



ARTIGO ORIGINAL

A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa

Breastfeeding in Montes Claros, Minas Gerais: a representative sample study

Antônio P. Caldeira¹, Eugênio M.A. Goulart²

Resumo

Objetivo: Avaliar a situação do aleitamento materno em Montes Claros, entre crianças menores de dois anos de idade, e determinar variáveis associadas a maior risco de desmame precoce.

Métodos: Neste estudo transversal foram realizadas entrevistas, por equipe treinada, com 602 mães selecionadas aleatoriamente na área urbana de Montes Claros, de setembro a novembro de 1996. A análise de sobrevivência foi o método utilizado para o cálculo da prevalência e da duração mediana do aleitamento materno. O teste do qui-quadrado foi empregado para comparação das proporções, admitindo-se um nível de confiança de 5%. A razão das prevalências (RP) foi utilizada para medir a força das associações, com intervalo de confiança de 95%. A análise de regressão logística foi utilizada para identificar os fatores de risco para o desmame precoce.

Resultados: A duração mediana do aleitamento materno em geral foi de 8,7 meses; entretanto, a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de apenas 27 dias. Os fatores de risco para o desmame precoce foram baixo peso ao nascimento (OR=2,65; IC95%=1,10-6,40), dificuldades iniciais para amamentar (OR=1,86; IC95%=1,21-2,85) e falta de incentivo para amamentação nas consultas médicas de puericultura (OR=1,75; IC95%=1,15-2,66).

Conclusões: Para o aleitamento materno em geral, existe uma situação melhor do que aquela apresentada por outros estudos nacionais, mas ainda aquém do que recomenda a OMS. Existe uma situação crítica em relação ao padrão de amamentação exclusiva. Os fatores associados ao desmame precoce denotam um precário apoio dos serviços de saúde materno-infantis ao aleitamento materno.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(1):65-72: aleitamento materno, alimentação, desmame, lactação, leite humano e inquérito nutricional.

Introdução

O leite materno representa incontestavelmente o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida. Vários estudos enfatizam as vantagens do aleitamento materno na

Abstract

Objective: To evaluate the situation of breast-feeding in Montes Claros, among under-two-year-old children, and to determine variables associated to major risk for early weaning.

Methods: In this cross-sectional study interviews were carried out by trained personnel with 602 mothers selected randomly in the urban area of Montes Claros, from September to November, 1996. The survival analysis was the method used to calculate the prevalence and the median duration of breast-feeding. The chi-square test was conducted to compare the proportions, and the level of significance was set at 5%. The prevalence ratio (PR) was used to measure the strength of the associations, with a 95% confidence interval. The logistic regression analysis was used to identify the risk factors for early weaning.

Results: The median duration of breast-feeding in general was 8.7 months; however the median duration of exclusive breast-feeding was only 27 days. The risk factors for early weaning were low birth weight (OR=2.65; CI95%=1.10-6.40), mothers with difficulties to breast-feed in the first days (OR=1.86; CI95%=1.21-2.85) and lack of postnatal medical incentive to breast-feed (OR=1.75; CI95%=1.15-2.66).

Conclusions: For breast-feeding in general there is a better situation than that showed by other national reports, but it is still below recommended by WHO. There is a critical exclusive breast-feeding pattern. The factors related with early weaning denote a weak support of the maternal-infant health services to breast-feeding.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(1):65-72: breast-feeding, infant feeding, weaning, lactation, human milk, nutritional survey.

promoção da saúde infantil¹⁻³. Contudo, a prática de amamentar, que era natural no início do século, hoje é resultado de uma opção materna que envolve uma complexa interação de fatores.

Estudos nacionais recentes apontam para uma melhora nos índices de amamentação^{4,5} em relação a anos anteriores^{6,7}. Esse fato reflete uma tendência mundial e tem expressiva repercussão para a saúde das crianças brasileiras

1. Professor assistente do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros - MG (UNIMONTES); Mestre.

2. Professor adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Doutor.

de modo geral. Porém, a situação ainda está longe do ideal, e vários trabalhos têm procurado apresentar/testar estratégias que aumentem a prática da amamentação^{8,9}.

Muitos estudos procuram definir as variáveis determinantes do êxito ou insucesso da amamentação¹⁰⁻¹², o que poderia facilitar estratégias de promoção. Todavia, é prudente sempre levar em consideração que, como hábito alimentar, a amamentação está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento e aos padrões culturais de uma determinada população. Esse fato justifica a necessidade de estudos regionais que permitam, a partir do conhecimento da realidade local, uma atuação mais eficaz com relação a medidas de intervenção.

Alguns autores estudam a situação local do aleitamento materno a partir de amostras restritas ou clientela de hospitais e ambulatórios. Apesar da importância que têm esses trabalhos, eles não têm representatividade populacional. Outros estudos não definem os diferentes padrões de amamentação ou apresentam uma terminologia imprecisa. Neste trabalho, procurou-se definir claramente a terminologia empregada no estudo de uma amostra representativa da população local.

O presente trabalho propôs-se a conhecer a realidade do aleitamento materno na área urbana de Montes Claros. Também foi objetivo deste estudo identificar variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas à assistência materno-infantil que possam estar interferindo negativamente com a prática da amamentação.

Métodos

A cidade de Montes Claros localiza-se ao norte do estado de Minas Gerais e representa o principal centro urbano da região. A população total é de aproximadamente 270 mil habitantes e apresenta indicadores de uma população predominantemente carente.

Para esta pesquisa, procurou-se estudar uma amostra representativa de lactentes menores de dois anos (cerca de 4,5% da população total). O tamanho da amostra sugerido por Barros e VICTORA para estudos semelhantes é de 450 crianças¹³. O software Epiinfo¹⁴ fornece um tamanho de amostra da ordem de 564 crianças considerando um percentual de desmame de 25% antes do sexto mês, com uma margem de erro de 5% e um fator de delineamento igual a dois (por tratar-se de amostragem por conglomerados).

Uma amostra aleatória de 602 mães de crianças menores de dois anos de idade foi selecionada para entrevista em seus próprios domicílios por uma equipe de 28 entrevistadores, especialmente treinada. O processo de amostragem ocorreu em duas etapas: inicialmente foram sorteados os setores censitários a serem incluídos. Posteriormente selecionou-se, aleatoriamente, um ponto inicial (quadra) em cada setor a partir do qual toda a área foi visitada, alternando-se os domicílios visitados (domicílio sim, domicílio não). Utilizaram-se mapas fornecidos pela Fundação IBGE, segundo divisão demográfica e territorial para o último Censo Populacional.

Durante as entrevistas foram utilizados questionários com perguntas diretas, de fácil compreensão, com maioria das questões fechadas, ensejando respostas curtas e já validadas em estudos semelhantes¹³. As perguntas incluíam informações sobre variáveis demográficas e socioeconômicas das mães e assistência materno-infantil local, além de hábitos alimentares das crianças. As mães também foram questionadas quanto às razões para o desmame precoce. As variáveis estudadas foram divididas em quatro grupos:

Variáveis demográficas: paridade, tipo de parto, peso de nascimento, idade materna e presença paterna na estrutura familiar;

Variáveis socioeconômicas: renda familiar (aferida em salários mínimos), escolaridade materna, escolaridade paterna e tipo de trabalho do pai (se especializado ou não);

Variáveis relacionadas à assistência pré-natal: número de visitas (consultas) pré-natais, incentivo pré-natal (as mães foram questionadas se haviam sido orientadas e incentivadas para amamentar durante a assistência pré-natal), desejo e programação prévios para amamentar (as mães foram questionadas se tinham desejo de amamentar seus filhos e por quanto tempo programavam a amamentação, caso desajassem) e tempo de experiência prévia em amamentação (para as mães que já haviam amamentado);

Variáveis relacionadas à assistência pós-natal: permanência em alojamento conjunto, incentivo hospitalar (as mães foram perguntadas se haviam recebido orientações e incentivo para amamentar durante a estadia no hospital/maternidade), tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada, dificuldades iniciais (as mães foram perguntadas sobre dificuldades como ingurgitamento mamário, fissuras, problemas com o mamilo e mastite nos primeiros dias) e incentivo durante as consultas de puericultura (as mães que faziam controle de puericultura de seus filhos foram perguntadas se haviam sido orientadas e incentivadas pelos pediatras em relação à amamentação).

Realizou-se previamente um estudo piloto, de modo a testar na prática o questionário e a equipe de entrevistadores. Todos os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 1996. No início de novembro, 5% das entrevistas foram verificadas para melhor controle de qualidade das informações. Foram consideradas perdas as recusas e as mães ausentes ou não disponíveis para a entrevista após pelo menos três visitas (total de 17 mães).

O software Epiinfo versão 6.0¹⁴ foi utilizado para processamento e análise dos dados. O teste do qui-quadrado foi empregado para comparação das proporções, quando se estudaram os fatores associados ao desmame precoce, admitindo-se um erro alfa de 5%. Calculou-se ainda a razão de prevalências (RP) para cada variável estudada, com intervalo de confiança de 95%. Essa é usualmente empregada em estudos transversais, em que se mede a prevalência ao invés da incidência, para medida da força de associação. Seu cálculo é semelhante ao risco relativo, que é a razão das incidências¹⁵.

A regressão logística foi utilizada através do software Multlr¹⁶ objetivando-se identificar variáveis que em uma análise matemática simultânea apresentam efeito explicativo independente para maior risco de desmame precoce. Foram selecionadas para esta etapa as variáveis que na análise bivariada mostraram um nível de significância com valor de $p < 0,20$.

Para a análise da duração do aleitamento materno utilizou-se a técnica da tábua de vida, através de planilha eletrônica. Considerou-se o fato de receber o leite materno como critério de aferição. A introdução de água/chás ou sucos foi considerada como evento final para o caso do aleitamento materno exclusivo, e a introdução de qualquer outro alimento foi considerada como evento final para a análise do aleitamento materno predominante. Na análise da duração do aleitamento materno, de modo geral, o evento final foi a interrupção definitiva da amamentação.

A terminologia empregada neste texto é a proposta pela Organização Mundial de Saúde¹⁷. Assim, o termo aleitamento materno isoladamente não define um comportamento específico de amamentação. O *aleitamento materno exclusivo* refere-se ao uso do leite humano como único alimento para a criança. O termo *aleitamento materno predominante* se aplica ao uso do leite humano como principal fonte de nutrição, permitindo-se a utilização de outros líquidos (água, sucos ou chás). O termo *alimentação complementar* aplica-se à utilização do leite humano associado a outros alimentos, lácteos ou não, sólidos ou líquidos.

O termo desmame precoce, neste texto, refere-se à introdução de *alimentação complementar* antes de quatro meses de vida, com a interrupção do *aleitamento materno exclusivo ou predominante* antes desse período. Desse

modo, por questões óbvias, somente as crianças maiores de quatro meses foram envolvidas nas análises que se apresentam. O subgrupo formado contava com 494 crianças.

Este trabalho teve sua execução aprovada pelo Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, da Faculdade de Medicina da Unimontes e pelo Comitê de Ética do Hospital Aroldo Tourinho.

Resultados

Observou-se no grupo uma distribuição homogênea em relação ao sexo das crianças. A maioria das mães entrevistadas era primípara (45,7%) e apenas 10,4% delas tinham mais do que três filhos. Cerca de 72% das crianças nasceram de parto normal e 7,3% delas apresentaram peso de nascimento inferior a 2500 gramas. A proporção de mães com menos de 20 anos foi de aproximadamente 20%. Cerca de 24% dos domicílios visitados não tinham o pai residente com a família.

Cerca de 43% das famílias tinham renda mensal inferior a dois salários mínimos e 30,4% das mães entrevistadas informaram renda familiar entre dois e cinco salários mínimos. A escolaridade materna foi pesquisada e revelou que 5% das mães eram analfabetas, 25,4% tinham até a quarta série do primeiro grau e menos de 5% tinham concluído o curso superior. Índices semelhantes foram observados para a escolaridade paterna: 7,1% de pais analfabetos, 23,9% de pais que estudaram até a quarta série do primeiro grau e 6,8% haviam concluído curso superior.

A partir das tábuas de vida, foi possível construir o gráfico apresentado abaixo (Gráfico 1) com os padrões de amamentação considerados. A técnica da tábua de vida

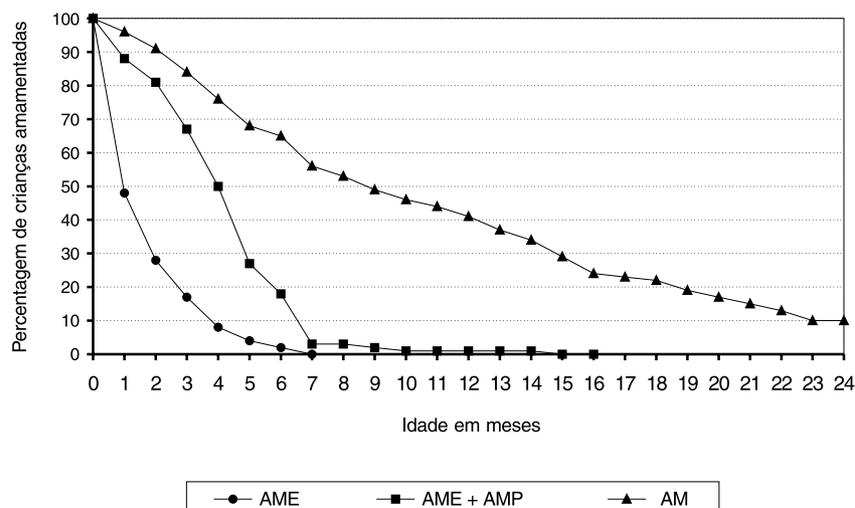


Gráfico 1 - Curvas de sobrevivência dos diversos padrões de amamentação em Montes Claros, MG, 1996

permite considerar as crianças ainda amamentadas no momento da entrevista e permite conhecer a proporção de crianças que continuam sendo amamentadas ao final de cada mês. Possibilita, portanto, um "tratamento" longitudinal de dados coletados transversalmente.

Em relação à amamentação exclusiva (AME), observou-se que essa já não é uma prática universal logo após o nascimento. Ao final do primeiro mês de vida apenas 48% das crianças recebem exclusivamente o leite materno. Nos meses seguintes, há um contínuo declínio: ao final do segundo mês de vida, apenas 28% das crianças permanecem em aleitamento materno exclusivo e aos quatro meses essa proporção é de aproximadamente 8%. A duração mediana da amamentação exclusiva, idade em que metade das crianças encontra-se em uso apenas do leite materno, foi inferior a um mês (27 dias).

A curva de sobrevivência da somatória do aleitamento materno exclusivo + predominante (AME + AMP) revela uma introdução precoce de água ou chás/sucos. Ao final do primeiro mês de vida 88% das crianças são incluídas nessa categoria. Aos dois meses de idade essa proporção foi de 81% e aos quatro meses de 50%. A duração mediana observada foi, portanto, de quatro meses. A partir desta idade, a frequência observada apresenta queda acentuada, com proporções de 27%, 18% e 3% respectivamente aos cinco, seis e sete meses.

A curva de sobrevivência do aleitamento materno de modo geral (AM) também é apresentada no gráfico. Nota-se que iniciar a amamentação ao nascimento é uma prática quase universal entre as mães entrevistadas: cerca de 96% das crianças são amamentadas ao final do primeiro mês, independente de receberem outros alimentos. Entretanto, a interrupção da amamentação é frequente nos primeiros meses. Aos dois meses de idade a proporção de crianças que ainda recebem leite materno é de 91% e aos quatro meses cai para 76%. Aos seis meses a proporção de crianças que continuam a receber o leite materno é de 65% e ao final do primeiro ano de vida de 41%. A duração mediana da amamentação foi de 8,7 meses. Durante o segundo ano de vida, os índices de amamentação continuam decrescentes: aos 18 meses 22% das crianças ainda fazem uso do leite materno e ao final do segundo ano, esta proporção é de aproximadamente 10%.

A análise dos fatores associados ao desmame precoce refere-se ao estudo da associação entre aleitamento materno exclusivo + predominante e algumas variáveis demográficas, socioeconômicas e aquelas relacionadas à assistência materno-infantil (pré e pós-natais). Não foi possível analisar os determinantes do padrão de aleitamento materno exclusivo em decorrência do pequeno número de crianças nesse grupo, pois a prática de introduzir precocemente chás/sucos e água é por demais arraigada na população em estudo.

As Tabelas 1, 2, 3 e 4 apresentam as variáveis estudadas e a associação com o desmame precoce. Entre as variáveis selecionadas para a análise de regressão logística (Tabela

Tabela 1 - Variáveis demográficas e associação com desmame precoce, Montes Claros, MG, 1996

Variável	Desmame		c ²	p	R.P.	IC 95%
	Sim	Não				
Paridade						
Primípara	102	123	0,67	0,4121	0,92	0,76- 1,1
Não primípara	133	136				
Intervalo interpartal						
< 24 meses	35	36	0,01	0,9128	1,00	0,76- 1,3
≥ 24 meses	98	100				
Tipo de parto						
Operatório	71	67	0,95	0,3299	1,12	0,92- 1,36
Normal	164	192				
Peso de nascimento						
< 2500 g	25	10	7,68	0,0056	1,57	1,24- 1,98
≥ 2500 g	208	248				
Idade materna						
< 20 anos	62	51	2,76	0,0967	1,21	0,99- 1,48
≥ 20 anos	173	208				
Presença do pai						
Não	61	52	2,09	0,1480	1,18	0,97- 1,45
Sim	174	207				

5), mostraram-se como maior risco para desmame precoce o baixo peso de nascimento (OR = 2,65; IC 95% = 1,10-6,40), a presença de dificuldades iniciais para amamentar (OR = 1,86; IC 95% = 1,21-2,85) e a falta de incentivo para amamentar no acompanhamento de puericultura (OR = 1,75; IC 95% = 1,15-2,66). As variáveis 'presença do pai na estrutura familiar' e 'tempo de experiência com amamentação' não foram selecionadas para a regressão logística para evitar que a falta de informações prejudicasse a análise.

Tabela 2 - Variáveis socioeconômicas e associação com desmame precoce, Montes Claros, 1996

Variável	Desmame		c ²	p	R.P.	IC 95%
	Sim	Não				
Renda familiar						
≤ 01 SM	32	25	1,60	0,2055	1,21	0,94- 1,56
> 01 SM	196	228				
Escolaridade da mãe						
≤ 4 anos	85	70	4,37	0,0366	1,24	1,03- 1,49
> 4 anos	150	189				
Escolaridade do pai						
≤ 4 anos	64	62	1,83	0,1766	1,19	0,95- 1,48
> 4 anos	108	144				
Trabalho do pai						
Não especializ.	139	142	5,65	0,0174	1,41	1,06- 1,89
Especializado	35	65				

Tabela 3 - Variáveis relacionadas à assistência pré-natal e associação com desmame precoce, Montes Claros, MG, 1996

Variável	Desmame		χ^2	p	R.P.	IC 95%
	Sim	Não				
Pré-natal						
≤ 4 consultas	44	31	3,86	0,0496	1,29	1,04-1,60
> 4 consultas	191	228				
Incentivo pré-natal						
Não	88	78	2,65	0,1037	1,18	0,98-1,43
Sim	147	181				
Desejo de amamentar						
Não/Indiferente	26	19	1,64	0,2000	1,24	0,95-1,62
Sim	209	240				
Programação p/ amamentar						
≤ 6 meses	82	66	4,76	0,0291	1,25	1,04-1,51
> 6 meses	153	193				
Experiência prévia						
< 4 meses	35	23	4,10	0,0429	1,37	1,05-1,78
≥ 4 meses	86	109				

O principal motivo (31,8%) apontado pelas mães para introdução precoce de outros alimentos aos seus filhos foi a crença de que o leite materno isoladamente não era suficiente ("não sustentava"). Quando foram interrogadas sobre o motivo que as levaram a pensar assim, as principais respostas foram choro excessivo (54,0%), pouco leite (22,0%), peso estável (9,0%) e "leite ralo" (7,5%).

A segunda razão (11,1%) apresentada pelas mães para o desmame precoce foi de que o leite havia secado. As mães que apresentaram essa resposta foram questionadas se sabiam o motivo de o leite secar. Cerca de 46% das mães não o sabiam. Outras apresentaram razões como uso de medicamento (20%), questões emocionais (11%), físicas (6%) e outras (17%).

Outros motivos apontados para desmame precoce foram indicação médica (10,7%), volta para o trabalho (9,6%) e desinteresse da própria criança (5,8%). Outras razões apresentadas somaram uma proporção de 31,0%.

Discussão

Este estudo mostrou para a área urbana de Montes Claros uma situação um pouco melhor do que ocorre em outras regiões do País, em relação ao aleitamento materno em geral^{4,5}. Quase todas as mães iniciam a amamentação (98%) e a duração mediana observada (8,7 meses) foi superior à duração mediana observada em outros estudos. Entretanto, existe uma situação crítica em relação à amamentação exclusiva, cuja duração mediana mostrou-se inferior a um mês (27 dias). Esses dados são compatíveis com o que registra a literatura nacional recente: a pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde⁴, realizada em várias regiões do País, mostrou uma proporção inicial de aleita-

mento materno de 92,3% com uma duração mediana de 7,0 meses para amamentação em geral e 1,1 mês para o aleitamento materno exclusivo. Reafirma-se, assim, a retomada do aleitamento materno ocorrida em nosso país nos últimos anos, particularmente após a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, conforme já registraram estudos anteriores^{18,19}.

Um fato que pode justificar a situação crítica da amamentação exclusiva, mesmo observando-se uma situação mais favorável da amamentação em geral, é a relevante influência rural observada na cidade. Em decorrência de sua situação geográfica e de seu desenvolvimento, existe um importante fluxo de imigração rural das cidades e comunidades vizinhas. Sabidamente as comunidades rurais têm hábitos mais tradicionais: freqüentemente iniciam a amamentação e a mantêm por mais tempo, porém introduzem outros alimentos muito precocemente^{7,20}.

Outro fator que poderia estar contribuindo para uma interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo seria uma fraca atuação dos serviços de assistência materno-infantil. Os índices mais próximos do ideal apresentados na cidade de Guarujá (SP), por exemplo, são resultados de uma intensa atuação dos centros de lactação²¹. Outro exemplo a ser citado seria o de Feira de Santana, na Bahia, com índices também elevados em decorrência de uma atuação marcante dos serviços de saúde²².

Em relação às variáveis envolvidas com o aleitamento materno, este estudo abordou de forma inédita os fatores associados a maior probabilidade de desmame precoce, aqui entendido como introdução de outros alimentos que não água ou chás/sucos antes dos quatro meses de vida. Essa abordagem levou em consideração o fato de que a

Tabela 4 - Variáveis relacionadas à assistência pós-natal e associação com desmame precoce, Montes Claros, MG, 1996

Variável	Desmame		χ^2	p	R.P.	IC 95%
	Sim	Não				
Alojamento Conjunto						
Não	142	147	0,54	0,4623	1,08	0,90-1,31
Sim	93	112				
Incentivo no Hospital						
Não	78	72	1,45	0,2287	1,14	0,94-1,38
Sim	157	187				
Tempo até 1ª mamada						
> 6 horas	164	161	5,19	0,0227	1,29	1,04-1,62
≤ 6 horas	62	97				
Dificuldades iniciais						
Sim	119	89	12,73	0,0004	1,41	1,17-1,69
Não	116	170				
Incentivo médico puericultura						
Não	138	127	4,27	0,0388	1,23	1,02-1,49
Sim	97	132				

introdução de água e chás na população estudada é um hábito bastante arraigado. Muito provavelmente, as mães que iniciam com chás e água para suas crianças não estão preocupadas com o aspecto nutricional e o fazem mais por ignorância ou por acreditarem que possam ser úteis para “cólicas” do lactente. Também é comum que os médicos sejam tolerantes com tal conduta²³.

A maioria dos estudos que abordam os fatores associados ao aleitamento materno estabelece associações com a duração total do aleitamento materno, desconsiderando os diferentes padrões de amamentação¹⁰. Esse fato incorre no erro de considerar numa única categoria situações extremas como a criança que faz uso exclusivo do leite materno e aquela que o utiliza apenas esporadicamente, de forma simbólica. Naturalmente, a abordagem ideal seria aquela realizada com mães que amamentam seus filhos de modo exclusivo, entretanto, conforme já referido previamente, o hábito de se introduzir água e chás para lactentes jovens é bastante comum, ficando assim muito reduzido o número de crianças classificadas na categoria de amamentação exclusiva.

Em relação às variáveis demográficas, de modo geral (Tabela 1), é de fato pouco provável que tenham relevância na escolha da mãe em amamentar seu filho. Um estudo de revisão elaborado por Losch e colaboradores¹¹ aponta vários trabalhos com resultados divergentes em relação a essas variáveis. Este estudo apontou o baixo peso de nascimento como fator de risco para o desmame precoce, mesmo após a análise multivariada. Este resultado está de acordo com o que registra outro estudo nacional²⁴, embora a literatura aponte resultados divergentes²⁵. É possível justificar esses resultados discordantes considerando-se a complexidade de fatores que estão envolvidos no nascimento de uma criança de baixo peso.

A análise bivariada dos fatores socioeconômicos (Tabela 2) mostrou que a retomada da prática da amamentação tem sido mais comum entre as famílias socialmente mais favorecidas (maior escolaridade materna e trabalho do pai “especializado”). Contudo, esta observação não foi confirmada na análise multivariada. Outros estudos são necessários para definir melhor o papel de variáveis socioeconômicas, considerando que existem trabalhos apontando associação positiva entre desmame precoce e baixa escolaridade materna, por exemplo¹². Por outro lado, não se pode desconsiderar os diferentes pontos de corte assumidos em diferentes estudos, bem como a abordagem aqui realizada definindo desmame precoce como a introdução de alimentação complementar antes do quarto mês de vida.

As Tabelas 3 e 4 salientam (já na análise bivariada) a falta de associação entre o padrão de amamentação estudado e variáveis classicamente consideradas como facilitadoras da amamentação: incentivo pré-natal, permanência em alojamento conjunto e incentivo na maternidade, por exemplo. Duas hipóteses podem ser levantadas para justificar tal situação. A primeira é a existência na cidade de um centro de referência na promoção ao aleitamento materno: o Banco de Leite Humano do Hospital Aroldo Tourinho, recentemente credenciado como “Hospital Amigo da Criança”. Tal fato poderia estar atuando como homogeneizador, já que a população não foi dividida segundo o local de assistência pré ou peri-natal. Outra justificativa para tais achados seria uma atuação insatisfatória dos serviços materno-infantis de modo geral, em relação à promoção do aleitamento materno. Essa hipótese não deve ser desprezada, uma vez que após a análise multivariada (Tabela 5) as variáveis que permaneceram como capazes de predizer maior risco de desmame precoce (baixo peso, dificuldades iniciais para amamentar e falta de incentivo no acompanhamento

Tabela 5 - Análise de regressão logística para algumas variáveis relacionadas a maior risco de desmame precoce, Montes Claros, MG, 1996

Variável	Coefficiente (B)	Erro padrão	Odds Ratio	Intervalo de Confiança 95%
Peso de nascimento	0,9749	0,4497	2,651*	1,098 – 6,400
Idade materna	- 0,1229	0,2967	0,884	0,499 – 1,582
Escolaridade materna	0,2423	0,3045	1,274	0,702 – 2,314
Escolaridade paterna	- 0,0695	0,2985	0,933	0,520 – 1,675
Trabalho do pai (<i>status</i>)	0,4655	0,2793	1,593	0,921 – 2,754
Consultas pré-natais	0,3466	0,3391	1,414	0,728 – 2,749
Incentivo pré-natal	- 0,1068	0,2504	0,899	0,550 – 1,468
Programação para amamentar	0,4808	0,2590	1,617	0,979 – 2,686
Atraso primeira mamada	0,3695	0,2313	1,447	0,920 – 2,277
Dificuldades iniciais	0,6201	0,2181	1,859*	1,212 – 2,851
Incentivo puericultura	0,5608	0,2143	1,752*	1,151 – 2,667

* p < 0,05

mento de puericultura) estão direta ou indiretamente associadas à qualidade da assistência materno-infantil.

A amamentação é uma opção materna que envolve uma complexa interação de fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos, entre outros. Entretanto, como hábito "socialmente recriado", não deve ser desprezado o papel dos serviços de assistência materno-infantis em sua promoção. É notável a proporção de mães que não permaneceu em alojamento conjunto, apresentou um atraso para a primeira mamada ou referiu não ter recebido qualquer informação sobre o aleitamento materno em visitas pré-natais ou durante a estadia no hospital/maternidade.

Existe, é claro, uma relação complexa entre os determinantes de uma amamentação bem sucedida, e este trabalho não se propôs a discutir profundamente o tema. Os autores acreditam que, ao se definir o padrão do aleitamento materno numa determinada região, é importante que todas as variáveis intervenientes sejam valorizadas, permitindo um conhecimento global da situação e assegurando maior potencial de intervenção.

Os principais motivos apresentados pelas mães para introdução precoce de outros alimentos são semelhantes aos já apresentados em estudos prévios e denotam insegurança e falta de conhecimento²⁶. Representa motivo de preocupação a considerável proporção de mães que informou desmame precoce por indicação médica: 10,7%!

Este trabalho mostrou que, apesar da retomada da prática do aleitamento materno, estímulo e apoio constantes são necessários, pois observa-se ainda um comportamento insatisfatório, particularmente em relação ao aleitamento materno exclusivo. Os resultados aqui apresentados salientam a necessidade de se priorizarem atividades de promoção e de melhoria dos serviços materno-infantis. As variáveis aqui estudadas apresentam, naturalmente, uma interação complexa entre si e com outras ainda não estudadas. Estudos posteriores são necessários para abordar as inter-relações entre as diversas variáveis e ainda questões psicológicas e antropológicas (não abordadas neste estudo) que seguramente interferem com a prática da amamentação.

Referências bibliográficas

- Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Breast-feeding and health in the 1890s: a global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991; 118: 659-66.
- Habicht JP, Da Vanzo J, Butz WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? *Am J Epidemiol* 1986; 123: 279-90.
- Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fucks SMC, Gigante LP, Smith PG, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2: 319-22.
- BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: UNICEF, 1997.
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Saúde e nutrição das crianças nordestinas. Pesquisas estaduais, 1987 - 1992. Brasília: UNICEF, 1995.
- Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Breastfeeding and socioeconomic status in southern Brazil. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 558-62.
- Leão MM, Coitinho DC, Recine E, Costa LAL, Lacerda AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Monteiro MFG, Cervini R, orgs. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil 1989. Rio de Janeiro. FIBGE/UNICEF/INAN; 1992: p.97-109.
- Barros FC, Halpern R, Victora CG, Teixeira AMBB, Beria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Rev Saúde Públ* 1994; 28: 277-83.
- Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB, et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J pediatr (Rio J.)* 1998; 74:368-75.
- Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics* 1984; 74: 667-94.
- Losch M, Dungey CI, Russell D, Dusdieker, LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 1995; 126:507-14.
- Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. *Acta Paediatr Scand* 1992; 81:484-7.
- Barros FC, Vítora CG. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo, Hucitec, 1991.
- Dean AG, Burton AH, Dicker RC. Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistics program for epidemiology on micro-computers. Atlanta: Centers for Disease Control; 1994.
- Wagner MB, Callegari-Jacques SM. Medidas de associação em estudos epidemiológicos: risco relativo e odds ratio. *J pediatr (Rio J.)* 1998; 74:247-51.
- Campos-Filho N, Franco EL. A microcomputer program for multiple logistic regression by unconditional and conditional maximum likelihood methods. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 439-44.
- World Health Organization. Indicators for assessing breast-feeding practices. Update. Programme for Control of Diarrhoeal Disease. 1992; 10: 1-4.
- Figueiredo LMH, Goulart EMA. Análise da eficácia do programa de incentivo ao aleitamento materno em um bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil):1980/1986/1992. *J pediatr (Rio J.)* 1995; 71:203-8.
- Rea MF. The brazilian national breastfeeding program: a success story. *Int J Gynaecol Obstet* 1990; 31:79-82.
- Assis AMO, Prado MS, Freitas MCS, Silva RCR, Ramos LB, Machado AD. Prática do aleitamento materno em comunidades rurais do semi-árido baiano. *Rev Saúde Pbl (S Paulo)* 1994; 28:380-4.
- Barros FC, Semer TC, Tonioli Filho, S. Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a cohort study. *Acta Paediatr Scand* 1995; 84:1221-6.
- Vieira GO, Glisser M, Araújo SPT, Sales AN. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. *J pediatr (Rio J.)* 1998; 74:11-6.
- César JA, Kuhn D, Devens ES, Martins Jr. E, Aguiar MRC, Holthausen RS, et al. Prescrição de chás para menores de seis meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no

- sul do Brasil. J pediatr (Rio J.) 1996; 72: 27-31.
24. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Smith PG. Birth weight and duration of breast-feeding: are the beneficial effects of human milk being overestimated? Pediatrics 1986; 78:656-61.
 25. Verronen P. Breast feeding of low birthweight infants. Acta Paediatr Scand 1985; 74:495-9.
 26. Siqueira R, Durso N, Almada, AGP, Moreira MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. J pediatr (Rio J.) 1994; 70:16-20.

Endereço para correspondência:

Dr. Antônio Prates Caldeira
Rua Santa Helena, 136 - São José
Montes Claros - MG - CEP 39400-369
Fone: (38) 222.3879
E-mail: apc@connect.com.br