própria, o que pode acontecer em diferentes idades, em média entre dois e quatro anos e raramente antes de um ano. Nesse tipo de desmame, a mãe costuma ter participação ativa no processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade. Há sinais que sugerem que a criança está madura para o desmame, tais como: tem mais que um ano de idade, diminui o seu interesse nas mamadas, aceita variedade de outros alimentos, às vezes dorme sem mamar no peito, mostra pouca ansiedade quando encorajada a não mamar, aceita não ser amamentada em certas ocasiões e locais, aceita outras formas de consolo, tem uma relação segura com a mãe e às vezes prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar. No desmame natural, o processo que culmina com a cessação do AM é mais tranquilo e menos estressante para a mãe e para a criança, pois, por respeitar as etapas de desenvolvimento da criança, não impõe adaptações bruscas à rotina da criança e da família, uma vez que as mudanças vão se dando naturalmente. Além disso, o desmame natural auxilia a criança a desenvolver-se com autoconfiança, na medida em que é ela quem decide quando não necessita mais ser amamentada (GIUGLIANI, 2005).

A mulher, com frequência, sente-se pressionada a desmamar, muitas vezes contra a sua vontade, sem que ela e a criança estejam prontas para tal. Existem muitos mitos ligados à amamentação supostamente “prolongada”, tais como crença de que o AM além do primeiro ano de vida é danoso para a criança do ponto de vista psicológico, que uma criança jamais desmama por si própria, que a amamentação prolongada é um sinal de problema sexual ou de necessidade materna e não da criança, e que a criança fica muito dependente. Algumas mães, de fato, desmamam para promover a independência da criança sem se darem conta de que o desmame não irá mudar a personalidade da criança. Além disso, o desmame forçado pode

gerar insegurança para a criança, dificultando o processo de independização (BRASIL, 2009c).

4.2 RAZÕES ALEGADAS PELAS MÃES PARA O DESMAME

Ao investigar as razões alegadas pelas mães para o desmame precoce, os estudos identificam causas relacionadas ao próprio leite, à mãe e à criança. Com relação ao leite, as causas mais citadas estão relacionadas a pouca quantidade (RAMOS; ALMEIDA, 2003; BORGES; PHILLIPPI, 2003; WAYLAND, 2004; SIBECO et al., 2005) e à suspeita de o leite ser fraco, não sustentando o bebê (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Entre as causas relacionadas à mãe, algumas são físicas, como doença materna, nova gestação (WAYLAND, 2004; ARAÚJO et al; 2008) e problemas nas mamas (RAMOS; ALMEIDA, 2003; GIUGLIANI, 2004; FERNANDES ; LARA, 2006). Outras causas maternas estão relacionadas a questões emocionais, como nervosismo e ansiedade, falta de paciência, ambiguidade entre o querer/poder amamentar e entre o fardo/desejo de amamentar (RAMOS; ALMEIDA, 2003; ARAÚJO et al; 2008). Outras causas relacionadas à mãe são: dificuldades encontradas para amamentar nos primeiros dias pós-parto (BAPTISTA et al., 2009), falta de experiência e inadequação entre as necessidades da mãe e as do bebê (RAMOS; ALMEIDA, 2003), decisão materna (WAYLAND, 2004), trabalho materno fora do lar (WAYLAND, 2004; VASCONCELOS et al., 2006; RAMOS; RAMOS, 2007; BAPTISTA et al., 2009) e interferências externas (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Entre as causas relacionadas à criança, destacam-se baixo peso de nascimento (BAPTISTA et al., 2009), recusa do bebê em continuar mamando (VOLPINI; MOURA,

2005; WAYLAND, 2004; MESTRINER et al., 2009) e choro do bebê (BARROS et al., 2009).

Carrascoza et al. (2005a) idealizaram estudo que, diferentemente da maioria dos estudos que abordam as alegações maternas para o desmame, visava conhecer as razões alegadas por mães para prolongar o AM dos seus filhos além do primeiro ano de vida da criança. A amostra foi selecionada a partir de 347 mães que ingressaram no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no período de março de 2002 a outubro de 2003 e que tinham filhos com mais de um ano de idade. Das 347 mães, 43 mantinham o aleitamento materno de seus filhos além do primeiro ano de vida, das quais 40 (representando 93% da amostra elegível) foram selecionadas aleatoriamente. As alegações encontradas foram as seguintes: prazer em amamentar, recusa do filho em aceitar mamadeira, praticidade, excesso de leite e sentimento de “dó” pela criança. Somente uma mãe alegou manter o AM por orientação médica.

4.3 FATORES ASSOCIADOS COM A MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO POR DOIS ANOS OU MAIS

Existem muitos estudos sobre determinantes da interrupção precoce do AME e AM, tendo sido identificados fatores socioeconômicos, culturais, demográficos e biológicos. Entre os fatores presentes e comuns em alguns estudos, podem-se citar os seguintes: nível educacional materno baixo (DUONG et al., 2005; VENÂNCIO; MONTEIRO, 2006), bebê ser do sexo masculino (LANDE et al., 2003; BUENO et al., 2003), oferta de complemento ao bebê na maternidade (GIL et al., 2000; ALIKASIFOGLU et al., 2001), idade materna abaixo

de 25 anos (BUENO et al., 2003; DUBOIS; GIRARD, 2003), primiparidade (ALVES et al., 2008; VENÂNCIO et al., 2002), trabalho materno fora do lar (DEARDEN et al., 2002; GONZÁLEZ COSSIO et al., 2003; VIEIRA et al., 2004), consumo de alimentos pré-lácteos (LUDVIGSSON, 2003), uso de chupeta (SOARES et al., 2003; FRANÇA et al., 2007; RAMOS et al., 2008), entre outros.

Outros fatores que têm sido associados à interrupção precoce tanto do AME quanto do AM, ainda que controversos, são a presença física da avó do bebê na família e coabitação com o pai da criança. Enquanto alguns estudos apontam as avós como as pessoas que mais influenciam e apoiam as mães durante a amamentação (MACAULAY et al., 1989; McLORG; BRAYANT, 1989), outros constatam que elas podem influenciar negativamente no AM (SUSIN et al., 2005; SANGALLI et al., 2010).

Em relação à presença do companheiro, a atitude favorável e o apoio do pai da criança favoreceram uma duração maior da amamentação nos estudos de Silveira e Lamounier (2006) e Faleiros et al. (2006). Entretanto, estudo brasileiro mostrou interação negativa entre situação conjugal e idade materna. Entre as mulheres com companheiro, as adolescentes mostraram chance 2,1 vezes maior (IC 95% 1,32 - 3,21) de introduzir leite artificial precocemente quando comparadas com as adultas; já entre as mulheres sem companheiro, a adolescência aparece como um fator protetor para a introdução de leite artificial (OR= 0,24; IC 95% 0,10 - 0,58) (NIQUINI et al., 2009). Outro estudo, também brasileiro, com o objetivo de analisar os fatores que interferiram na duração do AM entre usuárias do Centro de Saúde São Marcos, Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, mostrou que o risco de desmame foi significativamente maior quando o pai da criança tinha opinião desfavorável, manifestava indiferença ou desconhecimento sobre amamentação do que quando ele era claramente favorável ao aleitamento materno (ALVES et al., 2008).

É interessante incluir nesta revisão os resultados do estudo que identificou os fatores de risco para interrupção precoce do AME na população do presente estudo. Estiveram associados com interrupção do AME antes dos seis meses os seguintes fatores: mãe adolescente (*Hazard ratio*= 1,48; IC95% 1,01 - 2,17), acompanhamento pré-natal com menos de seis consultas (*Hazard ratio*= 1,60; IC95% 1,10 - 2,33), uso de chupeta no primeiro mês (*Hazard ratio*= 1,53; IC95% 1,12 - 2,11) e técnica de amamentação inadequada (*Hazard ratio*= 1,29; IC95% 1,06 - 1,58 para cada item desfavorável na pega). O risco de interrupção do AME antes dos seis meses de vida foi 1,72 vez maior (IC95%= 1,11 - 2,67) para as duplas mãe-bebê com apenas um dos quatro fatores de risco, 2,83 vezes maior (IC95%= 1,81 - 4,43) para as duplas com dois fatores e 4,08 vezes maior (IC95%= 2,24 - 7,42) para as duplas que apresentavam três ou quatro fatores, quando comparadas com as duplas que não apresentavam nenhum fator de risco (SANTO et al., 2007).

Outro dado interessante que vale a pena mencionar é que, nesta mesma população, a introdução de outros leites no primeiro mês de vida foi determinante para a interrupção do AM nos primeiros seis meses, o mesmo não ocorrendo com a introdução de água e/ou chá (GIUGLIANI et al., 2008).

Se, por um lado, há muitos estudos sobre os determinantes do desmame precoce, por outro lado ainda são escassos os estudos sobre a prática do AM e desmame em crianças com mais de um ano de idade, e muito pouco se sabe sobre os fatores envolvidos na manutenção do AM por dois anos ou mais, como recomenda a OMS.

A busca em fontes nacionais (SciELO) e internacionais (Pubmed) por estudos que tenham explorado os fatores associados com a manutenção do AM por dois anos ou mais resultou infrutífera. Não foi encontrada nenhuma referência sobre determinantes em saúde

cujos desfechos tenham sido a duração da amamentação recomendada pela OMS, ou seja, AM por dois anos ou mais.

Os estudos referidos a seguir descrevem, de alguma maneira, associações entre diversas variáveis e maior duração do AM, porém, em nenhum deles o objetivo foi o de identificar fatores associados à duração do AM por dois anos ou mais, como o proposto pelo presente estudo.

Coutinho et al. (2010), em revisão da literatura para identificar os fatores determinantes para o AM prolongado (não definido pelos autores), encontraram poucos artigos relacionados ao tema, dificultando assim a análise dos fatores aí envolvidos. Eles concluíram que, embora os fatores determinantes para o AM prolongado ainda sejam pouco estudados, alguns trabalhos mostram que experiência materna com amamentação de filhos anteriores, maior idade materna, relacionamento familiar estável e estruturado e orientação e apoio do profissional de saúde à nutriz influenciaram positivamente a prática continuada da amamentação; já fatores como tipo de parto, intenção materna de amamentar e sentimento em relação ao ato de amamentar não apresentaram influência.

Estudo transversal com 2.857 crianças menores de dois anos de idade para verificar a prevalência do AM correlacionada com variáveis sociodemográficas, realizado em Campinas, SP, observou que as mães adolescentes, as com 35 anos ou mais, as com 5 a 11 anos de estudos, as com profissões de nível técnico, as desempregadas no momento da entrevista e as que não tinham companheiro ofereceram leite materno aos seus filhos por menos tempo (mediana de 120 dias), tornando-se grupos de risco para o desmame precoce. Os índices medianos do AM não foram diferentes entre crianças de diferente sexo, mas foram entre crianças com cor de pele diferente, tendo havido significância em relação ao AM predominante ($p < 0,001$), pois as negras/pardas foram amamentadas por menos tempo (60

dias) que as brancas (90 dias). Assim, as crianças pardas e negras têm risco 17% maior de receber aleitamento por menos tempo que as brancas; as mulheres sem companheiro têm risco 17% maior de amamentar seus filhos por menos tempo; as de profissão de nível técnico têm risco 12% maior de amamentar por menos tempo que as do lar, e as da área da saúde têm risco 25% menor que as do lar de deixar de amamentar exclusivamente. Portanto, os fatores que garantiram a amamentação por mais tempo foi a mãe viver com seu companheiro, a criança ter pele branca e as mães trabalharem na área da saúde (BERNARDI et al., 2009).

Lima e Osório (2003) realizaram estudo transversal para avaliar o perfil do AM em crianças menores de 25 meses de idade na região Nordeste do Brasil e verificar a associação entre a duração mediana do aleitamento e algumas variáveis demográficas, maternas, de assistência ao parto e culturais. Utilizando os dados obtidos do banco de dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996, do qual foram selecionadas 813 crianças, verificaram que a duração mediana do AM foi maior nas crianças que residiam em áreas rurais, com o aumento da idade materna e nas crianças que não utilizaram mamadeira. A duração mediana do AM foi de 252,6 dias na área rural e de 183 dias na área urbana, sendo a associação entre a duração do AM e a situação dos domicílios estatisticamente significativa ($p < 0,001$). O percentual de crianças amamentadas foi maior no grupo de mães com mais de 30 anos no decorrer dos 24 meses. A duração mediana para as idades maternas entre 15 e 19 anos foi de 159,3 dias, para as de 20 a 29 anos foi de 183 dias e para as idades acima de 30 anos foi de 265,5 dias ($p = 0,008$). A duração mediana do AM foi significativamente maior para o grupo de crianças que não utilizou mamadeira (562,8 dias) quando comparadas com o grupo que utilizou mamadeira (145,5 dias) ($p < 0,001$).

Estudo realizado para identificar fatores que influenciam a ocorrência do desmame precoce e do aleitamento continuado além do primeiro ano de vida da criança, entre 80 mães

de nível socioeconômico médio e baixo, residentes em Piracicaba, SP, observou diferença estatística relacionada a número total de filhos ($p= 0,001$). Assim, as mães que desmamaram seus filhos antes dos seis meses tinham menos filhos do que as amamentaram além dos 12 meses. Também houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,005$) ao comparar o número de mães que já tinham amamentado previamente pelo menos um filho até os seis meses de vida. No grupo de AM continuado, existia um maior número de mães com experiência prévia em AM (45%). Os dados também mostraram associação entre o estado civil das mães e duração de AM ($p= 0,007$). Observou-se um percentual maior de mães solteiras no grupo de desmame precoce (83,3%) e um maior percentual de mães casadas no grupo do AM continuado (56,7%). Em relação à idade das mães, as pertencentes ao grupo do desmame precoce possuíam idade inferior (média de 22,6 anos) à das mães do grupo do AM continuado (média de 27,2 anos) ($p= 0,003$). Quanto à condição socioeconômica, a maioria das mães do grupo do desmame precoce pertencia à classe média, enquanto a maior parte das mães do grupo do AM continuado pertencia à classe média inferior. Houve ausência de associação entre tipo de parto e duração da amamentação (CARRASCOZA et al., 2005b).

Fujimori et al. (2010) desenvolveram estudo transversal no município de Itupeva, SP, constituído por 261 crianças menores de dois anos, com o objetivo de conhecer a duração do AM e os determinantes associados à sua interrupção segundo perfis de reprodução social das famílias (formas de trabalhar e viver). Eles agruparam as crianças em três grupos sociais homogêneos (GSH): com melhor inserção social (GSH1), com inserção social intermediária (GSH2) e com pior inserção social (GSH3). Os autores observaram que duas variáveis mostraram associação com o tempo de AM nos três grupos - uso de chupeta e uso de mamadeira. As outras variáveis que também afetaram significativamente a duração do AM nos diferentes GSH foram: renda familiar per capita (RFPC) no GSH2 e ordem de

nascimento, número de filhos e escolaridade do pai no GSH3. A RFPC > 1,8 salário mínimo associou-se com maior tempo de AM no GSH2, ou seja, maior renda comportou-se como protetor do AM nesse grupo ($p=0,04$), de forma que, nas famílias com RFPC > 1,8 salário mínimo, a mediana de sobrevivência do AM foi de 7,2 meses, ao passo que naquelas com RFPC < 1,8 salário mínimo a mediana foi de 4,4 meses. No GSH3, a ordem de nascimento interferiu com significância ($p<0,02$) na curva de sobrevivência do AM, com mediana de duração do AM de 4,9 meses para as primogênicas e de 12,0 meses para as crianças de ordem de nascimento da segunda posição em diante. O maior número de filhos também representou mais tempo de AM para as mulheres do GSH3 ($p=0,02$). Ainda no GSH3, a escolaridade do pai interferiu na duração do AM, mas não de forma linear. Crianças cujos pais tinham menos de três anos de estudo apresentaram mediana de duração do AM de 24 meses; a mediana para aquelas cujos pais estudaram de 4 a 11 anos foi de 7,6 meses; as crianças de pais com 12 anos ou mais de estudo apresentaram mediana de 19 meses ($p<0,01$). Permaneceram significativamente associadas à duração do AM apenas as variáveis ordem de nascimento da segunda posição em diante, que se mostrou protetora (OR= 0,65; IC 95% 0,46 - 0,93) e uso de mamadeira (OR=17,13; IC 95% 4,20 - 69,86) e uso de chupeta (OR = 3,05; IC 95% 2,13 - 4,37) que se associaram de forma negativa à duração do AM.

5 JUSTIFICATIVA

Considerando as baixas taxas do aleitamento materno por dois anos ou mais e a importância dessa prática, bem como a escassez de estudos sobre o AM e desmame em crianças com dois anos ou mais, foi realizado o presente estudo, que pretende contribuir para a construção de conhecimentos capazes de subsidiar o trabalho de equipes e profissionais de saúde e o planejamento de ações das políticas públicas da área de saúde, visando prolongar a duração do AM e de auxiliar mães e bebês nesse processo.

6 OBJETIVO

Identificar fatores associados à manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais em uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

7 MATERIAL E MÉTODOS

7.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este é um estudo de coorte, parte prospectivo, parte retrospectivo, em que foram acompanhadas 151 crianças, do nascimento até a idade entre 3 e 5 anos. Com o acompanhamento nos primeiros seis meses, foi possível estudar os fatores associados à interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida e os determinantes e a influência da introdução de água e/ou chá e de leite não humano na duração do AM, do que resultaram duas publicações (SANTO et al., 2007; GIUGLIANI et al., 2008). Com a avaliação odontológica e mastigatória realizada quando as crianças tinham entre três e cinco anos de idade, foi possível avaliar a associação entre AM e ocorrência de distoclusão e a relação entre duração do AM e qualidade da função mastigatória (objeto de outra dissertação). Esta dissertação trata especificamente de identificar os fatores associados à manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais.

7.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada compreende mulheres e seus filhos atendidos na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no ano de 2003. Este é um hospital geral universitário, credenciado como Hospital Amigo da Criança desde 1997, que realiza em torno de 3.500 partos por ano, quase todos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

7.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra para a formação da coorte em 2003, foram adotados os seguintes parâmetros: poder estatístico de 80%, nível de confiança de 95%, risco relativo de 1,3 e prevalência do AME entre crianças menores de seis meses não expostas aos diversos fatores de risco igual a 30%. O número mínimo de sujeitos variou de 180 a 210, dependendo da prevalência da exposição aos diferentes fatores de risco estudados (20% a 70%).

Portanto, com a amostra disponível para a segunda etapa do estudo ($n=151$) e considerando a prevalência do desfecho (AM continuado por 24 meses ou mais) em torno de 30% e $RR=2,0$, foi possível obter poder de no mínimo 80% para todas as variáveis estudadas (prevalências variando de 20 a 80%), com exceção da variável “recebeu fórmula na maternidade”, que necessitaria de um n maior (250 indivíduos).

7.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para a formação da coorte, entre junho e novembro de 2003 foram selecionadas, por sorteio diário, duas duplas mãe-bebê que preenchiam os critérios de inclusão no estudo.

7.4.1 Critérios de inclusão

Foram elegíveis para participar do estudo duplas mãe-bebê com as seguintes características: recém-nascidos saudáveis, não gemelares, com peso de nascimento igual ou

superior a 2.500 g, em alojamento conjunto, que tivessem iniciado a amamentação, e que residiam no município de Porto Alegre.

7.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as duplas que por problemas da mãe ou do bebê tiveram que ser separadas.

7.5 COLETA DE DADOS

7.5.1 Do nascimento aos seis meses

A coleta de dados, nesse período, foi realizada entre os meses de junho de 2003 e maio de 2004 e ocorreu em seis momentos diferentes: na maternidade, aos sete dias e ao final do primeiro, segundo, quarto e sexto meses de vida do bebê. Na maternidade, entre o segundo e o terceiro dia pós-parto, as mães foram entrevistadas com o objetivo de se obterem informações sobre as variáveis de interesse, entre elas, dados sociodemográficos. Aos sete dias de vida do bebê, as duplas mãe-bebê foram visitadas em seus domicílios, sendo realizada entrevista para obtenção de informações sobre alimentação da criança na primeira semana de vida, apoio da família, uso de chupeta e problemas com as mamas. No final do primeiro mês, era realizada nova visita domiciliar, sendo aplicado o mesmo questionário utilizado aos sete dias. No segundo, quarto e sexto mês de vida do bebê, foram realizadas entrevistas por telefone, com o intuito de se obterem dados sobre a alimentação da criança no período entre a última entrevista e a atual, uso de chupeta e apoio familiar. As duplas foram acompanhadas até o sexto mês desde que os bebês estivessem sendo amamentados. Nas situações em que a mãe

não pôde ser contatada via telefone, foi realizada visita domiciliar. Os questionários padronizados para a coleta de dados nesse período encontram-se nos Apêndices A, B e C.

7.5.2 Aos 3-5 anos

Entre fevereiro de 2007 e dezembro de 2008, quando as crianças tinham entre três e cinco anos de idade, as mães foram contatadas por telefone e convidadas a participarem da segunda etapa do estudo. Nesse momento, foram agendadas entrevistas, conforme suas disponibilidades, em consultório gentilmente cedido por pesquisadora autora de outro estudo que utilizou a mesma amostra. Quando as mães não puderam ser contatadas por telefone ou na impossibilidade de comparecerem ao consultório, o contato e/ou entrevistas foram realizadas nos domicílios. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora desta dissertação. As informações colhidas no momento da entrevista foram registradas em questionário que contemplava questões relacionadas à prática do AM e ao processo de desmame das crianças (Apêndice D).

7.6 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO

7.6.1 Variável dependente (desfecho)

Aleitamento materno por dois anos ou mais.

Adotando-se as definições da OMS, foi considerada em aleitamento materno a criança que recebia leite materno diretamente da mama ou ordenhado, acompanhado ou não de outro alimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

7.6.2 Variáveis independentes

- idade materna (em anos completos): dado informado pela mãe na época do nascimento da criança, categorizado em < 20 anos e ≥ 20 anos.
- cor da mãe: dado informado pela mãe e categorizado em cor branca e não branca.
- escolaridade da mãe: dado informado pela mãe (em anos completos) e categorizado em < 8 anos e ≥ 8 anos.
- tipo de parto: dado coletado na planilha do Centro Obstétrico e categorizado em vaginal e cesariana.
- presença de companheiro: dado informado pela mãe e categorizado em sim (quando o companheiro residia com a mãe) e não.
- coabitação com a avó do bebê: dado informado pela mãe e categorizado em sim (coabitação com avó materna e/ou coabitação com avó paterna) e não.
- experiência prévia com amamentação: dado informado pela mãe e categorizado em média de duração da amamentação dos filhos anteriores $< seis$ meses e $\geq seis$ meses.
- paridade: dado coletado na planilha do Centro Obstétrico e categorizado em primigesta e dois filhos ou mais.
- tabagismo durante o período de gestação e de lactação: dado informado pela mãe e categorizado em sim ou não.
- número de consultas no acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em < 6 consultas e ≥ 6 consultas.
- orientação sobre lactação no acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.

- sexo da criança: dado verificado na maternidade e categorizado em masculino e feminino.
- uso de chupeta (utilização de chupeta em qualquer período desde o nascimento da criança até o término da coleta de dados): dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- consumo de fórmula láctea na maternidade: dado coletado do prontuário e categorizado em sim e não.
- idade da criança quando começou a receber água e/ou chá (em dias de vida): dado informado pela mãe durante o acompanhamento ao longo dos primeiros seis meses.
- idade da criança quando começou a receber outro leite que não o materno (em dias de vida): dado informado pela mãe durante o acompanhamento ao longo dos seis primeiros meses.
- idade da criança quando começou a receber alimentos semissólidos ou sólidos (em dias de vida): dado informado pela mãe durante o acompanhamento ao longo dos seis primeiros meses.
- idade da criança quando a mãe começou a trabalhar (em dias de vida): dado informado pela mãe.

7.7 EQUIPE DE TRABALHO

7.7.1 Primeira etapa do estudo

A equipe de trabalho contou com os seguintes componentes na primeira parte do estudo (recrutamento dos sujeitos e acompanhamento nos primeiros seis meses):

- orientadora, que orientou e supervisionou todas as fases da pesquisa.

- quatro alunas de pós-graduação (três no nível de mestrado e uma no nível de doutorado), cujas dissertações e tese foram defendidas e aprovadas em 2005 e 2006, respectivamente.
- seis bolsistas de iniciação científica, que colaboraram na coleta dos dados do seguimento.

7.7.2 Segunda etapa do estudo

- orientadora, que orientou e supervisionou todas as fases da pesquisa.
- três alunas de pós-graduação, no nível de mestrado (a autora, uma fonoaudióloga e uma odontologista).

7.8 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi elaborado com a utilização do programa Excel, versão 2003, mediante dupla digitação dos dados. As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0.

Para a análise estatística bivariada, os testes utilizados foram: teste t (variáveis contínuas de distribuição simétrica), Mann-Whitney (variáveis contínuas de distribuição assimétrica) ou qui-quadrado de Pearson (variáveis categóricas). O desfecho (aleitamento materno por dois anos ou mais) e as variáveis de interesse foram submetidos ao modelo hierárquico de Poisson, em que as variáveis foram sendo introduzidas em cinco blocos. Esse modelo de análise enfatiza a importância das variáveis indicativas do contexto socioeconômico e familiar, hierarquicamente superiores às demais, as quais foram sendo gradualmente introduzidas no modelo, obedecendo a hierarquização. Assim, primeiramente foi feita análise para testar associação entre o desfecho e as variáveis contidas no primeiro

bloco. O próximo passo foi testar a associação incluindo no modelo as variáveis do segundo bloco mais as variáveis que atingiram nível de significância de $p < 0,10$ na análise anterior, e assim sucessivamente. As variáveis que entraram no modelo por atingir nível de significância de $p < 0,10$ permaneceram no modelo até o final, por serem consideradas potenciais confundidores. O modelo final incluiu apenas variáveis associadas com o desfecho, com os respectivos riscos relativos (RR) observados na fase da análise em que elas entraram no modelo. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. A escolha das variáveis em cada bloco baseou-se em conhecimento acumulado embasado pela literatura. As variáveis introduzidas no modelo foram, na sua maioria, categóricas. Para as variáveis relacionadas à idade em que a criança começou a receber água e/ou chás, leite não materno, ou alimentos sólido-semisólidos, foram utilizados dados contínuos.

O grau de associação entre as diversas variáveis e o desfecho foi estimado por meio de risco relativo (RR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

7.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este é um estudo com risco mínimo para os participantes, de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde). Todas as candidatas foram informadas sobre o estudo e somente participaram após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E). Foram garantidos o anonimato das participantes e a utilização dos resultados somente para fins de pesquisa. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Anexo A).

REFERÊNCIAS

- Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breastfeeding on risk of celiac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child*. 2006; 91:39-43.
- Alikasifoglu M, Erginoz E, Gur ET, Baltas Z, Beker B, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish woman. *J Hum Lact*. 2001; 17:220-6.
- Alves CRL, Goulart EMA, Colosimo EA, Goulart LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Cad Saude Publica*. 2008; 24:1355-67.
- Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras de Enfermagem*. 2008; 61:488-92.
- Araújo MFM, Rea MF, Pinheiro KA, Schmitz BA. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para a idade infantil. *Rev Saude Publica*. 2006; 40:513-20.
- Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 2^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em: 10 out. 2010.
- Baptista GH, Andrade AHHK, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25:596-604.
- Barros VO, Cardoso MAA, Carvalho DF, Gomes MMR, Ferraz NVA, Medeiros CCM. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. *Nutrire: Rev Soc Bras Alim*. 2009; 34:101-14.

Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: 1997; v.11.

Bener A, Denic S, Longer S. Breast-feeding and protection against childhood leukaemia and lymphomas. *Eur J of Cancer*. 2001; 37:234-8.

Bengson D. How weaning happens. Illinois: La Leche League International; 1999.

Bernardi JLD, Jordão RE, Barros Filho AA. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. *Rev Nutr. Campinas*. 2009; 22:867-78.

Boccolini CS, Boccolini PML. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas capitais brasileiras e Distrito Federal 2008. *Epidemiol Serv Saude*. 2011; 20:19-26.

Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2003; 11:287-92.

Bowlby, J. A natureza da ligação da criança com a mãe. In: Soczka L, ed. *As ligações infantis*. Lisboa: Bertrand; 1976. p.105-53.

Brasil. OPS. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. (Serie A, Normas e manuais técnicos, 107).

Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher- PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c. (Caderno de Atenção Básica, 23).

Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Imeno AS, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saude Publica*. 2003; 19:1453-60.

Camacho EM, Harrison M, Farragher TM, Lunt M, Bunn DK, Verstappen SMM, Symmons DPM. Parity, time since last live birth and long-term functional outcome: a study of women participating in the Norfolk Arthritis Register. *Ann Rheum Dis*. 2011; 70:642-5.

Carrascoza KC, Junior ALC, Ambrosano GBA, Moraes ABA. Prolongamento da amamentação após o primeiro ano de vida: argumentos das mães. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005a; 21: 271-7.

Carrascoza KC, Junior ALC, Ambrosano GBA, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005b; 22:433-40.

Center for Disease Control. Breastfeeding trends and updated national health objectives for exclusive breastfeeding- United States, birth years 2000-2004. *MMWR*. 2007; 56:760-3. Disponível em: <http://www.cdc.gov>. Acesso em: 16 fev. 2010.

Clemens JD, Stanton B, Stoll B, Shahid NS, Banu H, Chowdhury AK. Breast feeding as a determinant of severity in shigellosis: evidence for protection throughout the first three years of life in Bangladeshi children. *M J Epidemiol*. 1986; 123:710-20.

Collaborative Group Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50.302 women with breast cancer and 96.973 women without the disease. *Lancet*. 2002; 360:187-95.

Coutinho R, Vieira G, Vieira T. Fatores determinantes para o aleitamento materno prolongado. In: XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, Anais, UEFS, Feira de Santana; 18-22 abr. 2010.

Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control*. 2007; 18:517-23.

Daniels JL, Olshan AF, Pollock BH, Shah NR, Stram DO. Breastfeeding and neuroblastoma, USA and Canada. *Cancer Causes Control*. 2002; 13:401-5.

Dearden K, Altaye M, Maza I, Oliva M, Stone-Jimenez M, Morrow AL, et al. Determinants of optimal breastfeeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Pan Am Public Health*. 2002; 12:185-92.

Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, ed. *Breastfeeding: biocultural perspectives*. New York: Aldine de Gruyter; 1995. p.39-73.

Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study on Child Development in Quebec (LSCDQ 1998-2002). *Can J Public Health*. 2003; 94:300-5.

Duong DV, Lee AH, Binns CW. Determinants of breastfeeding within the first 6 months postpartum in rural Vietnam. *J Paediatr Child Health*. 2005; 41:338-43.

European Commission; EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg: Directorate Public Health and Risk Assessment; 2004.

Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006; 19:623-30.

Fergusson DM, Woodward LJ. Breastfeeding and later psychosocial adjustment. *Pediatric Perinatal Epidemiol.* 1999; 13:144-57.

Fernandes RAQ, Lara ACL. Amamentação: auxiliando as mães no domicílio, após a alta hospitalar. Disponível em: Online.braz.j.nurs. 2006. Acesso em: 19 nov.2010.

Fomon SJ. Nutrition of normal infants. St. Louis: Mosby; 1993.p.6-14.

de França GVA, Brunken GS, Solanyara, da Silva M, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica.* 2007; 41:711-8.

Fujimori E, Minagawg AT, Laurenti D, Montero RMJM, Borges ALV, Oliveira IMV. Duração do aleitamento materno em menores de dois anos de idade em Itupeva, São Paulo, Brasil: há diferenças entre os grupos sociais? *Rev Bras Saud Mater Infant.* 2010; 10:39-49.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação mundial da infância, 2011. Disponível em: WWW.unicef.org/sowc2011. Acesso em: 10 abr.2011.

Furtado ANM, Vedovello Filho M. A Influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não-nutritivos e na ocorrência de mal oclusão na dentição decídua. *RGO.* 2007; 55:335-41.

Gil OS, Lorenzo JCA, Diaz AJL, Rodriguez DM, Suárez MMM. Prevalencia y duración de la lactancia materna em Asturias. *Gac Sanit.* 2000; 15:104-10.

Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA, Berkey CS, Frazier L, Rockett HRH, et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA*. 2001; 285:2461-7.

Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008;13(2):70-83.

Giugliani ERJ. Evolução histórica da amamentação. In: Santos Jr. LA, ed. *A mama no ciclo gravídico puerperal*. São Paulo: Atheneu; 2000.p.3-6.

Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr. (Rio J)*. 2004; 80:147-54.

Giugliani ERJ. Desmame: fatos e mitos. *Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria*. 2005. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 10 dez. 2010.

Giugliani ERJ, Espírito Santo LC, Oliveira LD, Aerts DRGC. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Develop*. 2008; 84:305-10.

González-Cossio T, Moreno-Macias H, Rivera JÁ, Villalpando S, Shamah-Levy T, Monterrubio EA, et al. Práticas de lactancia materna em México: resultados de la segunda encuesta nacional de nutrición 1999. *Salud Publica Mex*. 2003; 45 (suppl 4):S1-14.

Gunderson EP, Jacobs DR Jr, Chiang V, Lewis CE, Feng J, Quesenberry CP Jr, et al. Duration of lactation and incidence of the metabolic syndrome in women of reproductive age according to gestational diabetes mellitus status: a 20-year prospective study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults). *Diabetes*. 2010; 59:495-504.

Helsing E, Saadeh R. Breastfeeding trends in a global perspective. *Nu, Nytt U-Landshalsavard*. 1991; 5:4-9.

Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.

Issler RMS, Giugliani ERJG, Seffrin CF, Justo EB, Carvalho NM, Hartmann RM. Hábitos alimentares no primeiro ano de vida estudo de uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 1990; 10:141-5.

Jellife DB, Jellife EFP. The uniqueness of human milk: introduction. *Am J Clin Nutr*. 1971; 24:968-9.

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; 362:65-71.

Kac G, Benício MHDA, Velasquez-Melendez G, Valente JG, Struchiner CJ. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *Am J Clin Nutr*. 2004; 79:487-93.

Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet*. 1992; 339:227-30.

Kennedy GE. From the ape's dilemma to the weaning's dilemma: early weaning and its evolutionary context. *J Hum Evol*. 2005; 48:123-45.

Kim WF, Choi JY, Lee KM, Park SK, Ahn SH, Noh DY, et al. Dose-dependent protective effect of breastfeeding against breast cancer among ever-lactated women in Korea. *Eur J Cancer Prevention*. 2007; 16:124-9.

Kramer MS, Barr RG, Degenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286:322-6.

Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and cognitive development. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65:578-84.

Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48:143-58.

Lande B, Andersen LF, Baerug A, Tygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatr*. 2003; 92:152-61.

Liese AD, Hirsch T, Mutius E von, Keil U, Leupold W, Weiland SK. Inverse association of overweight and breastfeeding in 9 to 10-y-old children in Germany. *Int J Obesity*. 2001; 25:1644-50.

Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da região Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2003; 3:305-14.

Ludvigsson JF. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolivia. *BMC Pediatr*. 2003; 22:3-5.

Macaulay AC, Hanusaik N, Beauvais JE. Breastfeeding in the Mohawk community of Kahnawake: revisited and redefined. *Can J Public Health*. 1989; 80:177-81.

Martin RM, Ness AR, Gunnell D, Emmett P, Smith GD. Does breastfeeding in infancy lower blood pressure in childhood? *Circulation*. 2004; 109:1259-66.

McLorg PA, Bryant CA. Influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. *Med Anthropol*. 1989; 10:265-78.

Mestriner MS, Mellin AS, Silva AL. Amamentação e desmame: estudo com mães usuárias de ambulatório do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2009; 3:21-6.

Ministério da Saúde. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes. Resoluções RDC ANVISA nº 221 e 222. 2002.

Molbak K, Gottschau A, Aaby P, Hojlyng N, Ingholt L, da Silva AP. Prolonged breastfeeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *BMJ*. 1994; 308:1403-6.

Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*. 2002; 287:2365-71.

Mukuria AG, Kathari MT, Abderrahim N. Infant on young child feeding update. 2006. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/NUT1/NUT1.pdf>. Acesso em: out. 2010.

Naghattini AV, Belem JMF, Salgado CM, Vasconcelos J, Huber M, Seronni EMX, et al. Avaliação dos fatores de risco e proteção associados à elevação da pressão arterial em crianças. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94:486-91.

Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Leal MC. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, município do Rio de Janeiro, 2007. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12:446-57.

Okamura C, Tsubono Y, Ito K, Niikura H, Takano T, Nagase S, et al. Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study. *Tohoku J Exp Med*. 2006; 208:109-15.

Pérez-Escamilla R. Breastfeeding patterns in nine Latin American and Caribbean Countries. *Bull Pan Am Health Organ*. 1993; 27:32-42.

Persson LA, Ivarsson A, Hernell O. Breastfeeding protects against celiac disease in childhood-epidemiological evidence. *Adv Exp Med Biol.* 2002; 503:115-23.

Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr (Rio J).* 2003; 79:385-90.

Ramos VW, Ramos JW. Aleitamento materno, desmame e fatores associados. *Ceres: Nutrição e Saúde.* 2007; 2:43-50.

Ramos CV, de Almeida JAG, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad Saude Publica (Rio J).* 2008; 24:1753-62.

Rea MF, Berquo E. Impact of the Brazilian National Breastfeeding Programme on mothers in greater Sao Paulo. *Bull World Health Organ.* 1990; 68:365-71.

Rea MF, Cukier R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Rev Saude Publica.* 1988; 22:184-91.

Rosenblatt KA, Thomas DB. Prolonged lactation and endometrial cancer. *J Epidemiol.* 1995; 24:499-503.

Roth DE, Caulfield LE, Ezzati M, Black RE. Acute lower respiratory infections in childhood: opportunities for reducing the global burden through nutritional interventions. *Bull World Health Organ.* 2008; 86:356-64.

Sadauskaite-Kuehene V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev.* 2004; 20:150-7.

Sangalli CN, Henriques FN, Oliveira LD. A influência das avós no aleitamento materno exclusivo. *Rev HCPA.* 2010; 30:153-60.

Santo LCE, Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007; 34:212-9.

Sibeko L, Dhansay MA, Charlton KE, Johns T, Gray-Donald K. Beliefs, attitudes, and practices of breastfeeding mothers from a periurban community in South Africa. *J Hum Lact*. 2005; 21:31-8.

Sigulen DM, Tudisco ES. Aleitamento natural em diferentes classes de renda no município de São Paulo. *Arch Latino Am Nutr*. 1980; 30:400-16.

Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1990.

Silva FC. Contribuição do aleitamento materno prolongado para a prevenção da distocclusão na dentição decídua [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22:69-77.

Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saude Publica*. 2009; 43:60-9.

Snijders BEP, Thijs C, Dagnelie PC, Stelma FF, Mommers M, Kummeling I, et al. Breastfeeding duration and infant atopic manifestations, by maternal allergic status, in the first 2 years of life. *J Pediatr*. 2007; 151: 347-51.

Soares MEMS, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79:309-16.

Stuart-Macadam P. Breastfeeding in prehistory. In: Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, eds. Breastfeeding. biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter; 1995. p.75-99.

Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. JAMA. 2005; 294:2601-10.

Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. Rev Saude Publica. 2005; 39:141-7.

Sydronio K. A Enfermagem brasileira tecendo as redes do conhecimento no assistir em amamentação [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira; 2006.

Taren D, Chen J. A positive association between extended breastfeeding and nutritional status in rural Hubei Province, People's Republic of China. Am J Clin Nutr. 1993; 58:862-67.

Tung KH, Goodman MT, Wu AH, Mc Duffie K, Wilkens LR, Kolonel LN, et al. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: multiethnic case-control study. Am J Epidemiol. 2003; 158:629-38.

Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no Estado do Pernambuco. Rev Bras Saude Matern Infant. 2006; 6:99-105.

Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. Public Health Nutr. 2006; 9:40-6.

Venancio SI, Escuder MML, Kitoki P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev Saude Publica. 2002; 36:313-8.

Vieira GO, de Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saude Matern Infant (Recife)*. 2004; 4:143.

Vogazianos E, Vogazianos P, Fiala J, Janecek D, Slapak I. The effect of breastfeeding and its duration on acute otitis media in children in Brno, Czech Republic. *Cent Eur J Public Health*. 2007; 15:143-6.

Volpini CCA, Moura CE. Early weaning determinants in a district of Campinas, Brazil. *Rev Nutr*. 2005; 18:311-9.

Zheng T, Duan L, Liu Y, Zhang B, Wang Y, Chen Y. Lactation Reduces Breast Cancer Risk in Shandong Province, China. *Am J Epidemiol*. 2000; 152: 1129-35.

Wayland C. Breastfeeding patterns in Rio Branco, Acre, Brazil: a survey of reasons for weaning. *Cad Saude Publica*. 2004; 20:1757-61.

World Health Organization /UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1; 1998.

World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet*. 2000; 355:451-5.

World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs. Geneva: WHO; 2003.

World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. Washington, DC; 2007.

ARTIGO

FATORES QUE FACILITAM OU DIFICULTAM O CUMPRIMENTO DA RECOMENDAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO POR DOIS ANOS OU MAIS: ESTUDO DE COORTE.

Elisa Justo Martins¹
Elsa Regina Justo Giugliani²

RESUMO

OBJETIVO: Identificar fatores associados à manutenção do aleitamento materno por 2 anos ou mais. **MÉTODOS:** Estudo de coorte com 151 duplas mãe-bebê selecionadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada na maternidade, aos 7 e 30 dias no domicílio, aos 60, 120 e 180 dias por contato telefônico e quando as crianças tinham entre 3 e 5 anos, em visitas domiciliares. Para testar as associações entre o desfecho (aleitamento materno por 2 anos ou mais) e as variáveis, utilizou-se regressão de Poisson seguindo modelo hierárquico. **RESULTADOS:** Mostraram-se associados de forma positiva com o desfecho: permanência da mãe em casa com a criança nos primeiros seis meses de vida (RR=2,13; IC95% 1,12-4,05), não uso de chupeta (RR=2,45; IC95% 1,58-3,81), época da introdução de outro leite na dieta da criança (RR=1,001; IC95% 1,001 -1,002 a cada dia sem a introdução de outro leite) e de chás e/ou água (RR= 1,005; IC 95% 1,001-1,009 a cada dia sem a introdução desses líquidos). Coabitação com o pai da criança mostrou associação negativa com o desfecho (RR=0,61; IC95% 0,37-0,99). **CONCLUSÕES:** Para aumentar o número de mulheres que cumprem com a recomendação de aleitamento materno por dois anos ou mais, no caso da população estudada, seria importante, além de desestimular o uso da chupeta e a introdução precoce de outro leite e de água e/ou chá na dieta da criança, incluir a figura paterna nas intervenções e ter um olhar diferenciado para as mulheres que ainda não gozam do direito da licença maternidade de seis meses.

Descritores: aleitamento materno; desmame; estudo de coorte

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira da UTI Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Doutora. Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina. Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

FACTORS THAT FACILITATE OR HINDER COMPLIANCE WITH THE RECOMMENDATION FOR BREASTFEEDING FOR TWO YEARS OR LONGER: A COHORT STUDY

Elisa Justo Martins¹
Elsa Regina Justo Giugliani²

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify factors associated with continuation of breastfeeding for 2 years or longer. **METHODS:** Cohort study of 151 mother–child pairs recruited at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Data were collected in the maternity ward, at home (at 7 and 30 days), by telephone (at 60, 120, and 180 days), and through home visits (between the third and fifth year of life). Hierarchical Poisson regression modeling was used to test for association between the study endpoint (breastfeeding for 2 years or longer) and the variables of interest. **RESULTS:** The following factors were positively associated with the study endpoint: stay-at-home mothering during the first 6 months of life of the child (RR, 2.13; 95%CI, 1.12 to 4.05), non-use of pacifier/dummy (RR, 2.45; 95%CI, 1.58 to 3.81), and timing of introduction of non-breast milk (RR, 1.001; 95%CI, 1.001 to 1.002 for each day introduction of non-breast milk was delayed) and tea and/or water (RR, 1.005; 95%CI, 1.001 to 1.009 for each day introduction of non-milk fluids was delayed). Cohabitation with the child’s father was negatively associated with the study endpoint (RR, 0.61; 95%CI, 0.37 to 0.99). **CONCLUSIONS:** In order to increase the number of women who comply with the WHO recommendation of breastfeeding their children for two years or longer in the study population, it would be important not only to discourage use of pacifiers/dummies and early introduction of non-breast milk, water, or tea to the child’s diet, but also to ensure that breastfeeding-related interventions include the child’s father figure and target from a distinct standpoint women who have yet to gain the right to 6-month maternity leave.

Keywords: breastfeeding; weaning; cohort study

¹ Master’s candidate, Pediatrics, Graduate Program in Medical Sciences. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). PICU Nurse, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Physician. Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculdade de Medicina da Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

INTRODUÇÃO

Baseada em evidências científicas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam aleitamento materno (AM) por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses¹.

Atualmente muitos benefícios atribuídos ao aleitamento materno são gradiente-dependente, isto é, quanto maior a intensidade e a duração da amamentação, maiores são os benefícios tanto para a criança quanto para a mãe. Muitas mortes de crianças são prevenidas com o aleitamento materno no segundo ano de vida², assim como muitos casos de sobrepeso/obesidade em pré-escolares poderiam ser evitados se a amamentação fosse praticada por dois anos ou mais³. É possível, também, que a duração do aleitamento materno esteja associada ao desempenho cognitivo do indivíduo⁴. E, para a mulher, estima-se que para cada ano de amamentação haja uma redução de 4,3% do risco de câncer de mama⁵ e de 15% do risco de diabetes⁶ e que para cada mês de amamentação o risco de câncer de ovário seja 2% menor⁷.

Apesar desse conhecimento, a duração da amamentação é, em geral, baixa, sobretudo nos países ocidentais. Em torno da metade das crianças no mundo é amamentada por dois anos ou mais⁸; no Brasil, menos da metade é amamentada pelo menos até os 12 meses de idade e apenas um quarto é amamentada na faixa etária entre 18 e 23 meses⁹.

Existem muitos estudos na literatura sobre determinantes da interrupção precoce do aleitamento materno, tendo sido identificados fatores socioeconômicos, culturais, demográficos e biológicos^{10,11,12}. São, porém, escassos os estudos sobre a prática do aleitamento materno e desmame em crianças com mais de um ano de idade e pouco se sabe sobre os fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais,

como recomenda a OMS. Por isso, este estudo, com o intuito de contribuir para ampliar o conhecimento sobre os determinantes das práticas alimentares de crianças nos primeiros anos de vida, teve como objetivo pesquisar os fatores associados à manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais, identificando, assim, algumas características das mulheres que seguem a recomendação atual sobre duração do aleitamento materno. Este estudo é parte de uma pesquisa mais abrangente que estudou aspectos relacionados à duração do aleitamento materno exclusivo¹³, a influência de algumas práticas na interrupção precoce do aleitamento materno¹⁴ e a relação entre duração do aleitamento materno e oclusão dentária¹⁵.

MÉTODOS

Este é um estudo de coorte, parte prospectiva e parte retrospectiva, que acompanhou 151 duplas mãe-bebê, desde o nascimento das crianças até a idade de três a cinco anos. Os nascimentos ocorreram entre os meses de junho e novembro de 2003 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no ano de 2003. Este é um hospital geral universitário, credenciado como Hospital Amigo da Criança desde 1997, que realiza em torno de 3.500 partos por ano, quase todos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram incluídas no estudo, por sorteio, duplas mãe-bebê (duas por dia), que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: mães residentes no município de Porto Alegre com recém-nascidos saudáveis, não-gemelares e com peso de nascimento igual ou superior a 2.500 g, em alojamento conjunto, que tivessem iniciado a amamentação. As duplas que tiveram que ser separadas por problemas da mãe ou do bebê foram excluídas do estudo.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira, do nascimento aos seis meses de idade da criança, e a segunda, quando a criança tinha entre três e cinco anos de

idade. Na primeira etapa, foram obtidas informações na maternidade por meio de entrevista com as mães entre o segundo e terceiro dias pós-parto, aos sete e 30 dias por visitas domiciliares e aos 60, 120 e 180 dias por telefone, ou nos domicílios na impossibilidade de contato telefônico. Para a segunda etapa, as mães foram contatadas por telefone e convidadas para uma entrevista com foco na prática do aleitamento materno e aspectos relacionados ao desmame de suas crianças. Nesse momento, foram agendadas entrevistas, conforme suas disponibilidades, em consultório gentilmente cedido por pesquisadora autora de outro estudo que utilizou a mesma amostra e, na impossibilidade de comparecerem ao consultório, o contato e/ou entrevistas foram realizadas nos domicílios. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora desta dissertação, utilizando questionário padronizado. Adotando-se as definições da OMS, foi considerada em aleitamento materno a criança que recebia leite materno diretamente da mama ou ordenhado, acompanhado ou não de outros alimentos, e em aleitamento materno exclusivo aquela que recebia apenas leite materno, sem nenhum outro alimento, incluindo água ou chás¹⁶. O banco de dados foi elaborado com a utilização do programa Excel, versão 2003, mediante dupla digitação dos dados. As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0.

Para a análise estatística bivariada, os testes utilizados foram: teste t (variáveis contínuas de distribuição simétrica), Mann-Whitney (variáveis contínuas de distribuição assimétrica) ou qui-quadrado de Pearson (variáveis categóricas). O desfecho (aleitamento materno por dois anos ou mais) e as variáveis de interesse foram submetidos ao modelo hierárquico de Poisson, no qual as variáveis foram sendo agrupadas em cinco blocos. Esse modelo de análise enfatiza a importância das variáveis indicativas do contexto socioeconômico e familiar, hierarquicamente superiores às demais, as quais foram sendo

gradualmente introduzidas no modelo, obedecendo a hierarquização, conforme mostra a figura 1. Assim, primeiramente foi feita análise para testar associação entre o desfecho e as variáveis contidas no primeiro bloco. O próximo passo foi testar a associação, incluindo no modelo as variáveis do segundo bloco mais as variáveis que atingiram nível de significância de $p=0,10$ na análise anterior, e assim sucessivamente. As variáveis que entraram no modelo por atingir nível de significância de $p<0,10$ permaneceram no modelo até o final, por serem consideradas potenciais confundidores. O modelo final incluiu apenas variáveis associadas com o desfecho, com os respectivos riscos relativos (RR) observados na fase da análise em que elas entraram no modelo. Um valor de $p<0,05$ foi considerado significativo. A escolha das variáveis em cada bloco baseou-se em conhecimento acumulado com base na literatura. As variáveis introduzidas no modelo foram, na sua maioria, categóricas. Para as variáveis relacionadas à idade em que a criança começou a receber água e/ou chás, leite não materno, ou alimentos sólido-semisólidos, foram utilizados dados contínuos. O grau de associação entre as diversas variáveis e o desfecho foi estimado por meio de (RR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

Em vista do número de sujeitos disponíveis para este estudo e considerando a prevalência do desfecho (AM continuado por 24 meses ou mais) em torno de 30% e $RR=2,0$, foi possível obter poder de no mínimo 80% para todas as variáveis estudadas (prevalências variando de 20% a 80%), com exceção da variável “recebeu fórmula na maternidade”, que necessitaria de um n maior (250 indivíduos).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESULTADOS

Das 220 duplas mãe-bebê incluídas no estudo de coorte, 151 (69%) concluíram o estudo. Portanto, ao longo do seguimento houve 69 perdas: três por recusa em permanecer no estudo, três por mudança de cidade e 63 por não localização da família (Figura 2). A comparação das duplas mãe-bebê que concluíram o estudo com as que foram perdidas ao longo do seguimento mostrou semelhança entre os dois grupos quanto às principais características, com exceção da cor da pele das mães, visto que havia maior quantidade de mães de cor branca entre as duplas perdidas (80% versus 66,2%). No entanto, essa variável não se associou com aleitamento materno por dois anos ou mais ($p=0,985$).

A idade mediana das crianças na época da entrevista foi de 49 meses (P25=44; P75=56), com variação entre 40 e 64 meses. As principais informações sobre a amostra que participou da segunda etapa do estudo são apresentadas na Tabela 1. Cerca de um terço das crianças ($n=49$; 32,5% IC 95% 25,3%-40,2%) foi amamentada por dois anos ou mais. A duração mediana do aleitamento materno foi de 11,5 meses, ou 345 dias (IC 95%: 7,4 meses a 15,6 meses ou IC 95%: 222,5 dias a 467,5 dias). Nove crianças (6%) permaneciam sendo amamentadas na época da entrevista.

A Tabela 2 mostra a associação entre o desfecho e as diversas variáveis consideradas. Das quatro variáveis do primeiro bloco e das cinco variáveis incluídas no terceiro bloco nenhuma continuou no modelo, por ausência de associação significativa com o desfecho. Das três variáveis do segundo bloco, duas (mãe coabita com o pai da criança e mãe permaneceu em casa com a criança nos primeiros seis meses) permaneceram no modelo. O mesmo ocorreu com a variável não uso de chupeta, introduzida no quarto bloco, e com as variáveis idade em que a criança começou a receber outro leite e início do uso de chás e/ou água, introduzidas no quinto bloco.

O modelo final hierárquico de Poisson mostrou que a manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais foi 2,1 e 2,4 vezes mais frequente, respectivamente, entre mães que permaneciam em casa com a criança nos primeiros seis meses de vida e aquelas cujos filhos não tiveram o hábito de usar chupeta. A probabilidade do desfecho foi 0,1% maior a cada dia de não uso de outro leite pela criança e 0,5% maior a cada dia de adiamento da introdução de chás e/ou água.

DISCUSSÃO

Este estudo tem o mérito de ser um dos primeiros a explorar os fatores associados com a manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais, como recomenda a Organização Mundial de Saúde. De todos os fatores estudados, cinco se mostraram associados com esse desfecho: coabitação com o pai da criança, oportunidade da mãe permanecer com a criança em casa nos primeiros seis meses, hábito do uso da chupeta, idade da criança quando iniciou o uso de outro leite em sua dieta, e idade da criança quando da introdução de chás e/ou água.

A figura paterna tem sido reconhecida como fator de proteção ao desmame precoce¹⁷. Neste estudo, paradoxalmente, a presença mais constante do pai interferiu negativamente na manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais. Entre os fatores envolvidos nessa associação, pode-se supor o desconhecimento por parte do homem da recomendação da duração do aleitamento materno e a importância do cumprimento dessa recomendação. É possível, também, que muitos homens interpretem a amamentação mais prolongada como algo desnecessário e até mesmo prejudicial. Além disso, alguns podem desestimular a mulher a continuar amamentando por considerar que ela dispensa muito tempo ao filho, em detrimento do tempo que poderia ser dedicado a eles. De fato, a coabitação com o marido/companheiro pode acarretar uma maior demanda para a mulher, sobretudo em culturas

em que o homem não divide as tarefas domésticas com ela. Além disso, alguns sentimentos vivenciados pelo homem podem estar contribuindo para essa associação, tais como ciúme, sentimento de exclusão, desvalia¹⁸. São necessários mais estudos, sobretudo com metodologia qualitativa, para elucidar alguns dos mecanismos envolvidos nessa associação. Por exemplo, teria a relação do casal a mesma influência na manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais que a relatada para o desmame precoce¹⁹?

Já é fato conhecido que o trabalho materno dificulta o aleitamento materno, sobretudo o exclusivo^{20,21}. Mas este é o primeiro estudo a mostrar que a oportunidade de a mãe permanecer em casa nos primeiros seis meses de vida da criança pode influenciar positivamente na manutenção da amamentação por dois anos ou mais. A permanência da mãe em casa com a criança nesse período oportuniza a amamentação exclusiva por mais tempo e, conseqüentemente, maior duração do aleitamento materno²². Além disso, a maior convivência com a criança pode estreitar o vínculo mãe-filho, favorecendo a continuação do aleitamento materno. Este achado vem contribuir para os argumentos em favor da ampliação da licença maternidade de quatro para seis meses para todas as mulheres brasileiras.

É praticamente consenso que o uso de chupeta está associado com desmame precoce^{12, 23,24} e menor duração do aleitamento materno exclusivo¹³. Este estudo mostrou que esse hábito pode interferir negativamente também na manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais. É possível que crianças que usam chupeta solicitem menos o peito, resultando em desmame mais precoce. É possível também que as mães que cumprem com a recomendação de não oferecer chupeta aos seus filhos, apesar da pressão para oferecer esse artefato, sejam mais informadas e mais sensibilizadas quanto às boas práticas relacionadas com a saúde da criança, incluindo a recomendação de amamentar por dois anos ou mais. Em

Porto Alegre, quase 60% das crianças menores de um ano utilizam chupeta²⁵; na presente amostra, 73,5% das crianças utilizaram chupeta em alguma época da vida.

Há evidências de que a introdução precoce de outros leites na dieta da criança diminui a duração do aleitamento materno^{26, 27}. Na primeira etapa deste estudo, pôde-se constatar que a introdução de outro leite no primeiro mês de vida teve impacto muito maior na interrupção do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do que a introdução de outros líquidos como chás e/ou água¹⁴. Com a continuação do acompanhamento dessas duplas mãe-bebê, foi possível não só constatar que essa associação se mantém ao longo do tempo, como dimensionar a contribuição de cada dia sem a introdução de outro leite para a manutenção do aleitamento materno além dos dois anos.

O período da introdução de chás e/ou água na dieta da criança foi outro fator associado com a manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais, diferentemente do comportamento identificado na interrupção da amamentação nos seis primeiros meses de vida nesta população¹⁴. Isto sugere que essa associação ocorre mais pelo não cumprimento da mãe/cuidador de algumas das recomendações gerais sobre aleitamento materno (como, por exemplo, não oferecer água e/ou chás nos primeiros seis meses) do que por algum fator de ordem biológica, interferindo na produção do leite.

Já a época de introdução dos alimentos complementares não mostrou qualquer associação com o desfecho.

É importante que alguns aspectos metodológicos deste estudo sejam discutidos. A perda de sujeitos no seguimento é alta, mas esse é um problema comum em estudos de coorte, sobretudo em populações com alta mobilidade, como é o caso da população estudada. No entanto, acreditamos que viés de seleção não seja um problema relevante neste estudo, considerando a semelhança nas características principais entre a população perdida no

seguimento e a que concluiu o estudo. A possibilidade de viés de memória deve ser considerada, haja vista haver um intervalo longo no seguimento após os primeiros seis meses. No entanto, o desfecho (interrupção do aleitamento materno) costuma ser um fato marcante na vida da mulher, razão pela qual elas costumam lembrar-se com relativa precisão da data em que esse evento ocorreu²⁸. O fato de o desfecho não considerar uma data específica e, sim, um período (dois anos ou mais), certamente minimiza um possível viés de memória. A data da introdução de outros alimentos na dieta da criança costuma ser mais afetada pelo viés de memória. Entretanto, neste estudo, esses dados foram coletados prospectivamente, ao longo dos seis primeiros meses.

Acreditamos que os resultados deste estudo possam ser generalizados para populações com graus de exposição semelhantes às diversas variáveis. Em populações com características diversas, é possível que outros fatores estejam associados com a manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais. Estudos como este em distintos locais podem elucidar essa questão.

Concluindo, os resultados deste estudo são inéditos e revelam que os fatores comumente associados com o término precoce da amamentação ou com a duração da amamentação exclusiva não são necessariamente os mesmos que estão envolvidos na manutenção da amamentação por dois anos ou mais. Por exemplo, entre os fatores associados com o término da amamentação exclusiva antes dos seis meses de idade na população estudada estavam pouca idade materna (menos que 20 anos) e número inadequado de consultas pré-natais (menos que seis), os quais não se mostraram associados, no presente estudo, com a manutenção da amamentação por dois anos ou mais. Esse fato é relevante, porque pode ter implicações no planejamento de ações de incentivo ao aleitamento materno. Assim, se a meta for aumentar o número de mulheres que cumprem com a recomendação da

OMS de aleitamento materno por dois anos ou mais, no caso da população estudada seria importante, além de desestimular o uso da chupeta e a introdução precoce de chás e/ou água e outro leite na dieta da criança, incluir a figura paterna nas intervenções e ter um olhar diferenciado para as mulheres que ainda não gozam do direito da licença maternidade de seis meses.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. OPS. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. (Serie A, Normas e manuais técnicos, n 107).
2. World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet*. 2000; 355:451-5.
3. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saude Publica*. 2009; 43:60-9.
4. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and cognitive development. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65:578-84.
5. Collaborative Group Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50.302 women with breast cancer and 96.973 women without the disease. *Lancet*. 2002; 360:187-95.
6. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*. 2005; 294:2601-10.

7. Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control*. 2007; 18:517–23.
8. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação mundial da infância, 2011. Disponível em: WWW.unicef.org/sowc2011. Acesso em 19 nov. 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher-PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80:147-54.
11. Ramos CV, de Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79:385-90.
12. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.* 2006;19:623-30.
13. Santo LCE, Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007; 34:212-9.
14. Giugliani ERJ, Espirito Santo LC, Oliveira LD, Aerts DRGC. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Develop*. 2008; 84:305-10.
15. Silva FC. Contribuição do aleitamento materno prolongado para a prevenção da distocclusão na dentição decídua [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
16. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. Washington, DC; 2007.

17. Brito RS, Oliveira EMF. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2006 jun;27(2):193-202
18. Pontes PCM, Alexandrino AC, Osório MM. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84:357-64.
19. Falceto OG, Giugliani ERJ, Fernandes CL. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J Am Board Fam Pract*. 2004; 17:173-83.
20. Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saude Publica, Rio de Janeiro*. 2007; 23:2403-9.
21. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP, et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2005; 5:155-62.
22. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11: 442-52.
23. Soares MEMS, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79:309-16.
24. de França GVA, Brunken GS, Solanyara, da Silva M, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica*. 2007; 41: 711-8.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: 2009.

26. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, Bonilha ALL. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saude Publica*. 2008; 42:607-14.
27. Volpini CCA, Moura EC. Determinantes do desmame precoce no Distrito Noroeste de Campinas. *Rev Nutr*. 2005; 18:311-9.
28. Kuschnir K. Maternidade e amamentação: biografia e relações de gênero intergeracionais. *Sociologia, problemas e práticas*. 2008; 56:85-103.

Figura 1 - Variáveis contidas nos blocos conforme modelo hierárquico de Poisson

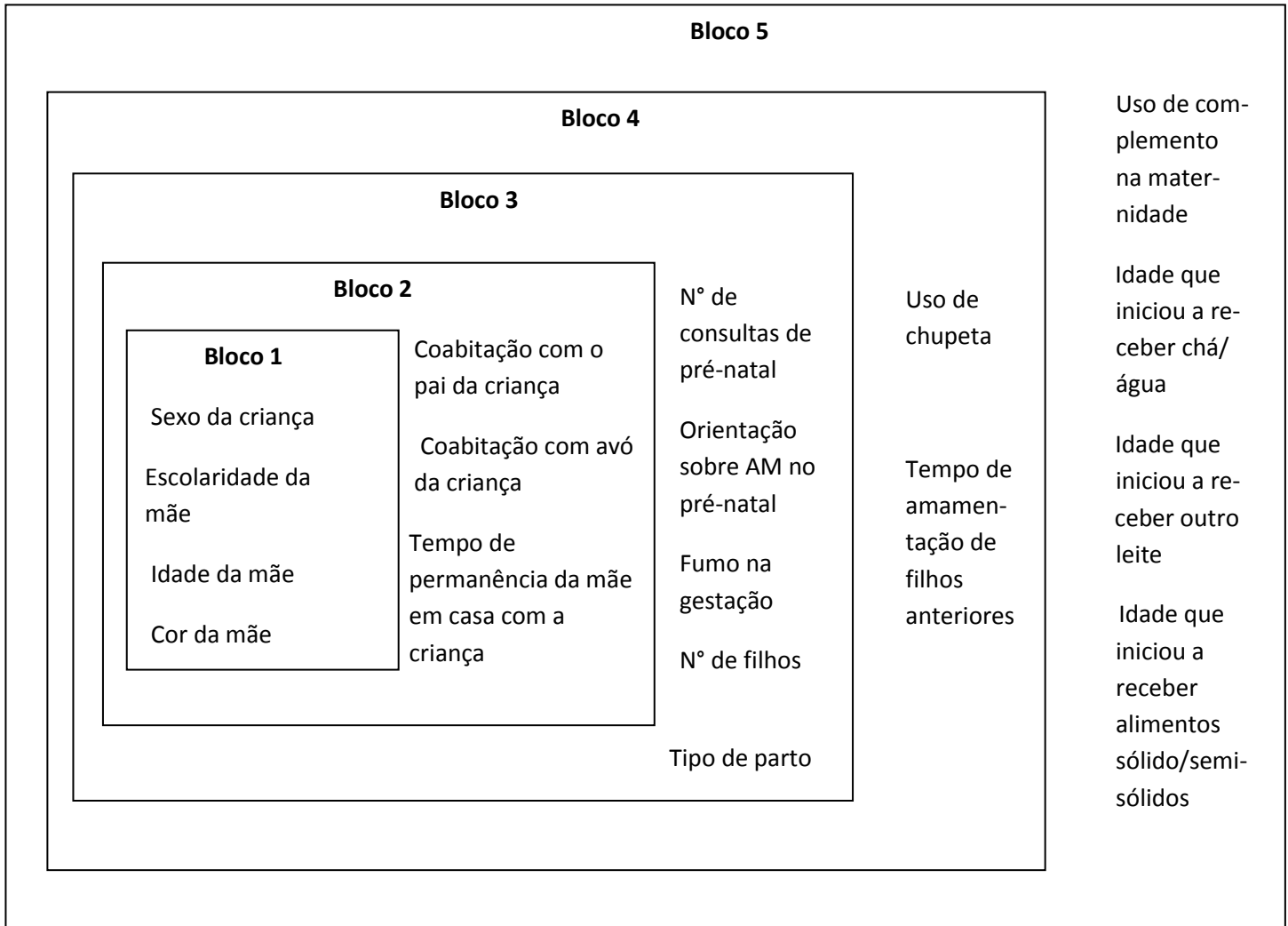


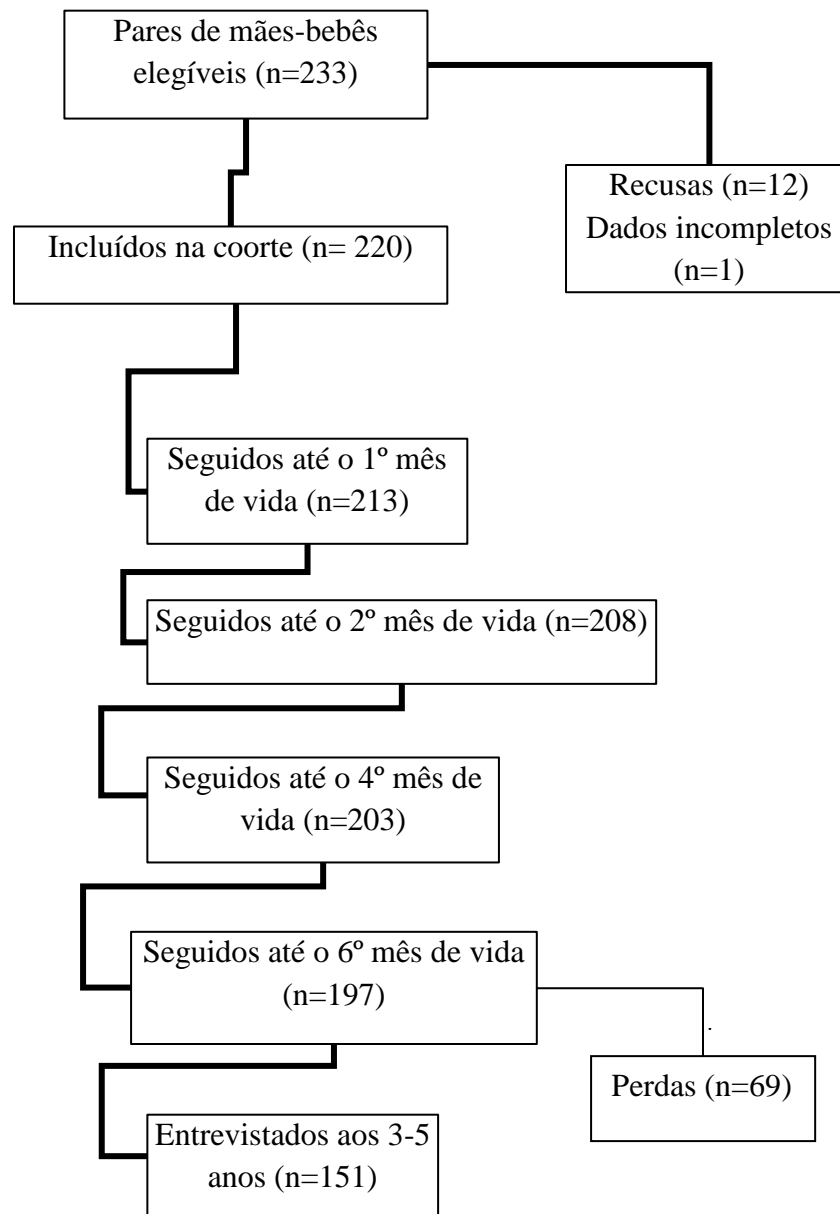
Figura 2- Diagrama do seguimento da coorte do nascimento até a idade entre 3-5 anos

Tabela 1 – Dados sobre as mães e crianças que constituíram a amostra (n=151)

Variáveis	n (%)
Criança do sexo feminino	81 (53,6)
Primeiro filho	75 (49,7)
Idade da mãe ≥ 20 (na época do nascimento da criança)	113 (74,8)
Mãe de pele branca	100 (66,2)
Escolaridade da mãe ≥ 8 anos	96 (63,6)
Parto vaginal	107 (70,9)
Mãe com média de amamentação de filhos anteriores ≥ 6 meses	41 (2,2)
Mãe coabita com pai da criança	121 (80,1)
Mãe mora com sua mãe e/ou sogra	81 (53,6)
Número de consultas pré-natais ≥ 6	118 (78,1)
Mãe recebeu orientação sobre aleitamento materno no acompanhamento pré-natal	56 (37,1)
Mãe fumou durante a gestação	31 (20,5)
Criança recebeu complemento na maternidade	18 (11,9)
Mãe permaneceu em casa com a criança nos primeiros 6 meses	42 (29,6)
Idade em que a criança começou a receber água e/ou chá (dias) – Mediana (P25 – P75)	80 (15 – 125)
Idade em que a criança começou a receber outro leite (dias) – Md (P25 – P75)	115 (45 – 240)
Idade em que a criança começou a receber alimentos sólidos ou semissólidos (dias) – Md (P25 – P75)	150 (120 – 180)
Hábito do uso de chupeta em algum momento	111 (73,5)

Tabela 2 – Resultados da regressão de Poisson para a análise de associação entre manutenção da amamentação por dois anos ou mais e variáveis selecionadas

Blocos	Variáveis	RR (IC 95%)	p
1	Criança do sexo feminino	0,84 (0,53 – 1,33)	0,458
	Escolaridade mãe \geq 8 anos	0,96 (0,59 – 1,57)	0,864
	Idade mãe \geq 20 anos	1,15 (0,65 – 2,04)	0,622
	Mãe de pele branca	1,01 (0,62 – 1,67)	0,960
2	Mãe coabita com o pai da criança	0,61 (0,37 – 0,99)	0,047
	Mãe mora com sua mãe e/ou sogra	0,93 (0,59-1,47)	0,769
	Mãe permaneceu em casa com a criança nos primeiros seis meses	2,13 (1,12 – 4, 05)	0,021
3	Nº consultas pré-natais \geq 6	0,78 (0,47 – 1,28)	0,320
	Mãe recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal	0,95 (0,57 – 1,57)	0,830
	Mãe não fumou na gestação	0,84 (0,50 – 1,43)	0,520
	Mãe não primigesta	1,08 (0,65 – 1,75)	0,782
4	Parto vaginal	1,64 (0,88 – 3,08)	0,122
	Não uso de chupeta	2,45 (1,58 – 3,81)	<0,001
	Mãe com média de amamentação de filhos anteriores $>$ ou $=$ 6 meses	1,08 (0,66 – 1,7)	0,762
5	Criança não recebeu complemento na maternidade	1,06 (0,60 – 1,74)	0,853
	Idade em que a criança passou a receber água e/ou chás (dias)	1,005 (1,001 – 1,009)	0,009
	Idade em que a criança começou a receber outro leite (dias)	1,001 (1,001 – 1,002)	<0,001
	Idade em que a criança começou a receber alimentos sólidos e semissólidos (dias)	0,994 (0,985 – 1,003)	0,183

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as baixas taxas de AM por dois anos ou mais no Brasil e a escassez de estudos sobre os fatores que facilitam ou dificultam essa prática, foi realizada a presente pesquisa com a finalidade de identificar fatores associados à manutenção do AM por dois anos ou mais.

Verificou-se que, na população estudada, permanência da mãe em casa nos primeiros seis meses, ausência do hábito de usar chupeta e introdução mais tardia de chás e/ou água e outro tipo de leite na dieta da criança foram fatores que parecem facilitar o cumprimento da recomendação da OMS de AM por dois anos ou mais, ao passo que coabitação com o pai da criança foi fator que aparentemente dificulta tal prática. Esses fatores diferem dos associados com o término precoce da amamentação exclusiva nesta mesma população, indicando que é preciso conhecer melhor os determinantes da manutenção do AM por dois anos ou mais ao se planejarem ações que visem a esse objetivo.

Este estudo teve o mérito de ser o primeiro a explorar os fatores envolvidos no cumprimento da recomendação da OMS de amamentação por dois anos ou mais. No entanto, ele não responde a alguns questionamentos, tais como a influência do ambiente, da personalidade materna, das relações familiares, da cultura, entre outros, na manutenção do AM por esse período. Além disso, o estudo trouxe novos questionamentos, tais como quais os fatores envolvidos na associação entre coabitação com o pai da criança e duração do AM.

Assim, se a meta for aumentar o número de mulheres que cumprem com a recomendação da OMS, é necessário que outros estudos, sobretudo qualitativos, sejam realizados a fim de identificar fatores associados ao AM por dois anos ou mais. No caso da população estudada, para que a amamentação seja mantida por esse período, seria importante

não só estabelecer estratégias e ações educativas de qualidade que abordem a interferência do uso de chupeta e mamadeira na duração do AM, incluindo a figura paterna nessa e em outras intervenções, mas também ter um olhar diferenciado para as mães trabalhadoras que ainda não gozam do direito da licença maternidade de seis meses, auxiliando-as no que diz respeito às alternativas que lhes permitam manter a prática ideal do aleitamento materno.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO INICIAL (MATERNIDADE)

Número: □□□

Nome da mãe: _____	
Registro: _____	Nome do bebê: _____
Endereço: _____	
Bairro: _____	
Telefones: _____	
Ônibus: _____	Ponto de referência: _____
Parada: _____	
Pretende mudar de endereço? () não () sim Quando? _____	
Para qual? _____	
Pretende ir para a casa de outra pessoa após a alta? Se sim, quem e qual o endereço? _____	
Melhor horário para visita domiciliar: _____ qualquer horário ()	
Dia da semana: _____	

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
01. Data de nascimento do bebê Hora:	DNBEBE	□□□□□□
02. Dia da semana (em números)	DIASEM	□
03. Tipo de parto: (1) vaginal (2) cesárea	TIPARTO	□
04. Sexo do bebê: (1) feminino (2) masculino	SEXOB	□
05. Peso de nascimento do bebê: _____g	PNBEBE	□□□□
06. Cor da mãe: (1) branca (2) mulata (3) negra (4) outra	CORM	□
07. Idade da mãe: _____anos	IDADEM	□□
08. Situação marital: (1) mora com companheiro (2) não mora com companheiro (3) não tem companheiro	MARIMAE	□
09. A mãe do bebê mora no mesmo terreno com: (1) sua mãe (2) sua sogra (3) outros. Quem? _____ (8) NSA.:	MAEMORA	□
10. Renda familiar: R\$ _____ Sal. Min.: _____ (88) não sabe/não informou	RENDFAM	□□

11. Quantas pessoas vivem com essa renda: _____	NPESSOA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Renda per capita: R\$ _____ Sal. Min.: _____	RENDAPC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Quantos anos de estudo completos você tem? _____	ESCOLAM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Você fez pré-natal? (1) sim (2) não	PRENATAL	<input type="checkbox"/>
15. Se sim, número de consultas: _____ (88) NSA	CONSUPRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Durante seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (4) não (8) NSA	ORIENPRE	<input type="checkbox"/>
17. No PRÉ-NATAL, recebeu orientações de como posicionar o bebê para mamar? (1) sim (2) não (8) NSA	ORIENPOSI	<input type="checkbox"/>
18. Você participou de algum grupo ou curso pré-natal? (1) sim (2) não	CURSOPRE	<input type="checkbox"/>
19. No CURSO ou GRUPO, recebeu orientações de como posicionar o bebê para mamar? (1) sim (2) não (8) NSA	CURSOPOS	<input type="checkbox"/>
DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO		
20. Quantos filhos vivos você teve antes deste? _____	FILHOVI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Por quanto tempo os filhos anteriores foram amamentados (em meses)? Começar pelo filho mais velho A _____ B _____ C _____ D _____ E _____ (88) NSA	DURAM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Tempo de vida do bebê em horas: _____	HORAVIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. A mãe e o bebê foram acompanhados pela equipe de lactação do hospital? (1) sim (2) não	VISILACT	<input type="checkbox"/>
24. Bebê recebeu complemento durante a hospitalização? (1) sim (2) não	COMPLEM	<input type="checkbox"/>

Data da entrevista:

Entrevistadora:

1 Enilda Weigert

2 Luciana Oliveira

3 Maristela França

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO AOS 7 E 30 DIAS

Número: □□□

Nome da mãe: _____	
Registro: _____	Nome do bebê: _____
Endereço: _____	
Bairro: _____	
Telefones: _____	
Ônibus: _____	Ponto de referência: _____
Parada: _____	
Pretende mudar de endereço? () não () sim Quando? _____	
Para qual? _____	
Pretende ir para a casa de outra pessoa após a alta? Se sim, quem e qual o endereço? _____	
Melhor horário para visita domiciliar: _____ qualquer horário ()	
Dia da semana: _____	

ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ		
01. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não	BEBEMAM	<input type="checkbox"/>
O seu bebê está recebendo algum destes alimentos?		
02. Água (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	BEBAGUA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANAG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04. Chá (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	BEBCHA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANDCH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06. Suco de frutas (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	BEBESUC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANSUC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08. Leite (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	BELEITE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUALEIT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro (8) NSA	TIPLEIT	<input type="checkbox"/>

11. Leite engrossado (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	LEITENG	<input type="checkbox"/>
12. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QDOLENG	<input type="checkbox"/>
13. Seu bebê recebe mamadeira com qualquer tipo de líquido? (1) sim (2) não	MAMADE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar _____	OTRALIM	<input type="checkbox"/>
15. Tipo de alimentação (1) Aleitamento exclusivo (2) Aleitamento predominante (3) Aleitamento complementado (peito + outros alimentos) (4) Sem aleitamento materno	TIPOALI	<input type="checkbox"/>
16. Duração do aleitamento materno exclusivo em dias: _____ (88) ainda em AME	DURAME	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Duração do aleitamento materno em dias: _____ (88) ainda mamando	DURAM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
APOIO NA AMAMENTAÇÃO		
18. Você está recebendo apoio de seu companheiro para amamentar? (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) nenhum (8) NSA	APOIOCO	<input type="checkbox"/>
19. De mais alguém? (1) sim Quem? _____ (2) não	APOALG	<input type="checkbox"/>
Você recebe ajuda de alguém para:		
20. Cuidar dos afazeres domésticos: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUICASA	<input type="checkbox"/>
21. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUIBEBE	<input type="checkbox"/>
22. Ficar com o bebê enquanto a mãe se ausenta? (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB	<input type="checkbox"/>
23. Ajudar a posicionar o bebê para mamar: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	POSICIO	<input type="checkbox"/>
24. Alimentar o bebê: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8) NSA	ALIMENT	<input type="checkbox"/>
USO DE BICO		
25. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução: _____	BICO	<input type="checkbox"/>
26. Qual a idade em que o bebê começou a chupar bico? _____ dias (88) NSA	IDADBIC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (8) NSA	TODIABI	<input type="checkbox"/>
28. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? (1) sim (2) não	TENTBIC	<input type="checkbox"/>

Data da entrevista:

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO AOS 2, 4, 6 MESES

Número: □□□

Nome da mãe: _____		
Registro: _____ Nome do bebê: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Telefones: _____		
Ônibus: _____ Ponto de referência: _____		
Parada: _____		
Pretende mudar de endereço? () não () sim Quando? _____		
Para qual? _____		
Pretende ir para a casa de outra pessoa após a alta? Se sim, quem e qual o endereço? _____		
Melhor horário para visita domiciliar: _____ qualquer horário ()		
Dia da semana: _____		
ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ		
01. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não	BEBEMAM	<input type="checkbox"/>
O seu bebê está recebendo algum destes alimentos?		
02. Água (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	BEBAGUA	<input type="checkbox"/>
03. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANAG	<input type="checkbox"/>
04. Chá (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	BEBCHA	<input type="checkbox"/>
05. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QUANDCH	<input type="checkbox"/>
06. Suco de frutas (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	BEBESUC	<input type="checkbox"/>
07. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QUANSUC	<input type="checkbox"/>
08. Leite (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	BELEITE	<input type="checkbox"/>
09. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (888) NSA	QUALEIT	<input type="checkbox"/>
10. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro (8) NSA	TIPLEIT	<input type="checkbox"/>
11. Leite engrossado (00) não () sim. Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução _____	LEITENG	<input type="checkbox"/>
12. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê	QDOLENG	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO ENTRE OS 3 E 5 ANOS

Número:

Nome da mãe: _____		
Registro HCPA: _____ Data nascimento criança: _____		
Nome da criança: _____ Idade da criança: _____ meses		
Endereço: _____		
Número: _____ Apto.: _____ Bairro: _____		
Ponto de referência: _____		
Ônibus: _____ Parada: _____		
Telefones: _____		
DADOS DA MÃE		
01. Fumou durante a gravidez? (1) sim (2) não	FUMOGRA	<input type="checkbox"/>
02. Se fumou, quantos cigarros por dia? (1) até 10 (2) 11 a 20 (3) mais do que 20 (88) NSA	CIGARDI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03. Parou de fumar durante a gravidez? (1) sim (2) não (8) NSA	PARFUMG	<input type="checkbox"/>
04. Fumou enquanto amamentava? (1) sim (2) não	FUMAMA	<input type="checkbox"/>
05. Se fumou enquanto amamentava, quantos cigarros por dia? (1) até 10 (2) 11 a 20 (3) mais do que 20 (88) NSA	CIGARMA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06. Parou de fumar enquanto amamentava? (1) sim (2) não (8) NSA	PARFUMM	<input type="checkbox"/>
07. Começou a trabalhar/estudar depois de o bebê completar 6 meses? (1) sim (2) não	TRABEST	<input type="checkbox"/>
08. Se começou a trabalhar/estudar, quantos meses o bebê tinha? _____ (88) NSA	IDBETRA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA		
09. A criança mama no peito? (1) sim (2) não	BEBEMAM	<input type="checkbox"/>
10. Se não mama no peito, com quantos dias ela parou de receber leite materno? _____ (777) <1 mês (888) NSA	PAROPEIT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Com quantos dias de vida a criança começou a receber:		
11. Água: _____ dias (888) NSA	BEBAGUA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Chá: _____ dias (888) NSA	BEBCHA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Suco de frutas: _____ dias (888) NSA	BEBESUC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Leite não humano: _____ dias (888) NSA	BELEITE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Alimentos complementares: _____ dias	OTRALIM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Duração do aleitamento materno exclusivo _____ dias (888) NSA	DURAMEE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

17. Duração do aleitamento materno dias (888) NSA	DURAMM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DADOS RELACIONADOS AO DESMAME		
18. Por qual motivo seu filho (a) parou de mamar no peito?		
19. Como foi o processo da criança parar de mamar no peito?		
20. Classificação do desmame (a ser preenchido pela pesquisadora) : (1) abrupto, por vontade da mãe (2) abrupto, por vontade da criança (3) abrupto, por separação mãe/criança (4) gradual, planejado, com recusa final (5) gradual, não planejado, com recusa final (6) gradual, planejado, sem recusa final (7) gradual, não planejado, sem recusa final (8) ainda mama no peito	PAROAMA	<input type="checkbox"/>
21. Alguma vez você se sentiu pressionada por alguém para parar de amamentar? (1) sim (2) não (8) NSA	PRESSION	<input type="checkbox"/>
Se se sentiu pressionada, por quem foi?		
22. Pelo companheiro (1) sim (2) não (8) NSA	PRESKOM	<input type="checkbox"/>
23. (1) Pela avó materna da criança (2) Pela avó paterna da criança (3) Por ambas as avós da criança (2) não se sentiu pressionada por nenhuma das avós da criança (8) NSA	PRESAVO	<input type="checkbox"/>
24. Pelo médico (1) sim (2) não (8) NSA	PRESMED	<input type="checkbox"/>
25. Por amigos (1) sim (2) não (8) NSA	PRESAMI	<input type="checkbox"/>
26. Por outra pessoa (1) sim (2) não (8) NSA Quem?	PRESOUT	<input type="checkbox"/>
27. Você ficava constrangida por amamentar em público? (1) sim (2) não (8) NSA Se sim, por quê?	CONSTRM	<input type="checkbox"/>
28. Alguma vez alguém criticou você por amamentar em público? (1) sim (2) não (8) NSA Se sim, que crítica foi feita?	CRTIAM	<input type="checkbox"/>

<p>29. Você gostaria de ter amamentado seu filho(a) por mais tempo? (1) sim (2) não (8) NSA</p>	GOSTMAI	<input type="checkbox"/>
<p>30. Se sim, até que idade você pensa que a criança deveria ter mamado? _____ meses (88) NSA Por quê?</p>	GOSTEM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>31. Você pensa que a criança gostaria de ter mamado mais tempo? (1) sim (2) não (8) NSA Por quê?</p>	PAROCER	<input type="checkbox"/>
<p>32. Você teve algum problema com as mamas quando a criança parou de mamar? (1) sim (2) não (8) NSA Se teve problema, qual foi?</p>	PROPARO	<input type="checkbox"/>
<p>33. Como você se sentiu quando seu filho(a) parou de mamar no peito?</p>		
<p>34. Qual a reação da criança quando parou de mamar?</p>		
<p>35. Na época em parou de mamar, o seu filho era uma criança, na maior parte do tempo: (1) calma tranqüila (2) agitada, difícil. (3) outro. Qual? _____ (8) NSA</p>	CRICADI	<input type="checkbox"/>
<p>36. Onde seu filho dormia a maior parte das vezes na época em que mamava no peito? (1) na cama dos pais (2) no quarto dos pais, em cama separada. (3) em outro quarto. (4) em outro local. Qual? _____</p>	DOMAMA	<input type="checkbox"/>

37. Onde seu filho dormia a maior parte das vezes na época em que parou de mamar no peito? (1) na cama dos pais (2) no quarto dos pais, em cama separada. (3) em outro quarto. (4) em outro local. Qual? _____ (8) NSA	DOPAMÁ	<input type="checkbox"/>
38. Quem teve a iniciativa do desmame? (1) a mãe (2) a criança (3) mãe e criança (4) por doença da criança (5) por doença da mãe (6) outro motivo _____ (8) NSA	QUEMDESM	<input type="checkbox"/>
39. Foi preciso recusar o peito à criança depois que ela mamou pela última vez? (1) sim (2) não (3) não lembra (8) NSA	RECUPEI	<input type="checkbox"/>
40. Início do processo de desmame _____ dias (888) NSA	INIDESM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
41. Duração do processo de desmame _____ dias (8) NSA	DUDESM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
42. Tempo entre início da mamadeira com leite e desmame _____ dias (888) NSA	TEMDESM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
USO DE BICO E MAMADEIRA		
43. A criança chupa bico? (1) sim (2) não	CHUBIC	<input type="checkbox"/>
44. Com quantos dias de vida a criança começou a chupar bico? _____ dias (888) NSA	IDADBIC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
45. A criança parou de chupar bico com _____ meses (00) ainda chupa bico (88) NSA	PAROBIC	<input type="text"/> <input type="text"/>
46. A criança chupava bico quando parou de mamar no peito? (1) sim (2) não (8) NSA	BICOPAM	<input type="checkbox"/>
47. A criança usa mamadeira atualmente? (1) sim (2) não (3) não usa mais (4) nunca usou	DEDERA	<input type="checkbox"/>
48. A criança parou de usar mamadeira com _____ meses (00) ainda usa mamadeira (88) NSA	PADDERA	<input type="text"/> <input type="text"/>
49. Impressão da pesquisadora sobre qual o MOTIVO PRINCIPAL para o desmame:		

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Telefone Visita Domiciliar Outro local

Questionário complementar para mães que ainda amamentam

Número:

50. Gostaria de já ter desmamado? (1) sim (2) não	GODESM	<input type="checkbox"/>
51. Se sim, com que idade? _____ meses Por que?	DESMID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
52. Já tentou desmamar? (1) sim (2) não	TENDESM	<input type="checkbox"/>
53. Se sim, por que não conseguiu?		
54. Quantas vezes por dia a criança mama? _____	VEZMAM	<input type="text"/> <input type="text"/>
55. A criança acorda à noite para mamar? (1) sim (2) não	MAMNOI	
56. Tem algum momento especial em que a criança prefere mamar? (1) sim. Qual? _____ (2) não	MOMESP	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE E

Pesquisa O desmame em uma coorte de crianças nascidas no HCPA

Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre desmame das crianças e, para tanto, precisamos entrevistar as mães que tiveram seus bebês na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2003 e participaram da pesquisa sobre alimentação do bebê em 2003 e 2004.

O objetivo desse trabalho é descrever o processo de desmame das crianças que participaram da pesquisa anterior.

Sendo assim, estamos lhe convidando para participar deste trabalho.

A entrevista será realizada por telefone, na sua residência ou em outro local previamente combinado.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento, ficando desde já assegurado o seu anonimato e do seu bebê. A não aceitação em participar da pesquisa não trará nenhum prejuízo para eventuais atendimentos que você ou seu bebê necessitem receber no Hospital de Clínicas. Qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa será esclarecida pela pesquisadora abaixo citada.

Como pesquisadora, assumo toda e qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhe que as informações somente serão utilizadas para o estudo acima mencionado.

Pelo presente termo, declaro que fui esclarecida, de forma detalhada, da justificativa, procedimentos e benefícios do presente estudo. Fui igualmente informada da garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvida ou esclarecimento durante o desenvolvimento da pesquisa.

Estando ciente de todos os procedimentos relatados acima, livremente concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Participante: _____

Pesquisadora: _____

Se necessário, a pesquisadora responsável (Lilian Espírito Santo) poderá ser contatada pelo telefone 97181660 ou Elisa Justo, fone 98478950.

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

20/01/07

ANEXO A

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 06-623**Versão do Projeto:** 26/01/2007**Versão do TCLE:** 26/01/2007**Pesquisadores:**

LILIAN CORDOVA DO ESPIRITO SANTO

ELSA REGINA JUSTO GIUGLIANI

Título: O DESMAME EM UMA COORTE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2007.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

M386f Martins, Elisa Justo

Fatores que facilitam ou dificultam o cumprimento da recomendação de aleitamento materno por dois anos ou mais: estudo de coorte / Elisa Justo Martins; orient. Elsa Regina Justo Giugliani. – 2011.

108 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Aleitamento materno 2. Desmame 3. Lactente 4. Amamentação prolongada 5. Gradiente-dependente. Giugliani, Elsa Regina Justo II. Título.

NLM: WS 125