



Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances

A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços

Sonia I. Venancio¹, Maria M. L. Escuder², Sílvia R. D. M. Saldiva³, Elsa R. J. Giugliani⁴

Resumo

Objetivos: Apresentar os indicadores de aleitamento materno (AM), obtidos na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, bem como analisar sua evolução no período de 1999 a 2008.

Métodos: Pesquisa de corte transversal, envolvendo crianças menores de 1 ano de idade que participaram da segunda fase da campanha de multivacinação de 2008. Foram utilizadas amostras por conglomerados, com sorteio em dois estágios. O questionário era composto por questões fechadas, incluindo o consumo de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos no dia anterior à pesquisa. Foram analisadas as prevalências de AM na primeira hora de vida; aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses; AM em crianças de 9 a 12 meses; e medianas do AME e AM. A variação temporal do AM foi estabelecida por meio da comparação das medianas do AME e AM em 1999 e 2008.

Resultados: Obtiveram-se dados de 34.366 crianças. Verificou-se que 67,7% (IC95% 66,7-68,8) mamaram na primeira hora de vida; a prevalência do AME em crianças de 0 a 6 meses foi de 41% (IC95% 39,7-42,4), e do AM em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7% (IC95% 56,8-60,7). Houve aumento de 30,7 dias na duração mediana do AME e de 45,7 dias na mediana do AM.

Conclusão: Houve melhora significativa da situação do AM na última década. Porém, ainda são necessários esforços para que o Brasil atinja índices de AM compatíveis com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

J Pediatr (Rio J). 2010;86(4):317-324: Aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, estudo transversal, indicadores.

Abstract

Objectives: To present the breastfeeding (BF) indicators obtained in the Second Survey on Prevalence of Breastfeeding in the Brazilian Capitals and the Federal District and to analyze their evolution from 1999 to 2008.

Methods: A cross-sectional study was conducted in children younger than 1 year old who participated in the second phase of the multivaccination campaign in 2008. We used two-stage cluster sampling. The questionnaire consisted of closed questions, including data on consumption of breast milk, other types of milk, and other foods on the day prior to the survey. We analyzed the prevalence of BF in the first hour of life; exclusive BF in children younger than 6 months; BF in children aged 9 to 12 months; and medians of exclusive BF and BF. The time variation of BF was established by comparing the medians of exclusive BF and BF in 1999 and 2008.

Results: We obtained data from 34,366 children. We found that 67.7% (95%CI 66.7-68.8) of the children were breastfed in the first hour of life; the prevalence of exclusive BF in children aged 0 to 6 months was 41% (95%CI 39.7-42.4), while the prevalence of BF in children aged 9 to 12 months was 58.7% (95%CI 56.8-60.7). There was an increase of 30.7 days in the median duration of exclusive BF and 45.7 days in the median of BF.

Conclusion: There was a significant improvement in the breastfeeding prevalence in the last decade. However, further efforts are required so that Brazil can reach BF rates compatible with the recommendations of the World Health Organization.

J Pediatr (Rio J). 2010;86(4):317-324: Breastfeeding, exclusive breastfeeding, cross-sectional study, indicators.

1. Doutora. Pesquisadora, Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP), São Paulo, SP.

2. Mestre. Pesquisadora, Instituto de Saúde, SES-SP, São Paulo, SP.

3. Doutora. Pesquisadora, Instituto de Saúde, SES-SP, São Paulo, SP.

4. Doutora. Professora associada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Este trabalho foi realizado no Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), São Paulo, SP.

Apoio financeiro: Ministério da Saúde.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Como citar este artigo: Venancio SI, Escuder MM, Saldiva SR, Giugliani ER. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317-324.

Artigo submetido em 21.12.2009, aceito em 12.05.2010.

doi:10.2223/JPED.2016

Introdução

O aleitamento materno (AM) é a estratégia que mais previne mortes infantis¹, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança. Estima-se que a amamentação tem o potencial de reduzir em 13% as mortes em crianças menores de 5 anos¹, assim como em 19 a 22% as mortes neonatais, se praticada na primeira hora de vida^{2,3}. A promoção do AM, portanto, deve ser incluída entre as ações prioritárias de saúde.

O Brasil vem investindo no incentivo ao AM desde 1981, com a instituição do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, considerado modelo pela diversidade de ações⁴. Graças a pesquisas nacionais, é possível constatar que os índices de AM no Brasil vêm aumentando gradativamente. Venancio & Monteiro⁵ verificaram aumento da duração da amamentação entre 1974 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses⁵. Dados das Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde (PNDS) confirmaram essa tendência, identificando aumento na mediana do AM de 7 meses, em 1996⁶, para 14 meses, em 2006⁷.

A primeira informação sobre a situação do aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil é proveniente de pesquisa realizada em 1986, na qual se evidenciou que apenas 3,6% das crianças entre 0 e 4 meses eram amamentadas de forma exclusiva⁸. Dados de 2006 mostraram prevalência do AME de 38,6% em menores de 6 meses⁷.

Em 1999, realizou-se o primeiro inquérito sobre prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), durante campanha nacional de vacinação. Verificou-se uma prevalência de 35,6% de AME em menores de 4 meses e duração mediana da amamentação de 10 meses⁹.

Em 2008, sob os auspícios do Ministério da Saúde, realizou-se a II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM (II PPAM)¹⁰, utilizando a mesma metodologia do inquérito de 1999. A justificativa para a realização da pesquisa foi a necessidade, por parte dos gestores, de uma análise da evolução da situação do AM, tendo em vista as diversas ações desenvolvidas no âmbito da política nacional. O presente artigo apresenta os dados relativos aos principais indicadores de AM nas capitais e DF e analisa sua evolução no período de 1999 a 2008.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, envolvendo crianças menores de 1 ano que compareceram à campanha de multivacinação de 2008 em todas as capitais brasileiras e DF.

A capacitação das Secretarias de Saúde dos estados e capitais foi feita em três oficinas de 16 horas, que contemplaram a preparação dos profissionais para a realização de todas as etapas da pesquisa. Os participantes receberam manuais de apoio contendo orientações para os coordenadores municipais, supervisores de campo e entrevistadores.

O inquérito foi realizado adotando-se amostras por conglomerados, com sorteio em dois estágios e probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro

estágio, foram sorteados os postos de vacinação e, no segundo, as crianças em cada posto¹¹. As amostras foram planejadas com base nas informações fornecidas pelos estados: número de postos de vacinação em cada capital e número de crianças menores de 1 ano vacinadas em cada posto em 2007. O tamanho amostral levou em consideração a prevalência de AME nas capitais e DF em 1999, com acréscimo de 2 a 10%, prevendo-se um aumento da prevalência. Para compensar as perdas de precisão inerentes à amostra por conglomerados, acrescentou-se o efeito do desenho, multiplicando-se por 1,5 a estimativa inicial e, ainda, uma taxa de não resposta de 5 a 10%. O tamanho da amostra desejado para estimar o AME em menores de 6 meses foi multiplicado por 2.

O questionário continha questões fechadas sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, no dia anterior à pesquisa. A utilização de dados atuais (*current status*), recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹², tem por objetivo minimizar possíveis vieses decorrentes da memória do informante, o que é particularmente adequado para a caracterização do AME. Esse instrumento foi aplicado por entrevistadores previamente capacitados a todos os acompanhantes de crianças menores de 1 ano durante a segunda etapa da campanha de multivacinação de 2008. As entrevistas ocorreram durante o dia inteiro da campanha, e nos municípios onde as atividades de vacinação antecederam ou ultrapassaram a data prevista, orientou-se que a coleta de dados acompanhasse todo o período da campanha.

A digitação foi de responsabilidade dos municípios, que alimentaram um aplicativo on-line desenvolvido para esse fim. Os bancos de dados das capitais e DF foram posteriormente exportados para um banco de dados no programa SPSS 16.0.

Foram utilizados procedimentos específicos para análise de inquéritos com amostragem probabilística complexa. As estimativas de prevalência consideram o erro padrão, determinado pelo delineamento amostral, e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Devido às diferenças populacionais entre as capitais envolvidas, cada plano representou uma fração amostral diferente, representada pelo tamanho estimado da amostra sobre o número de crianças a serem vacinadas. O inverso dessa fração foi aplicado para o cálculo das prevalências regionais e do conjunto das capitais.

Foram analisados os seguintes indicadores propostos pela OMS¹²: AM na primeira hora de vida; AME em menores de 6 meses; AM continuado; e duração mediana do AME e do AM. Foram consideradas em AME as crianças que haviam recebido somente leite materno sem quaisquer outros alimentos sólidos ou líquidos, inclusive água e chá; e, em AM, as crianças que haviam recebido leite materno, independentemente de outros alimentos. As medianas do AME e AM foram obtidas mediante análise de logito, na qual são estimadas, por modelagem estatística, as probabilidades do evento em estudo em função da idade.

A variação temporal do AM foi estabelecida por meio da comparação das medianas do AME e AM, tomando-se por base os dados publicados da pesquisa de 1999⁹ e os dados

de 2008. Foram calculados a diferença do indicador, em dias, e o grau de evolução do mesmo, em porcentagem, obtido pelo cálculo: [(mediana 2008 - mediana 1999)/mediana 1999 x 100]. Considerou-se que houve mudança estatisticamente significativa quando não houve sobreposição dos respectivos IC95%.

Testou-se, ainda, a correlação entre a situação da amamentação em 1999 e o grau de evolução das medianas do AME e AM. Os resultados são apresentados em gráficos de correlação, construídos no programa SPSS 16.0.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde (Protocolo 001/2008, de 06/05/2008), após consulta à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Resultados

Foram incluídas 34.366 crianças no estudo. Verificou-se leve predomínio do sexo masculino (50,4%) e maior concentração de crianças até os 6 meses de idade (55,4%). A maioria das mães encontrava-se na faixa etária de 20 a 35 anos (72,2%), e o percentual de mães com idade inferior a 20 anos foi 17,2%; 86,2% tinham menos de 12 anos de escolaridade e 24,9% menos de 8 anos de estudo; 66,2% não estavam trabalhando fora de casa, 11,9% estavam em licença-maternidade e 21,9% estavam trabalhando fora no momento da entrevista.

A Tabela 1 apresenta os indicadores "AM na primeira hora de vida", "AME em menores de 6 meses" e "AM em crianças de 9 a 12 meses".

Tabela 1 - Principais indicadores de aleitamento materno (Brasil, regiões e capitais, 2008)

Região/capital	AM na primeira hora de vida		AME em menores de 6 meses		AM em crianças de 9 a 12 meses	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Norte	72,9	70,0-75,0	45,9	42,9-49,0	76,9	73,8-80,0
Belém	72,8	69,2-76,1	56,1	50,2-61,9	79,9	72,5-87,3
Boa Vista	77,5	74,9-79,9	40,7	35,8-45,7	74,2	68,2-80,2
Macapá	75,8	73,4-78,0	43,1	39,1-47,1	82,8	78,2-87,3
Manaus	71,9	67,5-75,9	41,1	37,4-44,9	76,9	71,5-82,4
Palmas	79,6	76,6-82,3	35,7	30,3-41,4	67,9	61,7-74,0
Porto Velho	73,8	70,6-76,7	36,4	31,1-42,1	71,0	64,7-77,3
Rio Branco	64,3	58,4-69,8	36,1	29,0-43,8	62,9	51,8-73,9
Nordeste	66,9	65,4-68,5	37,0	35,0-39,0	59,1	56,7-61,5
Aracaju	61,2	57,8-64,4	35,0	29,0-41,5	63,6	56,8-70,4
Fortaleza	67,6	64,5-70,6	32,9	29,0-37,0	57,3	51,7-62,9
João Pessoa	76,9	73,5-80,0	39,1	35,4-42,9	53,1	45,7-60,5
Maceió	64,8	60,9-68,5	34,0	28,8-39,5	58,6	50,9-66,3
Natal	70,3	66,9-73,6	40,5	36,7-44,4	55,2	49,1-61,4
Recife	66,8	63,0-70,4	38,3	32,7-44,2	59,1	52,7-65,5
Salvador	58,5	54,4-62,5	36,5	32,3-40,9	59,1	52,7-65,5
São Luís	83,5	79,8-86,6	46,7	40,3-53,1	76,9	70,4-83,4
Teresina	79,0	73,0-84,0	43,7	38,4-49,3	75,0	69,9-80,1
Centro-Oeste	72,0	69,8-74,0	45,0	42,2-47,9	64,1	60,3-67,9
Campo Grande	74,3	71,0-77,3	50,1	44,7-55,4	70,0	64,0-76,1
Cuiabá	77,4	72,3-81,8	27,1	22,3-32,6	66,4	59,0-73,8
Distrito Federal	72,5	69,3-75,4	50,0	45,8-54,2	65,4	60,1-70,8
Goiânia	66,7	63,1-70,0	32,7	29,5-36,0	53,8	48,1-59,5
Sudeste	63,5	61,3-65,7	39,4	36,5-42,3	51,4	47,8-55,0
Belo Horizonte	64,1	60,4-67,7	37,9	33,2-42,9	50,0	43,1-56,8
Rio de Janeiro	65,6	63,4-67,7	40,7	37,3-44,2	58,3	54,8-61,8
São Paulo	62,4	59,2-65,6	39,1	35,0-43,3	48,7	43,6-53,9
Vitória	72,8	69,3-76,0	44,0	39,8-48,3	59,1	52,6-65,7
Sul	71,8	69,9-73,7	43,9	41,1-46,7	49,5	45,2-53,9
Curitiba	71,2	68,2-74,0	46,1	41,6-50,6	48,5	41,9-55,1
Florianópolis	75,5	72,1-78,7	52,4	47,9-56,9	52,2	46,5-58,0
Porto Alegre	71,9	69,0-74,5	38,2	35,2-41,3	50,2	43,4-57,0
Brasil	67,7	66,7-68,8	41,0	39,7-42,4	58,7	56,8-60,7

AM = aleitamento materno; AME = aleitamento materno exclusivo; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

Verificou-se que 67,7% das crianças mamaram na primeira hora de vida; as Regiões Norte, Centro-Oeste e Sul apresentaram os melhores resultados (72,9, 72,0 e 71,8%, respectivamente), e na Região Sudeste, verificou-se o menor percentual de crianças nessa condição (63,5%). Na comparação entre as capitais, verificou-se melhor situação em São Luís (83,5%), e pior em Salvador (58,5%), chamando a atenção o fato de que a maioria das capitais (17) apresentou valores superiores à média referente ao conjunto das crianças analisadas.

A prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41% no conjunto das capitais e DF; a Região Norte foi a que apresentou maior prevalência (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a Região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). Em relação às capitais, Belém se destaca com a maior prevalência (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%),

Campo Grande (50,1%) e Distrito Federal (50,0%). Por outro lado, a menor prevalência foi identificada em Cuiabá (27,1%). Vale ressaltar que a maioria das capitais (17) apresentou valores abaixo da média do conjunto das crianças analisadas.

A prevalência do AM em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7%. A Região Norte apresentou a melhor situação (76,9%), seguida do Centro-Oeste (64,1%), Nordeste (59,1%) e Sudeste (51,4%), com a Região Sul apresentando a pior situação (49,5%). No tocante às capitais, Macapá e Belém se destacam com as maiores prevalências (82,8 e 79,9%, respectivamente), e Curitiba com a menor (48,5%). Em 15 dos 27 locais estudados, a situação foi melhor que a média identificada para o conjunto das crianças analisadas.

A Tabela 2 apresenta os dados comparativos sobre a duração mediana do AME.

Tabela 2 - Evolução da duração mediana do aleitamento materno exclusivo (Brasil, regiões e capitais, 1999 a 2008)

Região/capital	1999		2008		Evolução	
	Mediana ^a	IC95%	Mediana ^b	IC95%	Δ (b-a)	(%)
Norte*	24	21,5-26,8	66,2	61,3-70,9	42,2	175,83
Manaus*	7,6	2,6-22,4	49,9	38,9-59,9	42,3	556,58
Porto Velho*	13,6	8,8-21,2	59,4	47,9-69,3	45,8	336,76
Boa Vista*	19,2	13,4-27,5	56,9	48,8-64,1	37,7	196,35
Rio Branco	14,1	9,4-21,0	38,8	19,3-54,0	24,7	175,18
Palmas*	23,9	18,6-30,7	57,2	44,2-68,0	33,3	139,33
Macapá*	42,1	36,9-48,1	74,3	64,9-82,6	32,2	76,48
Belém*	56,1	45,6-68,9	88,8	83,5-94,1	32,7	58,29
Nordeste*	26,3	24,1-28,6	34,9	29,5-39,9	8,6	32,70
Recife*	6,8	1,9-24,3	49,6	44,3-54,5	42,8	629,41
Maceió	8,2	4,8-14,2	28,4	5,12-46,0	20,2	246,34
João Pessoa*	21,9	17,0-28,2	61,1	51,9-69,2	39,2	179,00
Natal*	25	19,3-32,4	56,2	46,7-64,6	31,2	124,80
Aracaju*	24,6	19,2-31,4	49,9	35,8-61,6	25,3	102,85
Salvador	15,4	10,1-23,4	31,2	19,6-41,1	15,8	102,60
Teresina*	33,4	27,4-40,8	61,9	49,0-72,9	28,5	85,33
São Luís	30,3	19,5-47,2	55,7	37,9-70,3	25,4	83,83
Fortaleza*	63,6	58,4-69,2	10,6	-0,5-20,1	-53,0	-83,33
Centro-oeste	19,5	17,1-22,3	66,6	61,5-71,4	47,1	241,54
Campo Grande*	17,6	12,9-24,0	78	70,5-85,1	60,4	343,18
Goiânia*	9,3	5,8-15,1	38,6	29,1-46,8	29,3	315,05
Distrito Federal*	45	40,1-50,5	77,7	71,4-83,6	32,7	72,67
Cuiabá	5,1	2,5-10,5	0,7	-38,2-25,9	-4,4	-86,27
Sudeste*	13,1	10,1-17,0	55	47,9-61,5	41,9	319,85
Belo Horizonte*	7,8	4,4-13,8	53,8	42,3-63,8	46,0	589,74
São Paulo*	9,2	4,9-17,2	54,8	44,3-64,0	45,6	495,65
Vitória*	26,7	20,8-37,2	62,5	54,3-70,1	35,8	134,08
Rio de Janeiro	-	-	55,4	48,2-61,9		
Sul	39,1	34,5-44,3	59,3	51,0-66,8	20,2	51,66
Porto Alegre*	29,5	21,8-39,9	51,8	40,9-61,3	22,3	75,59
Curitiba*	34,6	28,3-42,3	59,7	45,7-71,6	25,1	72,54
Florianópolis*	55,6	46,7-66,2	86,5	79,4-93,2	30,9	55,58
Brasil*	23,4	22,1-24,7	54,1	50,3-57,7	30,7	131,20

IC95% = intervalo de confiança de 95%.

* Diferença entre as medianas estatisticamente significativa.

Constatou-se aumento de 1 mês na duração mediana do AME no Brasil, passando de 23,4 dias, em 1999, para 54,1 dias, em 2008. A comparação entre as regiões apontou aumento expressivo na Região Centro-Oeste (47,1 dias), seguida das Regiões Norte (42,2 dias) e Sudeste (41,9 dias). Na Região Sul, verificou-se aumento de menor intensidade (20,2 dias), e a Região Nordeste teve o pior desempenho (8,6 dias). Nesta Região houve aumento da mediana do AME na maioria das capitais, mas redução expressiva em Fortaleza, que passou de 63,6 dias (a melhor situação desse indicador em 1999) para 10,6 dias, em 2008. A análise da evolução desse indicador revela que mudanças favoráveis foram estatisticamente significativas em 20 capitais. Vale destacar que em Campo Grande verificou-se aumento de 2 meses na duração mediana do AME.

Na Tabela 3 são apresentadas as durações medianas do AM nas duas pesquisas.

A duração mediana do AM no Brasil aumentou cerca de 1,5 mês, passando de 295,9 dias em 1999, para 341,6 dias em 2008. A Região Norte, onde se verificou a maior duração do AM na pesquisa de 1999, foi a única Região na qual o aumento, de 20,6 dias, não foi estatisticamente significativo. A Região Nordeste foi a que mais se destacou na expansão do AM, com aumento de cerca de 3 meses, seguida das Regiões Sul (2,5 meses), Sudeste (2 meses) e Centro-Oeste (1,5 mês). Mudanças favoráveis, estatisticamente significativas, foram observadas em 14 capitais. É interessante observar que, em Belém, onde se obteve a maior duração mediana do AM em 1999 (566,3 dias), foi onde se verificou a redução mais expressiva em 2008, de 121 dias. A evolução mais

Tabela 3 - Evolução da duração mediana do aleitamento materno (Brasil, regiões e capitais, 1999 a 2008)

Região/capital	1999		2008		Evolução	
	Mediana ^a	IC95%	Mediana ^b	IC95%	Δ (b-a)	(%)
Norte	414,2	388,0-442,3	434,8	410,4-464,9	20,6	4,97
Rio Branco	311,5	271,7-357,1	376,0	330,1-453,9	64,5	20,71
Manaus	351,4	296,3-416-1	418,1	379,0-475,4	66,7	18,98
Macapá	515,3	436,5-608,2	601,4	498,7-810,4	86,1	16,71
Palmas	336,5	300,6-376,7	379,3	344,9-429,8	42,8	12,72
Porto Velho	392,2	331,6-463,9	434,6	382,0-527,6	42,4	10,81
Boa Vista	429,2	342,0-538,6	418,8	378,7-479,3	-10,4	-2,42
Belém	566,3	434,0-739,0	445,2	404,1-504,5	-121,1	-21,38
Nordeste*	252,8*	244,5-261,4	346,8	333,3-362,3	94,0*	37,18
Maceió*	172,0	158,6-186,5	331,5	296,5-384,3	159,5	92,73
Aracaju*	229,0	208,0-252,0	377,4	326,0-471,5	148,4	64,80
João Pessoa*	198,4	181,6-216,8	314,1	290,9-344,7	115,7	58,32
Recife*	196,8	175,6-220,7	293,1	278,7-309,9	96,3	48,93
Fortaleza*	224,7	215,0-234,9	332,8	307,3-366,3	108,1	48,11
Natal*	230,8	203,8-261,3	330,0	307,0-359,7	99,2	42,98
Salvador*	274,6	241,9-311,6	351,6	322,7-391,0	77,0	28,04
São Luís	439,4	365,5-528,2	480,2	414,8-598,2	40,8	9,29
Teresina	478,4	402,1-569,1	456,5	398,3-555,8	-21,9	-4,58
Centro-oeste	329,5*	313,4-346,4	373,7	353,8-398,1	44,2	13,41
Campo Grande*	315,0	282,2-351,6	406,0	363,0-471,7	91,0	28,89
Goiânia*	260,9	239,6-284,1	310,9	288,5-340,4	50,0	19,16
Cuiabá	357,1	314,1-406,0	389,9	346,1-460,3	32,8	9,19
Distrito Federal	369,9	339,5-403,0	383,6	354,2-424,2	13,7	3,70
Sudeste	240,6*	227,3-254,6	303,5	288,8-320,9	62,9	26,13
São Paulo	180,8*	164,4-198,9	292,8	273,7-316,8	112,0	61,95
Belo Horizonte	211,4*	193,1-231,4	300,7	276,3-333,3	89,3	42,24
Vitória	327,0	291,6-366,7	364,7	334,4-406,3	37,7	11,53
Rio de Janeiro	-	-	334,1	315,7-356,6	-	-
Sul	225,2*	211,3-239,9	302,1	286,2-321,0	76,9	34,15
Porto Alegre	193,5*	169,4-221,0	299,3	274,2-333,2	105,8	54,68
Curitiba	221,9*	203,2-242,3	300,8	278,2-330,4	78,9	35,56
Florianópolis	249,7*	221,2-282,0	326,0	299,6-361,5	76,3	30,56
Brasil	295,9*	289,3-302,7	341,6	331,8-352,4	45,7	15,44

IC95% = intervalo de confiança de 95%.

* Diferença entre as medianas estatisticamente significativa.

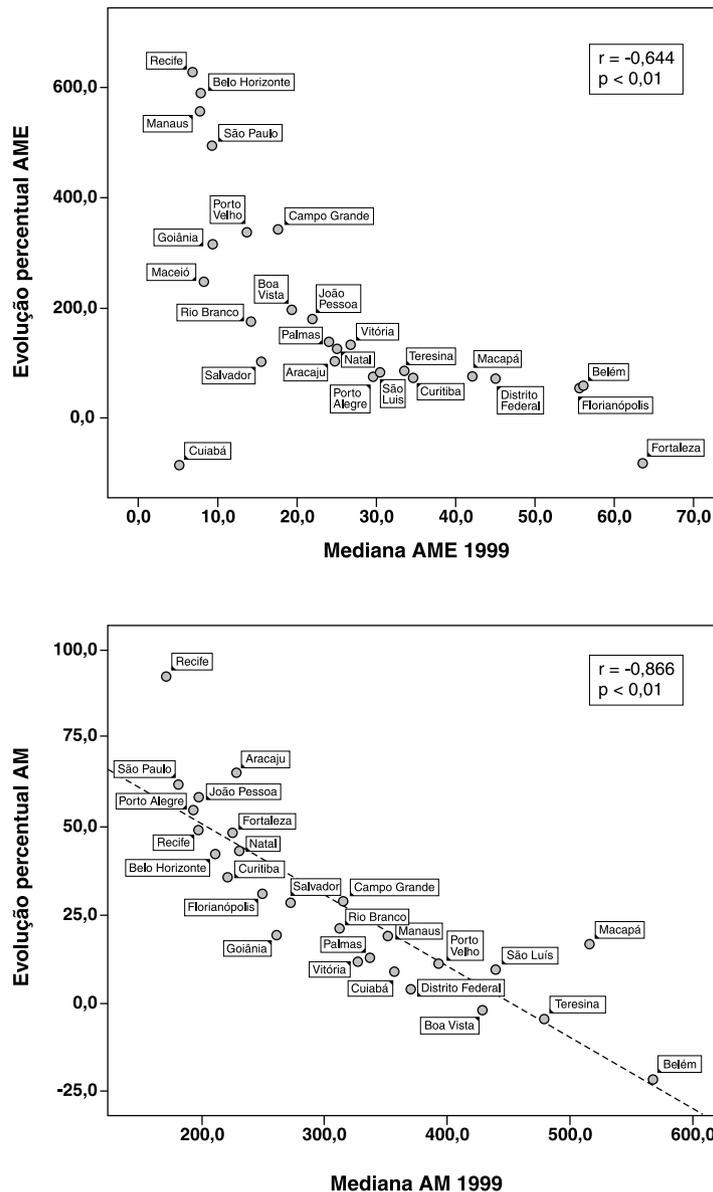
favorável foi observada em Maceió, que aumentou em 159 dias a mediana do AM.

Na Figura 1 são apresentados os gráficos de correlação entre a situação da amamentação em 1999 e o grau de evolução das medianas do AME e AM no período analisado. Verificou-se correlação negativa entre a duração mediana de 1999 e o percentual de evolução, em ambos os casos. Nas capitais onde a duração mediana de AM era menor em 1999, como em Maceió, São Paulo e Porto Alegre, houve maior incremento percentual e, por outro lado, em Belém, Teresina e Boa Vista, capitais com situação mais favorável em 1999, houve, inclusive, redução da duração mediana do AM.

Discussão

A II PPAM possibilitou conhecer a situação atual da amamentação e analisar sua evolução na última década nas capitais brasileiras e DF.

Inicialmente, é importante ressaltar alguns aspectos relacionados ao desenho da pesquisa. A realização de pesquisas durante as campanhas de vacinação tem sido uma estratégia amplamente utilizada e recomendada no Brasil por possibilitar a obtenção de informações em um curto período e com um custo relativamente baixo¹³. Além disso, a alta cobertura populacional das campanhas, somada à utilização de delineamentos amostrais, como o utilizado no presente



AM = aleitamento materno; AME = aleitamento materno exclusivo.

Figura 1 - Correlação entre as medianas de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em 1999 nas capitais brasileiras e Distrito Federal e sua evolução percentual referente ao período 1999 a 2008

estudo, permitem a obtenção de amostras probabilísticas representativas da população de crianças menores de 1 ano nas cidades estudadas.

Dessa forma, no tocante à validade externa do estudo, são aspectos positivos: a alta cobertura da segunda etapa da campanha de vacinação de 2008 (superior a 80% em todas as capitais e média de 95% para o Brasil)¹⁴ e o fato de que o perfil da escolaridade materna (considerada, neste estudo, como *proxy* da situação socioeconômica) é semelhante quando se compara a amostra analisada aos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos em 2008 (86,2% com menos de 12 anos de estudo *versus* 83,8%, respectivamente)¹⁵.

Uma limitação desta pesquisa diz respeito à não inclusão da população residente em áreas rurais e municípios menores¹⁶. Por outro lado, vantagens adicionais dos inquéritos realizados em campanhas de vacinação são: a viabilidade de realização em intervalos menores, permitindo a avaliação e o planejamento de ações no nível local, e seu potencial para a mobilização das equipes de saúde municipais e entrevistadores, geralmente recrutados em universidades.

Dois outros aspectos merecem destaque. O primeiro diz respeito à heterogeneidade dos indicadores entre as capitais e regiões do país, reforçando a importância das pesquisas locais; o segundo refere-se aos avanços verificados na prática da amamentação.

O percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida (67,7%) superou o encontrado na PNDS/2006 (43%) em uma amostra de crianças menores de 60 meses⁷. Essa diferença pode ser explicada, pelo menos parcialmente, em função do presente inquérito refletir situação mais recente, de crianças menores de 1 ano. Não foi possível avaliar a evolução desse indicador, pois o inquérito de 1999 não contemplou essa informação. Sua introdução na pesquisa atual deveu-se à recente recomendação da OMS¹² e aos recentes relatos do impacto dessa prática na redução da mortalidade neonatal^{2,3}.

A prevalência de AME em crianças de 0 a 6 meses (41%) foi muito próxima ao identificado na PNDS/2006 (39,8%)⁷. O aumento de cerca de 1 mês na mediana do AME, verificado neste estudo, foi mais expressivo que o verificado na comparação da PNDS de 1996 (mediana de 1,1 mês) com a de 2006 (mediana de 1,4 meses)⁷. Vale ressaltar, porém, que a comparação do AME entre as PNDS de 1996 e 2006 deve ser interpretada com cautela, uma vez que os dados de 1996 podem estar superestimados por problemas na coleta da informação⁸. Tendência crescente do AME tem sido verificada em diversos estudos realizados em municípios brasileiros¹⁷⁻¹⁹ e em outros países²⁰⁻²².

O indicador AM em crianças de 9 a 12 meses foi utilizado como indicador de continuidade do AM. A OMS recomenda, para o cálculo desse indicador, a proporção de crianças de 12 a 15,9 meses amamentadas¹², mas como a pesquisa incluiu crianças menores de um ano, optou-se por utilizar a faixa etária de 9 a 12 meses.

A continuidade do AM teve um comportamento bastante heterogêneo entre as capitais e regiões, variando de 49,5%,

na Região Sul, a 76,9%, na Norte. A mediana do AM, verificada nesta pesquisa, de 11,2 meses, foi inferior à encontrada na PNDS/2006 (14,0 meses)⁷; porém, a mediana do AM na área urbana do país, verificada na PNDS/2006, foi de 12,9 meses⁷, ou seja, mais próxima do encontrado neste estudo. É interessante observar que apesar do incremento verificado na manutenção do AM no país, sua mediana continua inferior à observada por Pérez-Escamilla²¹ na Bolívia (17,5 meses), Guatemala (19,9 meses) e Peru (19,5 meses), na década de 1990.

A OMS recomenda amamentação exclusiva até os 6 meses e manutenção do AM, juntamente com alimentos complementares, por 2 anos ou mais²³. Segundo parâmetros propostos pela OMS²⁴, os valores revelados pela pesquisa estão longe do ideal. No tocante ao AME em menores de 6 meses, 23 capitais se encontram em situação considerada "razoável" (prevalências entre 12 e 49%), e apenas quatro (Belém, Campo Grande, DF e Florianópolis) estão em "boa situação" (entre 50 e 89%). Quanto à duração do AM, a situação é considerada, na maioria dos casos, "ruim" (mediana inferior a 17 meses) e apenas Macapá é classificada como "razoável" (mediana entre 18 e 20 meses).

Apesar de a situação do AM estar longe da ideal, os avanços conquistados rumo à expansão da prática da amamentação no país são inegáveis. Embora a identificação dos fatores que levaram a essa melhora extrapole o escopo deste estudo, é importante, a título de contextualização, apontar algumas mudanças no perfil socioeconômico da população e a evolução da política nacional de AM, por serem fatores que podem ter influenciado esse comportamento.

A escolaridade materna, identificada como importante fator associado à prática de amamentação²⁵, teve melhora considerável entre 1999 e 2008, com aumento de 20,4 pontos percentuais de mães com escolaridade entre 8 e 11 anos completos¹⁵.

O papel dos programas e políticas na expansão da prática da amamentação também tem sido relatado por vários autores^{16,20-22,24}. Nesse sentido, destacam-se no país: a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, composta atualmente por 270 unidades, a qual registrou aumento de 56% na coleta de leite entre 2003 e 2008, de 50% de crianças beneficiadas e duplicação do número de doadoras, que chegam a 113 mil²⁶; a expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, entre 1999 e 2008, com o credenciamento de 52 hospitais em 2002 e 43 em 2003²⁷; os avanços relacionados à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), decorrentes das mudanças nessa legislação que ocorreram em 2002 e da criação da Lei 11.625, publicada em 2006, visando à regulamentação da promoção comercial e das orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até 3 anos²⁸; e, por fim, a intensa mobilização social provocada pela comemoração das Semanas Mundiais da Amamentação, e a instituição do Dia Nacional da Doação de Leite Humano, em 1º de outubro²⁹.

A análise da influência da situação da amamentação em 1999 sobre o comportamento dos indicadores em 2008 revelou claramente que houve maior incremento nas capitais

com pior situação em 1999 e, por outro lado, avanços mais discretos ou mesmo retrocessos em locais onde a situação era mais favorável. Os municípios de Belém e Fortaleza, por exemplo, que em 1999 apresentavam as maiores medianas de AM e AME, respectivamente, não só não avançaram, como retrocederam. Esse cenário evidencia a necessidade de o Brasil investir em novas estratégias de incentivo à amamentação para que os seus indicadores atinjam patamares mais elevados. Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou, em 2008, a Rede Amamenta Brasil, visando à promoção e apoio à amamentação na rede de atenção básica do país. Essa estratégia veio preencher uma importante lacuna, haja vista as ações de incentivo ao AM estarem focalizadas no âmbito hospitalar.

Pode-se concluir que houve uma melhora significativa da situação do AM na última década, no conjunto das capitais brasileiras, persistindo diferenças entre as regiões e capitais analisadas. Porém, ainda é necessário um grande esforço para que o Brasil atinja índices de AM compatíveis com a recomendação da OMS. Espera-se que os dados desta pesquisa sejam utilizados por gestores, profissionais de saúde e pela sociedade, fornecendo subsídios para o planejamento e avaliação de ações em prol da amamentação.

Referências

- 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.
- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117:380-6.
- Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J Nutr*. 2008;138:599-603.
- Rea MF. The Brazilian National Breastfeeding Program: a success story. *Int J Gynecol Obstet*. 1990;31:79-82.
- Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol*. 1998;1:40-9.
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.195-212.
- Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: UNICEF; 1997. (Cadernos de Políticas Sociais, Série Documentos para Discussão, v. 1).
- Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- Silva NN. Amostragem Probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP, 1998.
- World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: WHO; 2008.
- Santos LM, Paes-Sousa R, Silva Junior JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Organ*. 2008;86:474-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações. <http://pni.datasus.gov.br>. Acesso: 10/03/2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso: 12/03/2010.
- Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Suppl 1:S37-S45.
- Brunken GS, Silva SM, França GV, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:445-51.
- Ferreira L, Parada CM, Carvalhaes MA. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul de estado de São Paulo: 1995-1999-2004. *Rev Nutr*. 2007;20:265-73.
- Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, et al. Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84:560-4.
- Grummer-Strawn LM. The effect of changes in population characteristics on breastfeeding trends in fifteen developing countries. *Int J Epidemiol*. 1996;25:94-102.
- Pérez-Escamilla R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Cad Saude Publica*. 2003;19:S119-27.
- Labbok MH, Wardlaw T, Blanc A, Clark D, Terreri N. Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. *J Hum Lact*. 2006;22:272-6.
- World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the Press No 7. Geneva : WHO, 2001.
- World Health Organization. Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs. Geneva: WHO; 2003.
- 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.
- FIOCRUZ. Rede de Bancos de Leite Humano. <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>. Acesso: 15/10/2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: histórico, situação atual, ações e perspectivas. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460. Acesso: 15/10/2009.
- de Fátima Moura de Araújo M, Rea MF, Pinheiro KA, de Abreu Soares Schmitz B. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. *Rev Saude Publica*. 2006;40:513-20.
- Alencar SM. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 70-101.

Correspondência:

Sônia I. Venancio
Rua Santo Antônio, 590/5º andar - Bela Vista
CEP 01314-000 - São Paulo, SP
Tel.: (11) 3293.2278
Fax: (11) 3105.2772
E-mail: soniav@isaude.sp.gov.br