



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**



NATÁLIA MARIA PENHA COUTINHO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NO
SEGUNDO ANO DE VIDA OU MAIS: ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL**

RECIFE

2013

NATALIA MARIA PENHA COUTINHO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NO
SEGUNDO ANO DE VIDA OU MAIS: ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora:
Prof. Dra. Solange Laurentino dos Santos
Coorientador:
Prof. Dr. Sérgio Souza da Cunha

**RECIFE
2013**

Catálogo na Publicação
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C871p Coutinho, Natália Maria Penha.
Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no segundo ano de vida ou mais: estudo de corte transversal / Natália Maria Penha Coutinho. – Recife: O Autor, 2013.
91 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Solange Laurentino dos Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2013.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Aleitamento materno. 2. Saúde da criança. 3. Prevalência. 4. Fatores epidemiológicos. I. Santos, Solange Laurentino dos (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2013-0125)



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

NATALIA MARIA PENHA COUTINHO

No dia 07 de junho de 2013, às 9h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Solange Laurentino dos Santos (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Pedro Israel Cabral de Lira (Doutor(a) do Departamento de Nutrição da UFPE) Membro Externo e Albanita Gomes da Costa de Ceballos (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Natalia Maria Penha Coutinho, sobre a sua Dissertação intitulada: ***"Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no segundo ano de vida ou mais: estudo de corte transversal"***. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos _____

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira _____

Profa. Dra. Solange Laurentino dos Santos _____

Profa. Dra. **Albanita Gomes da Costa de Ceballos**

Prof. Dr. **Pedro Israel Cabral de Lira**

Profa. Dra. **Solange Laurentino dos Santos**

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu luz, força e equilíbrio para persistir na luta e conseguir mais esta conquista.

Ao meu noivo Leonardo de Paiva, a minha mãe Severina Penha e aos meus irmãos Fernanda Coutinho e Thiago Coutinho pelo apoio e paciência cotidiana.

Ao Prof. Dr. Sérgio Cunha, que nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico, intelectual e cultural.

A Prof.^a Dr.^a Solange Laurentino, que aceitou me orientar nesta reta final, pela atenção e apoio durante o processo de finalização da dissertação.

Aos colaboradores do inquérito original e a Secretaria de Saúde de Jabotão dos Guararapes.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram com o presente estudo.

“É graça divina começar bem. Graça maior persistir na caminhada certa. Mas graça das graças é não desistir nunca.”

(Dom Hélder Câmara)

RESUMO

O Aleitamento materno é um dos pilares da saúde da criança e o prolongamento desta prática pelo segundo ano de vida da criança, apesar de trazer benefícios para a saúde da mãe e da criança, ainda é pouco estudado e valorizado pela sociedade. **Objetivo:** Estimar a prevalência de aleitamento materno (AM) no segundo ano de vida ou mais e os fatores associados a esta prática em crianças do Município de Jaboatão dos Guararapes/PE. **Métodos:** Estudo de corte transversal. A amostra foi composta por 722 crianças de 1 a 4 anos que fizeram parte de um inquérito sobre doenças respiratórias. Destas, 604 crianças haviam iniciado a amamentação e compuseram a amostra para verificar os possíveis fatores preditores do AM prolongado. A coleta de dados foi feita entre os anos de 2010 e 2011, por estudantes da área de saúde devidamente treinados, aplicando-se questionários nos domicílios localizados em áreas com ou sem Programa de Saúde da Família (PSF). Foram realizadas análises univariada, bivariada e multivariada com regressão logística e a medida de associação utilizada foi a razão de chances (*odds ratio* (OR)). **Resultados:** A prevalência de AM prolongado encontrada foi de 47,0%. A análise multivariada revelou que a proporção de AM prolongado foi maior em crianças que nunca fizeram uso de leite artificial ou fizeram uso a partir do 6º mês de vida comparada com aquelas que fizeram uso precoce (<6 meses) (OR=7,58 IC95%2,95-19,47) e (OR=3,68 IC95%2,44-5,55), respectivamente. Crianças que fizeram uso de mamadeira apresentaram uma chance menor de mamarem por 12 meses ou mais comparada àquelas que nunca fizeram uso de mamadeira (OR=0,13 IC95%0,06-0,29). Crianças com mãe de cor parda ou preta apresentaram maior chance de AM prolongado comparadas àquelas de mãe branca (OR=1,75 IC95%1,10-2,79). Crianças que tinham membro da família com plano de saúde apresentaram uma chance menor de AM prolongado que aquelas que não tinham membros com plano de saúde (OR=0,59 IC95%0,36-0,96). **Conclusão:** A prática do AM prolongado é baixa entre a população e fatores como a introdução precoce de alimentos na dieta da criança e uso de mamadeira contribuem para esse problema. Estes fatores devem ser alvo das ações do PSF para promover o aleitamento materno e conseqüentemente a saúde da criança.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Saúde da criança. Prevalência. Fatores epidemiológicos.

ABSTRACT

Breastfeeding is one of the pillars of child's health and the extension of this practice until the second year of infant's life, despite bringing benefits to mother's and child's health, is still poorly studied and valued by society. **Objective:** Estimating the prevalence of breastfeeding in the second year of life or more and the associate factors to this practice in children living in the city of Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. **Methods:** Cross-sectional study. The sample was composed by 722 children from 1 to 4 years old that participated in an inquiry about breathing diseases. Among them, 604 children had initiated breastfeeding and composed the sample in order to verify possible predictors of prolonged breastfeeding. Data collection was made between the years of 2010 and 2011, by health students properly trained, with questionnaires that were applied at homes placed in neighborhoods with or without Family Health Program. Were performed univariate, bivariate analysis and multivariate logistic regression, and the association measure used was the odds ratio (OR). **Results:** The prevalence of prolonged breastfeeding found was 47,0%. The multivariate analysis revealed that the proportion of breastfeeding was more prolonged in children who had never consumed artificial milk or had consumed it only after the sixth month of age compared with those who had consumed it too early (less than 6 months) (OR=7,58 IC95%2,95-19,47) and (OR=3,68 IC95%2,44-5,55), respectively. Children who had used feeding bottle presented less odds to consume breast milk for 12 months or more compared with those who had never used feeding bottle (OR=0,13 IC95%0,06-0,29). Children whose mothers were mulatto or black presented bigger odds of prolonged breastfeeding compared with those children whose mothers were white (OR=1,75 IC95%1,10-2,79). Children that had a family member with health insurance presented few odds of prolonged breastfeeding than those who didn't have family members with health insurance (OR=0,59 IC95%0,36-0,96). **Conclusion:** The practice of prolonged breastfeeding is low among population and factors like early insertion of different kinds of food into child's diet and the use of feeding bottle contribute to this problem. These factors should be the subject of Family Health Program actions to promote breastfeeding and consequently the child's health.

Keywords: Breastfeeding. Child's health. Prevalence. Epidemiologic factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das frequências e duração mediana total do aleitamento materno encontradas nos estudos da literatura revisada.	19
Tabela 2 - Valores do poder de teste encontrados a partir de cenários hipotéticos de proporções de exposição.	31
Tabela 3 - Distribuição das crianças com 12 meses ou mais de idade conforme duração da amamentação total, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	38
Tabela 4 – Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características pessoais, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	40
Tabela 5 - Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características relacionadas à amamentação, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	42
Tabela 6 - Distribuição das crianças do estudo de acordo com as idades em meses de introdução de outros alimentos na dieta, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	43
Tabela 7 - Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características relacionadas à genitora, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	44
Tabela 8 -Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características relacionadas às condições socioeconômicas da família, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	47
Tabela 9 – Resultados da associação entre as variáveis referentes às crianças e o desfecho Aleitamento materno prolongado (análise bivariada com 604 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	49
Tabela 10 - Resultados da associação entre as variáveis relacionadas à genitora e o desfecho Aleitamento materno prolongado (análise bivariada com 604 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	51
Tabela 11 - Resultados da associação entre as variáveis relacionadas às condições socioeconômicas das crianças e o desfecho Aleitamento materno prolongado (análise bivariada com 604 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	52
Tabela 12 - Resultado da associação das 4 variáveis sobre introdução de alimentos com o desfecho AM prolongado na regressão logística (500 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	76
Tabela 13 – Resultado das associações entre as variáveis selecionadas para a análise multivariada e o desfecho: Aleitamento materno prolongado (515 crianças) para cada modelo composto, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.	54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 QUESTÃO DE PESQUISA:	12
3 JUSTIFICATIVA	12
4 OBJETIVOS	12
4.1 Objetivo geral	12
4.2 Objetivos específicos	13
5 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O OBJETO DE ESTUDO	13
5.1 Critérios para selecionar os textos nessa revisão:	13
5.2 Critérios de exclusão:	14
5.3 Etapas da revisão	14
5.4 Resultados da revisão	14
5.5 Discussão de alguns achados	23
5.6 Conclusão da revisão	24
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
6.1 Sobre o estudo original	26
6.2 Desenho de estudo	26
6.3 Local do estudo	26
6.4 População do estudo	28
6.5 Critérios de elegibilidade e perdas	28
6.6 Amostra do estudo original	28
6.7 Tamanho da amostra no estudo original e poder de teste para essa análise	29
6.8 Questionários no estudo original	31
6.9 Coleta de dados	32
6.10 Variável desfecho	32
6.11 Variáveis preditoras do desfecho	33
6.12 Limpeza dos questionários e digitação dos dados no estudo original	35
6.13 Análise dos dados (Plano de análise)	35
6.14 Aspectos éticos	37
7 RESULTADOS	38
7.1 Análise Univariada – Características da população do estudo	38
7.1.1 Proporção de crianças com AM por 12 meses ou mais de idade.	38
7.1.2 Características das crianças do estudo (604 crianças)	39
7.1.3 Características relacionadas à genitora	44
7.1.4 Características relacionadas às condições socioeconômicas da família	46
7.2 Análise Bivariada: associação com variáveis preditoras	48
7.3 Análise Multivariada	52
8 DISCUSSÃO	55
9 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	60
GLOSSÁRIO	66
APÊNDICE A – Quadro 2	67
APÊNDICE B – Resultados da análise de colinearidade	75
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	77
ANEXO B – Questionário da criança	79
ANEXO C – Questionário da mãe	85
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética para liberação da coleta de dados	91

1 INTRODUÇÃO

A nutrição infantil é um dos grandes pilares da saúde da criança. Uma alimentação adequada nos primeiros anos de vida é essencial para garantir o alcance de um pleno crescimento, desenvolvimento e saúde da criança (OMS, 2010). Dentre as estratégias para favorecer uma nutrição infantil adequada estão a proteção e a promoção do aleitamento materno, e a alimentação complementar apropriada (BRASIL, 2009).

O Aleitamento materno é prática unanimemente indicada pelas instituições que norteiam as práticas de saúde, tais como Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2009) e Academia Americana de Pediatria (AAP, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança e a partir do sexto mês o aleitamento materno deve ser complementado com alimentos nutricionalmente adequados e seguros, por dois anos ou mais (OPAS, 2003). Já a Academia Americana de Pediatria recomenda aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, e complementado por 1 ano ou mais se desejado pela mulher e pela criança (AAP, 2012)

A prática do Aleitamento materno tem seus benefícios para a saúde da mãe e da criança reconhecidos e divulgados há várias décadas (TOMA; REA, 2008), bem como benefícios para a família e sociedade, ao prevenir doenças e assim diminuir os custos advindos com o adoecimento da criança e o absenteísmo materno, entre outros (AAP, 2012). O efeito protetor do aleitamento materno configura-se de grande importância, especialmente para as crianças pobres que estão expostas a condições de vida mais precárias e conseqüentemente maiores cargas de adoecimento (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Estima-se que milhares de mortes e 10% da carga de enfermidades que ocorrem entre as crianças menores de 5 anos se devam às práticas inadequadas de aleitamento materno (OMS, 2010).

Os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança podem ser a curto e a longo prazo. Há um consenso na literatura com relação aos benefícios do aleitamento materno a curto prazo (KRAMER, 2010), principalmente no que diz respeito à exclusividade do Aleitamento materno até o sexto mês de vida da criança e seu efeito protetor contra as infecções gastrointestinais, otite média, infecções respiratórias (CHANTRY *et al.*, 2006) e atopias (AAP, 2012).

Com relação aos benefícios em longo prazo do aleitamento materno, há controvérsias entre os estudos, porém sugere-se que pode diminuir o risco de sobrepeso (KERSEY *et al.*, 2005), obesidade, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia e câncer (NOVAES *et al.*, 2009).

Também é descrito que crianças que mamaram possuem um desenvolvimento intelectual/cognitivo mais acentuado que aquelas não amamentadas (ODDY *et al.*, 2003)(KRAMER, 2010), efeito também observado na vida adulta (MORTENSEN *et al.*, 2002), como também um crescimento linear adequado (ASSIS *et al.*, 2007). Além disso, a utilização de alimentos adequados após o sexto mês de vida do lactente, em conjunto com o aleitamento materno contribuem para que a criança adquira hábitos alimentares saudáveis ao longo da vida (DWYER *et al.*, 2010).

A recomendação de Aleitamento materno por dois anos ou mais, parece estar baseada no potencial efeito imunoprotetor e de aporte nutricional de qualidade que este alimento oferece a criança nesta faixa etária, pois a maioria dos estudos que investigaram os benefícios do aleitamento materno, não consideraram o efeito específico do aleitamento materno por mais de 12 meses de vida da criança (OPAS, 2003).

O aleitamento materno também traz benefícios a curto e a longo prazo para a saúde da mulher que amamenta (OMS, 2010). A curto prazo leva a involução uterina mais rápida, diminuindo o sangramento pós-parto, provoca amenorreia lactacional que pode aumentar o intervalo entre gravidezes, dentre outros. A amamentação acumulada por mais de 12 meses traz benefícios a longo prazo tais como diminuição do risco de hipertensão arterial, hipercolesterolemia, doença cardíaca e diabetes, além de câncer de ovário e de mama (AAP, 2012).

A prevalência de aleitamento materno tem sido investigada levando-se em consideração as diversas formas de definição desta prática, destacando-se os estudos que investigam a forma exclusiva ou não de aleitamento materno por 4 ou 6 meses (VENANCIO *et al.*, 2002) (LONDONO FRANCO; LÓPEZ, 2010)(WENZEL *et al.*, 2010).

A prevalência de Aleitamento materno exclusivo (AME) estimada no último estudo conduzido em todas as regiões brasileiras foi de 41% para crianças menores de 6 meses (BRASIL, 2009a), porém em estudos outros que investigaram a prática do AME até o sexto mês de vida da criança no Brasil, a prevalência esteve entre 0,9% a 21,4% (OLIVEIRA, *et al.*, 2005)(SIMON *et al.*, 2009). No que diz respeito ao aleitamento materno (AM) por dois anos ou mais, há poucos estudos que investigaram esta prática. A prevalência de AM por dois anos ou mais foi estimada no Sul do Brasil em 32,5% (MARTINS; GIUGLIANI, 2012), chegando a 9,3% em crianças com 23,9 meses nos municípios do semiárido da Paraíba (PALMEIRA *et al.*, 2011).

Vários são os fatores citados nos estudos que interferem na prática do aleitamento materno exclusivo e levam ao desmame precoce, e em sua maioria se referem às condições socioeconômicas e de acesso à informação e serviços de saúde. Dentre estes fatores estão baixa escolaridade materna (BRASIL, 2009a), ausência de programa Hospital Amigo da Criança, primiparidade, maternidade precoce e condições de vida precárias (OLIVEIRA *et al.*, 2005)(VENANCIO *et al.*, 2002), desconhecimento das vantagens da amamentação exclusiva e a introdução precoce do leite integral (LONDONO FRANCO; LÓPEZ, 2010), uso de chupeta (SOARES *et al.*, 2003), dentre outros. Alguns destes fatores também são observados em países desenvolvidos (WIJNDAELE *et al.*, 2009).

Os fatores citados como associados à manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais são: o não uso de chupeta, postergar a introdução de outros alimentos na dieta da criança, mãe permanecer em casa com a criança nos primeiros seis meses, entre outros (MARTINS; GIUGLIANI, 2012). Em outros estudos que incluíam crianças acima de 12 meses, foi descrito uma maior duração do aleitamento materno em mulheres mais velhas, em crianças que não usaram mamadeira, residentes em áreas rurais e que receberam alimentos complementares mais tardiamente (LIMA; OSÓRIO, 2003)(DANG *et al.*, 2005).

Alguns estudos relatam a influência de profissionais de saúde e da família na prática do aleitamento materno (YESILDAL *et al.*, 2008)(COSTA *et al.*, 2009)(SALES; SEIXAS, 2008), sejam estes profissionais inseridos na assistência pré-natal, na assistência hospitalar ao binômio, como também no acompanhamento do binômio e família na atenção básica.

As políticas públicas relacionadas a promover e proteger a prática do aleitamento materno a nível nacional priorizam, em sua maioria, a assistência hospitalar: Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Rede de Bancos de Leite Humanos.

Para fortalecer as ações em prol do AM na Atenção Básica, o Ministério da Saúde lançou o programa Amamenta Brasil em 2009, a fim de promover discussões sobre esta prática que se inseri no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde e pactuar ações (BRASIL, 2009b).

Portanto, reconhece-se a estratégia de saúde da família como um potencial estimulador do aleitamento materno, pois possui uma lógica de aproximar os profissionais de saúde da comunidade, família e indivíduos, com capacidade de intensificar as ações para aquelas mulheres com maiores chances de desmame, seja ele precoce ou não, como também promover ações que estimulem o aleitamento materno.

Este estudo, fez uma análise de dados sobre a prática do aleitamento materno prolongado (no segundo ano de vida ou mais) em crianças que viviam em uma regional do município de Jabotão dos Guararapes, utilizando os dados já coletados no estudo original.

2 QUESTÃO DE PESQUISA:

Qual a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno durante o segundo ano de vida ou mais, em crianças com 1-4 anos?

3 JUSTIFICATIVA

Existe a recomendação da OMS de amamentar as crianças por dois anos ou mais devido aos benefícios potenciais para a saúde da criança e da mãe, contribuindo para a redução da morbimortalidade das crianças menores de cinco anos. Diante disto, torna-se importante conhecer os padrões desta prática nas populações, principalmente as mais vulneráveis como a do estudo, bem como conhecer os fatores que estão associados ao aleitamento materno por 12 meses ou mais. Além disso, poucos são os trabalhos que estudaram os fatores que determinam o aleitamento materno por 12 meses ou mais, que neste estudo será denominado aleitamento materno prolongado.

Os achados deste estudo podem trazer questões relevantes para a discussão das políticas e práticas de saúde direcionadas a estimular o aleitamento materno, a fim de aprimorá-las para que possam efetivamente contribuir para prolongar esta prática e consequentemente promover a melhoria das condições de saúde da criança. A nível local, os achados podem ser importantes para o desenvolvimento de estratégias locais que favoreçam esta prática, levando em consideração suas peculiaridades, a fim de identificar e intervir precocemente naquelas mulheres com maiores chances ao desmame, como também reconhecer as características favoráveis a esta prática.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de aleitamento materno no segundo ano de vida ou mais, e os fatores associados em crianças de 1-4 anos do município de Jabotão dos Guararapes nos anos de 2010-2011.

4.2 Objetivos específicos

1. Estimar a **prevalência** de aleitamento materno durante o segundo ano de vida ou mais;
2. Estimar a **associação entre os potenciais fatores preditores** e o aleitamento materno durante o segundo ano de vida ou mais, entre as crianças que iniciaram a amamentação.

5 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O OBJETO DE ESTUDO

Esta revisão está no formato de uma revisão sistemática de literatura (**RSL**), com a ressalva de ter sido realizada apenas por uma pessoa, a mestrand, guiada pelas etapas abaixo descritas. Não se fez análise estatística dos dados (metanálise).

A revisão teve por objetivo responder as seguintes perguntas, todas se referem ao objeto de estudo e interpretação de dados (**aleitamento materno prolongado**):

- 1- Qual a prevalência de aleitamento materno?
- 2- Quais os fatores associados ao aleitamento materno/desmame total?

5.1 Critérios para selecionar os textos nessa revisão:

Estudos originais publicados em periódicos ou dissertações de mestrado e teses de doutorado;

Ano de publicação: 2001 a mar/2013.

Língua: inglês, espanhol e português.

Poderiam ter os seguintes desenhos de estudo: estudos experimentais controlados, caso-controle, coorte e corte transversal. Foi pesquisado também se já existiu RSL utilizando os dados dos trabalhos originais.

Estudos com o objetivo: (1) estimar a prevalência do aleitamento materno no segundo ano de vida e/ou (2) duração que inclua o segundo ano de vida e/ou (3) os fatores associados ao aleitamento materno/desmame total que inclua crianças no segundo ano de vida.

Fonte de dados: LILACS, PUBMED e SCIELO.

Palavras chaves: “aleitamento materno” e “desmame” e suas versões em inglês “*breastfeeding*” and “*weaning*”.

5.2 Critérios de exclusão:

Artigos relacionados a uma população com condição ou doença específica, como entre prematuros (SILVA; SEGRE, 2010); crianças com HIV (KUHN *et al.*, 2008);(THEA *et al.*, 2006); que estudaram desmame precoce ou aleitamento materno exclusivo; investigaram a prática de aleitamento materno em menores de 1 ano; não eram artigos originais; trabalharam com população não-humana; não respondiam às questões condutoras desta revisão. Também foram excluídos os estudos que possuíam um resumo de difícil classificação e/ou o texto completo não era acessível através do Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

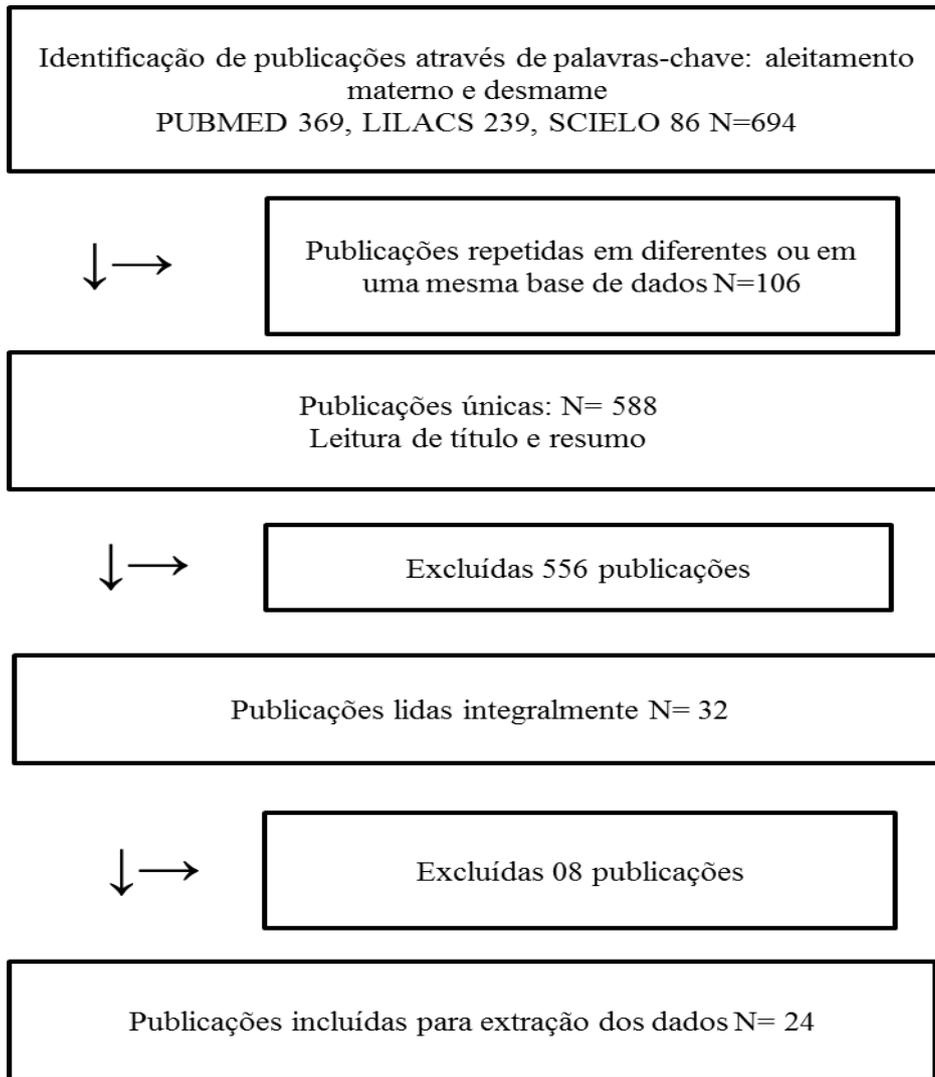
5.3 Etapas da revisão

1. Identificação dos textos nas fontes de dados;
2. Leitura dos resumos para selecionar os textos que seriam lidos por completo e excluir textos;
3. Leitura completa dos textos e seleção daqueles que respondiam a alguma ou ambas as perguntas condutoras da revisão;
4. Extração dos dados dos textos selecionados; e
5. Tabulação dos dados extraídos dos textos selecionados:
 - 5.1. Características metodológicas dos estudos (Quadro 1);
 - 5.2. Prevalência, duração (Tabela 1);
 - 5.3. Fatores associados ao aleitamento materno prolongado/desmame total (Quadro 2).

5.4 Resultados da revisão

Utilizando-se as palavras-chave descritas anteriormente em cada um dos bancos de dados pesquisados foram encontradas 369 publicações no PUBMED, 86 no SCIELO e 239 no LILACS, totalizando 694 publicações. Após exclusão das publicações repetidas nas bases de dados chegou-se a um total de 588 estudos. Aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão ao ler o título e resumo dos trabalhos, a fim de selecionar os artigos que seriam lidos integralmente, totalizando 32 artigos. Após leitura dos textos, foram excluídos outros 08 artigos por não responderem às questões condutoras da revisão, finalizando o processo de seleção com 24 artigos cujos dados foram extraídos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das publicações.



Fonte: autor

Após a leitura destes artigos, realizou-se a extração dos dados que foram reavaliados e apresentados em forma de quadro e tabela. No quadro 1 estão descritas algumas características sobre desenho de estudo e população estudada nos trabalhos selecionados. A maioria dos artigos selecionados são estudos de corte transversal, o que dificulta a interpretação causal das associações encontradas. Por outro lado, metade são estudos de base populacional, ou seja, seus resultados possuem maior poder de generalização.

Quadro 1 - Características dos estudos incluídos na revisão de literatura: desenho e população de estudo.

Nº	Estudo (autor, ano de publicação)	Desenho do estudo ¹	Ano do estudo ²	Local do estudo	Representatividade da população de estudo ³	População analisada	
						N	Idade
1	(LIMA; OSÓRIO, 2003)	CT	1996	6 estados da região Nordeste do Brasil ⁴	Base populacional	813	< 25 meses
2	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2005)	CT	1996	Salvador- BA	Base populacional	811	0-24 meses
3	(HAJIAN-TILAKI, 2005)	CT	1998	Babol, Irã	Base populacional	600	12-24 meses
4	(DANG <i>et al.</i> , 2005)	CT	1999	Tibete	Base populacional	1655	< 36 meses
5	(SPINELLI <i>et al.</i> , 2002)	CT	2000	São Paulo- SP	Serviço (12 creches)	235	2-18 meses
6	(SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006)	CT	2000	03 Municípios de Minas Gerais	Base populacional	450	2-24 meses
7	(CAMILO <i>et al.</i> , 2004)	CT	2001	Campinas-SP	Serviço (3 centros de saúde- escola)	1.695	0-2 anos
8	(DONATH; AMIR, 2005)	CT	2001	Austrália	Base populacional	1883	< 3 anos
9	(MENNELLA <i>et al.</i> , 2006)	CT	2002	EUA	Base populacional	3008 ⁵	4-24 meses
10	(SENARATH <i>et al.</i> , 2007)	CT	2003	Timor-leste	Base populacional	2162	0-23 meses
11	(AKTER; RAHMAN, 2010)	CT	2004	Bangladesh	Base populacional	5366	0-36 meses
12	(SIMON <i>et al.</i> , 2009)	CT	2004-05	São Paulo	Serviço (7 escolas particulares)	566	2-6 anos
13	(BERNARDI <i>et al.</i> , 2009)	CT	2004-05	Campinas-SP	Base Populacional	2857	1-24 meses
14	(PALMEIRA <i>et al.</i> , 2011)	CT	2005	14 Municípios do semiárido da Paraíba	Base Populacional	539	0-23,9 meses
15	(YESILDAL <i>et al.</i> , 2008)	CT	2006	Ducze, Turquia	Base populacional	158	0-24 meses

Continua

Quadro 1 - Características dos estudos incluídos na revisão de literatura: desenho e população de estudo.

Conclusão

Nº	Estudo (autor, ano de publicação)	Desenho do estudo ¹	Ano do estudo ²	Local do estudo	Representatividade da população de estudo ³	População analisada	
						N	Idade
16	(LONDONÕ FRANCO; LÓPEZ, 2010)	CT	2006-08	Calarcá- Colômbia	Creches comunitárias ⁶	384	2- 5 anos
17	(CANCELIER <i>et al.</i> , 2009)	CT	2007	Tubarão-SC	Crianças cadastradas no PSF	160	0-2 anos
18	(BERRA <i>et al.</i> , 2003)	CO	1993-98	Córdoba-Argentina	Crianças nascidas em Córdoba	650	0-50 meses ⁷
19	(KUDLOVA; RAMES, 2007)	CO	2000	Praga, República Tcheca	Serviço de saúde	88	24 meses
20	(ALVES <i>et al.</i> , 2008)	CO	1980-2004 ⁸	Belo Horizonte-MG	Serviço de saúde	790	< 24 meses
21	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	CO	2004	Zabol-Irã	Serviço de saúde (3 urbanos e 3 rurais)	1264	< 3 anos
22	(MARTINS; GIUGLIANI, 2012)	CO	2003-08	Porto Alegre-RS	Serviço de saúde – HC	151	3-5 anos
23	(ALVES <i>et al.</i> , 2012)	CT	2009	Belo Horizonte-MG	Serviço de saúde	118	12-24 meses
24	(FREITAS <i>et al.</i> , 2012)	CT	2009-11	Belo Horizonte-MG	Serviço militar	100	≤ 24 meses

Notas: ¹ CT – Corte transversal ou CO- Coorte (histórica ou não).

² Ano de coleta de dados, não é ano de publicação.

³ Se estudo teve base populacional ou representa uma população específica como usuárias de serviço de saúde, escola, creches, etc.

⁴ Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia com dados do PNDS (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde).

⁵ Foram extraídas informações de 995 crianças que possuíam idade de 12-24 meses de acordo com o objetivo desta revisão.

⁶ O artigo refere *hogar comunitario* que foi traduzido como creches comunitárias.

⁷ As crianças foram acompanhadas do nascimento até 50 meses de idade.

⁸ O estudo utilizou dados de cinco estudos longitudinais retrospectivos realizados nos anos de 1980, 1986, 1992, 1998 e 2004.

Na tabela 1 estão as estimativas encontradas nos artigos originais que foram revistos. Esta tabela contém dados sobre o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, aleitamento materno no final do 1º ano de vida, durante o segundo ano de vida e final do 2º ano de vida, além do tempo de duração mediana do aleitamento materno total. Estes dados foram extraídos para melhorar a compreensão do tópico estudado.

Observam-se diferenças quanto à forma de apresentação das variáveis nos estudos, ao considerar diferentes idades para estimar as prevalências. A prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) foi medida considerando vários períodos: aos 4 meses, 6 meses de vida da criança, entre outros. A prevalência de AME variou de 0,9% (OLIVEIRA *et al.*, 2005) a 24,2% (LONDONÕ FRANCO; LÓPEZ, 2010). Os principais resultados podem ser sumarizados como:

1- A prevalência do aleitamento materno no final do 1º ano de vida variou de 9,2% (OLIVEIRA *et al.*, 2005) a 92% (RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009);

2- A prevalência de aleitamento materno no segundo ano de vida variou de 6% (MENNELLA *et al.*, 2006) a 35,8% (PALMEIRA *et al.*, 2011);

3- A prevalência no final do 2º ano variou de 0,97% (RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009) a 53% (HAJIAN-TILAKI, 2005);

4- A mediana da duração do aleitamento materno total variou de 4 (BERNARDI *et al.*, 2009)(BERRA *et al.*, 2003) a 26 meses (DANG *et al.*, 2005).

Tabela 1 - Distribuição das frequências e duração mediana total do aleitamento materno encontradas nos estudos da literatura revisada.

N°	Estudo (autor, ano de publicação)	Frequência do aleitamento materno (%) por idade e se exclusivo ou não			Duração mediana total (meses ²)	
		Aleitamento materno exclusivo % (idade)	Aleitamento materno total ¹			
			Final do 1° ano (12 meses)	Durante o 2° ano (12 a 24 meses)		Final do 2° ano (24 meses)
1	(LIMA; OSÓRIO, 2003)	-	37,3%	-	22,0%	6,7
2	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2005)	0,9% (6 meses)	9,2%	-	-	4,4
3	(HAJIAN-TILAKI, 2005)	-	Rural: 88,0% Urbana: 87,0%	-	Rural: 53,0% Urbana: 18,0%	-
4	(DANG <i>et al.</i> , 2005)	20,1% (4 meses)	-	-	-	26
5	(SPINELLI <i>et al.</i> , 2002)	-	-	13,3% (12-18 meses)	-	5,6
6	(SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006)	-	-	-	-	10,9
7	(CAMILO <i>et al.</i> , 2004)	8,0% (6 meses)	33,3%	20,8%	7,1%	6,4
8	(DONATH; AMIR, 2005)	18,4% (6 meses)	-	24,9%	-	-
9	(MENNELLA <i>et al.</i> , 2006)	-	-	Hispânico: 12,0% Não-hispânico: 6,0%	-	-
10	(SENARATH <i>et al.</i> , 2007)	3,0% (6 meses)	80,0%	32,5% (20-23 meses)	26,0%	17,7
11	(AKTER; RAHMAN, 2010)	-	-	-	-	27,5 ³
12	(SIMON <i>et al.</i> , 2009)	21,4% (≥6 meses)	-	24,1%	-	-
13	(BERNARDI <i>et al.</i> , 2009)	2,3% (6 meses)	-	-	-	4

Continua

Tabela 1 - Distribuição das frequências e duração mediana total do aleitamento materno encontradas nos estudos da literatura revisada. Conclusão

N°	Estudo (autor, ano de publicação)	Frequência do aleitamento materno (%) por idade e se exclusivo ou não			Duração mediana total (meses ²)	
		Aleitamento materno exclusivo % (idade)	Aleitamento materno total ¹			
			Final do 1º ano (12 meses)	Durante o 2º ano (12 a 24 meses)		Final do 2º ano (24 meses)
14	(PALMEIRA <i>et al.</i> , 2011)	10,4% (4-5,9 meses)	-	35,8%	9,3%	-
15	(YESILDAL <i>et al.</i> , 2008)	22,4% (< 6 meses)	60,7% (aos 12-15 meses)	10,0% (20-23 meses)	-	20
16	(LONDONÕ FRANCO; LÓPEZ, 2010)	24,2% (6 meses)	41,8%	-	14,4%	6
17	(CANCELIER <i>et al.</i> , 2009)	-	-	30,0% (13-24 meses)	-	-
18	(BERRA <i>et al.</i> , 2003)	-	22,0% ⁴	-	10,0% ⁴	4
19	(KUDLOVA; RAMES, 2007)	-	36,8%	-	4,5%	9
20	(ALVES <i>et al.</i> , 2008)	-	-	-	-	5 (1980) 11 (2004)
21	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	-	92,0% ⁴	-	0,97% ⁴	20,8 ³
22	(MARTINS; GIUGLIANI, 2012)	-	-	-	32,5% ⁵	11,5
23	(ALVES <i>et al.</i> , 2012)	15,3% (6 meses)	-	35,0%	-	-
24	(FREITAS <i>et al.</i> , 2012)	-	-	-	-	7,2

Notas: ¹ AMT – Aleitamento Materno Total: recebeu leite materno de forma exclusiva, predominante ou complementado.

² Todos os valores informados em dias nos artigos foram convertidos em meses para apresentação na tabela.

³ Média do aleitamento materno, não há referência sobre a mediana.

⁴ Calculado pelo método de Kaplan-Meier como probabilidade de estar amamentando até o final do período de vida investigado.

⁵ Crianças entre 2 anos e 5 anos de idade.

Os estudos utilizaram diversas medidas de associação entre as variáveis de exposição e aleitamento materno como *odds ratio*, *hazard ratio*, risco relativo. Também há estudos que não mostraram medidas de associação, apenas referindo que a associação era estatisticamente significativa através do valor de *p*. Alguns estudos relataram determinados fatores como associados com a duração do aleitamento materno, porém os valores apresentados não são associações estatisticamente significantes (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006) (HAJIAN-TILAKI, 2005).

Dos 24 artigos selecionados, três não mediram associações (PALMEIRA *et al.*, 2011)(MENNELLA *et al.*, 2006)(DONATH; AMIR, 2005), três não verificaram associação de possíveis fatores com aleitamento materno que incluísse crianças no segundo ano de vida (LONDONÕ FRANCO; LÓPEZ, 2010)(OLIVEIRA *et al.*, 2005)(SENARATH *et al.*, 2007), três não encontraram associações ES (SPINELLI *et al.*, 2002)(SIMON *et al.*, 2009) (CANCELIER *et al.*, 2009) e um não verificou associações investigadas neste estudo (ALVES *et al.*, 2012). Os fatores que mostraram associação com a duração do aleitamento materno ou com a manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais, nos 14 estudos restantes, estão apresentados no quadro 2 que por ser grande, preferiu-se colocá-la no apêndice na página 69. Aqueles fatores que são citados nos artigos como estatisticamente significante, mas têm valores de $p \geq 0,05$ ou intervalo de confiança que incorpora o valor 1 na análise final multivariada, não são listados no quadro 2.

O Quadro 3 descreve os principais fatores investigados como potencialmente associados com a prática do aleitamento materno nos estudos selecionados. Observa-se que os achados são inconsistentes para a maioria dos fatores investigados, ou seja, para uma mesma variável foram descritas ausência de associação, associação positiva, e negativa, a depender do estudo. Um exemplo é a variável escolaridade materna descrita a seguir.

A associação entre **escolaridade materna** e duração do aleitamento materno ou desmame total foi investigada em 14 estudos, não sendo encontrada associação em oito estudos. Dos seis estudos que encontraram associação, cinco encontraram associação entre maior escolaridade materna e menor duração do aleitamento materno (AKTER; RAHMAN, 2010)(BERRA *et al.*, 2003)(DANG *et al.*, 2005)(RAKHSHANI; MOHAMMADI, 2009) (YESILDAL *et al.*, 2008) e um encontrou associação entre maior escolaridade materna e maior duração do AM (KUDLOVA; RAMES, 2007).

Com relação à **ocupação materna**, dois estudos não encontraram associação com o aleitamento materno e três estudos encontraram associação com aleitamento materno.

Dois destes estudos encontraram que as mães donas de casa amamentaram por mais tempo seus filhos que as mães que trabalharam fora de casa (BERNARDI *et al.*, 2009)(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009) e o outro estudo encontrou a associação inversa (AKTER; RAHMAN, 2010).

Dos 11 estudos que investigaram associação entre AM e **idade materna**, sete não evidenciaram associação. Em quatro estudos, a idade materna mostrou associação com duração do aleitamento materno: sendo descrito que quanto maior a idade materna, maior a duração do aleitamento materno (AKTER; RAHMAN, 2010)(LIMA; OSÓRIO, 2003)(DANG *et al.*, 2005)(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009).

Relacionado ao **estado civil materno**, quatro estudos encontraram associação com aleitamento materno. Dois estudos encontraram menor duração do aleitamento materno entre as mulheres sem companheiro comparadas aquelas que possuem companheiro (BERNARDI *et al.*, 2009)(KUDLOVA; RAMES, 2007). Um estudo encontrou maior chance de desmame total entre as mulheres casadas (FREITAS *et al.*, 2012). Outro estudo, que investigou a prática do aleitamento materno por dois anos ou mais, encontrou que mulheres que coabitam com o companheiro tem probabilidade 39% menor de amamentarem por dois anos ou mais (MARTINS; GIUGLIANI, 2012). Os autores interpretaram que este achado estava relacionado ao desconhecimento dos pais sobre a importância do aleitamento materno prolongado, bem como a falta de manejo em lidar com mudanças na rotina do relacionamento do casal. O apoio proferido pelo companheiro, seja nos cuidados com a criança ou no apoio a própria mulher, favorece a prática do aleitamento materno, principalmente quando este pai/companheiro conhece a importância desta prática (MARTINS; GIUGLIANI, 2012).

O **uso de bicos artificiais**, seja chupeta ou mamadeira, mostrou-se associado com menor duração do aleitamento materno ou do aleitamento por 2 anos ou mais, nos três estudos que investigaram esta associação (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006) (LIMA; OSÓRIO, 2003)(MARTINS; GIUGLIANI, 2012).

No que diz respeito à **área de residência**, três estudos encontraram maior duração do aleitamento materno entre aquelas crianças que vivem em áreas rurais (RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)(LIMA; OSÓRIO, 2003)(DANG *et al.*, 2005).

Com relação à **paridade materna**, em dois dos três estudos que encontraram associação, foi observado que quanto maior a paridade, maior a duração do aleitamento materno (RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)(BERRA *et al.*, 2003). O outro encontrou associação inversa.

Em 3 estudos, a **introdução de alimentos complementares**, água, chás e leite artificial em idade mais precoce, esteve estatisticamente associada com a menor duração do aleitamento materno total ou menor frequência de aleitamento por dois anos e mais (RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)(BERRA *et al.*, 2003)(DANG *et al.*, 2005)(MARTINS; GIUGLIANI, 2012). Em outros 3 estudos não foi encontrada associação.

Dos 12 estudos que investigaram associação entre **sexo da criança** e aleitamento materno, apenas um, realizado na Turquia, encontrou associação entre o sexo da criança e aleitamento materno (YESILDAL *et al.*, 2008). Crianças do sexo feminino tiveram menor duração do aleitamento materno total. Os autores citam que isto pode estar relacionado com fatores culturais que valorizam o sexo masculino por ser este o perpetrador do nome da família (YESILDAL *et al.*, 2008).

Outros fatores mostraram-se associados estatisticamente com a duração do aleitamento materno total, e estão apresentados no quadro 2 (APÊNDICE A). Vários deles relacionados ao conhecimento sobre a importância do Aleitamento Materno (AM), experiência com AM e assistência prestada pelos serviços de saúde.

5.5 Discussão de alguns achados

Quanto maior a escolaridade materna menor a duração do aleitamento materno. Uma maior escolaridade sugere maior acesso a informação (VASCONCELOS *et al.*, 2006), portanto isto leva a reflexão sobre a qualidade da informação oferecida e habilidade dos profissionais de saúde em incentivar esta prática.

Mulheres que trabalham fora de casa amamentam por menos tempo sua criança que mulheres donas de casa. Isto evidencia a necessidade de adequações das práticas de incentivo ao aleitamento materno para que os profissionais de saúde possam considerar questões como o retorno ao trabalho pela mulher-mãe-nutriz a fim de favorecer efetivamente a continuação do aleitamento materno (GIUGLIANI, 2000).

Quanto maior a idade materna maior a duração do aleitamento materno. Este achado poderia ser explicado pela maior experiência ou maturidade da mulher em cuidados com crianças, como também com aleitamento materno (LIMA,; OSÓRIO, 2003), promovendo maior autoconfiança da mulher como provedora de cuidados e alimento para a criança.

O uso de bicos artificiais (chupeta e mamadeira) esteve associado a menor duração do aleitamento materno e aleitamento materno por dois anos ou mais. Apesar do mecanismo de interferência dos bicos artificiais não está bem estabelecido na literatura (SANTOS NETO *et al.*, 2008), supõe-se que influenciam no mecanismo de sucção da mama, ocasionando confusão entre bicos e rejeição do peito pela criança. Além disso, possivelmente leva a diminuição do número de mamadas e conseqüentemente a diminuição da quantidade de leite produzido (BRASIL, 2009).

Quanto maior a paridade, maior a duração do aleitamento materno. Esse resultado poderia ser explicado pela experiência materna anterior com esta prática, tendo sido esta positiva ou não, o que pode fazer com que a mulher adquira maior habilidade e segurança/confiança para amamentar em uma próxima vivência (WENZEL *et al.*, 2010).

5.6 Conclusão da revisão

Os resultados dos estudos mostram que a prática do aleitamento materno, seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança ou prolongado por dois anos ou mais, não está sendo seguida como recomenda a OMS. A maior proporção de AM exclusivo e de AM por 2 anos ou mais encontrada nos diversos trabalhos foi de 24,2% e 53%, respectivamente. Isto evidencia fragilidade das ações direcionadas a favorecer esta prática, trazendo à tona a necessidade de se repensar as políticas voltadas para promover o aleitamento materno, considerando os fatores que determinam e condicionam esta prática.

A inconsistência de vários achados sugere que o mecanismo de associação entre os diversos fatores e a amamentação não deve ser único e deve variar entre as populações, talvez a depender de características que distinguem as populações como aspectos culturais e econômicos. Os resultados sugerem também que fatores modificáveis são importantes para a duração do aleitamento materno. Esses fatores estão relacionados a questões sobre assistência à saúde, estruturação e acesso a serviços de saúde, além de questões socioculturais. Enfatizam a importância dos profissionais de saúde que têm o papel de favorecer o entendimento de pais, família e sociedade sobre os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe, além de apoiar e orientar a execução adequada desta prática. Ademais, levam a uma reflexão sobre como se pode adequar a recomendação da prática do aleitamento materno prolongado com questões socioculturais como o retorno das mães-nutrizas ao trabalho.

Quadro 3 - Fatores investigados como possivelmente associados com a prática do aleitamento materno prolongado.

Fatores investigados	Nº de estudos	Achados		
		Associação nula	Associação positiva	Associação negativa
Escolaridade materna Menor ¹ vs. Maior escolaridade	14	08	05	01
Sexo da criança Masculino ¹ vs. Feminino	12	11	01	-
Idade materna Maior idade ¹ vs. Menor idade	11	07	04	-
Tipo de parto	09	09	-	-
Área de residência Rural ¹ vs. Urbana	07	04	03	-
Idade de introdução de alimentos complementares Precoce ¹ vs. Tardio	06	03	-	03
Introduziu ¹ vs. Não introduziu	01	-	-	01
Peso ao nascer Menor peso ¹ vs. Maior peso	06	05	01	-
Ocupação materna Dona de casa ¹ vs. Trabalham fora de casa	05	02	02	01
Primeiro contato do binômio pós-parto (mais tardio)	05	04	-	01
Estrato social/Renda familiar/Pessoal Maior renda ¹ vs. Menor renda	05	04	-	01
Paridade materna Maior paridade ¹ vs. Menor paridade	04	01	02	01
Mãe fez pré-natal Não ¹ vs. Sim	03	02	-	01
Uso de bicos artificiais	03	-	-	03
Aleitamento Materno prévio Menos ¹ vs. Mais de 6 meses	03	02	-	01
Estado civil materno Com companheiro ¹ vs. Sem companheiro	04	01	02	01
Fumo materno ou gestação	03	03	-	-
Coabitar com companheiro	02	01	-	01

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos artigos selecionados na revisão de literatura.

Nota: ¹ Categoria de referência.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Sobre o estudo original

Esta dissertação utilizou dados coletados em um inquérito desenvolvido na V Regional de Saúde do município de Jaboatão dos Guararapes-PE, denominado “Doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos: prevalência, fatores de risco e custos, em áreas com e sem PSF, na região metropolitana de Recife, em Pernambuco”, que está referido adiante como “estudo original”. O inquérito original foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), edital MCT/CNPq/CT-Saúde nº 54/2009 - Doenças Respiratórias na Infância, processo nº: 557307/2009-0, e teve como pesquisador principal o professor Dr. Sergio Souza da Cunha. Este estudo trata-se de uma análise em um subgrupo da amostra do estudo original (crianças com 1 ano de vida ou mais), e teve como variável dependente o aleitamento materno no segundo ano de vida que por sua vez, não era desfecho no estudo original. Portanto trata-se de uma análise *post hoc* (ERREN, 2007).

Na elaboração desse documento foram seguidas as recomendações do *Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para a descrição de estudos observacionais (STROBE, 2008).

6.2 Desenho de estudo

Estudo de corte transversal

6.3 Local do estudo

O estudo original foi realizado no Município de Jaboatão dos Guararapes, que faz parte da região metropolitana do Recife. No momento do inquérito, o município era dividido em seis regionais de saúde (Figura 2). O estudo foi desenvolvido na Regional de Prazeres (V Regional de Saúde) que era composta pelos bairros de Jardim Jordão, Guararapes, Cajueiro Seco, Prazeres e Comportas. Os bairros incluídos no estudo foram Jardim Jordão, Cajueiro Seco e Prazeres (Figura 3). O bairro de comportas foi excluído do estudo por ser área rural e o bairro de Guararapes foi excluído por ter uma população similar a dos bairros de Cajueiro seco e Prazeres que era predominantemente de áreas cobertas pelo PSF.

Figura 2 - Mapa do Município de Jaboatão dos Guararapes.

LOCAL DE ESTUDO



7

Fonte: Material de aula cedido pelo coorientador do estudo para a disciplina de Planejamento e análise de estudos epidemiológicos, 2010.

Figura 3 – V Regional de Saúde do Município de Jaboatão dos Guararapes.



9

Fonte: Material de aula cedido pelo coorientador do estudo para a disciplina de Planejamento e análise de estudos epidemiológicos, 2010.

6.4 População do estudo

A população do estudo original foi composta por crianças com idade de 3 meses até 4 anos de idade que residiam na V Regional de Saúde de Jabotão dos Guararapes. As crianças foram de dois grupos de famílias:

1. Grupo 1: Crianças que viviam em famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família (**PSF**), independente da atuação dos Agentes de Controle da Dengue (**ACD**);
2. Grupo 2: Crianças que viviam em famílias que não eram nem cadastradas no PSF nem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (**PACS**), mas que residiam em áreas de atuação dos **ACD** (agentes de saúde que trabalham no Programa de Controle da Zoonoses da Secretaria de Saúde de Jabotão de Guararapes (**SSJG**). A razão de serem selecionadas crianças que residiam em áreas com ACD foi facilidade de acesso e informação sobre as ruas e casas.

6.5 Critérios de elegibilidade e perdas

Inicialmente todas as crianças na faixa etária do estudo seriam recrutadas, mas na prática ocorreram perdas devido às seguintes razões:

1. Crianças elegíveis cujos responsáveis não concordaram em participar da pesquisa;
2. As mães que eram menores de 18 anos, não eram casadas legalmente e que no momento da entrevista não estavam com um parente que fosse responsável pela mesma, apto a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).
3. Quando não existiu a segunda testemunha para assinar o TCLE, já que foi exigida pelo Comitê de Ética a assinatura de duas testemunhas.

6.6 Amostra do estudo original

A amostragem foi por conglomerado simples (um estágio), e o conglomerado representava um Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou um Agente de Controle da Dengue (ACD).

Nas áreas com PSF, originalmente foi obtida a listagem dos ACS. Os ACS possuíam uma lista de todas as crianças, e os ACS foram selecionados aleatoriamente até atingir o número estimado do tamanho da amostra para crianças com PSF. Os ACS selecionados atuavam em PSF no bairros de Cajueiro Seco e Prazeres.

Na prática, a amostragem foi modificada devido a questões operacionais, principalmente devido a dois fatores: (1) grande risco de violência urbana e (2) dificuldade de acesso a algumas Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo, por estarem alagadas durante as chuvas e/ou não terem transporte urbano regular. Nesse caso outro ACS foi sorteado e mantido na amostra se a sua área de cobertura apresentava condições adequadas para o trabalho de campo. Todas as mães com crianças na idade de 3 meses até 4 anos, caso fossem da área do ACS selecionado, eram visitadas na tentativa de se aplicar o questionário. Se uma mãe tinha mais de uma criança elegível, todas as suas crianças foram incluídas no estudo, caso se conseguisse a entrevista.

Nas áreas sem PSF, o plano amostral original constituía em selecionar aleatoriamente áreas de cobertura por ACD e que não houvesse atuação de ACS do PACS ou PSF nos bairros selecionados para o trabalho. Na prática, verificou-se ser impossível usar áreas sem ACS nos bairros de Cajueiro Seco e Prazeres. Optou-se então, em selecionar áreas com atuação de ACD apenas no bairro de Jardim Jordão, pois o mesmo tinha uma baixa cobertura pelo PSF e PACS. No Jardim Jordão, todos os ACD que trabalhavam em áreas principalmente residenciais foram selecionados, e aqueles ACD que atuavam em áreas predominantemente comerciais foram excluídos do estudo. Nas áreas dos ACD selecionados, como não havia lista de residências com crianças elegíveis, visitaram-se todos os domicílios e perguntou-se pela presença de crianças de 3 meses até 4 anos, para então fazer a entrevista. Do mesmo modo que nas áreas com PSF, todas as crianças elegíveis de uma mãe foram incluídas no estudo.

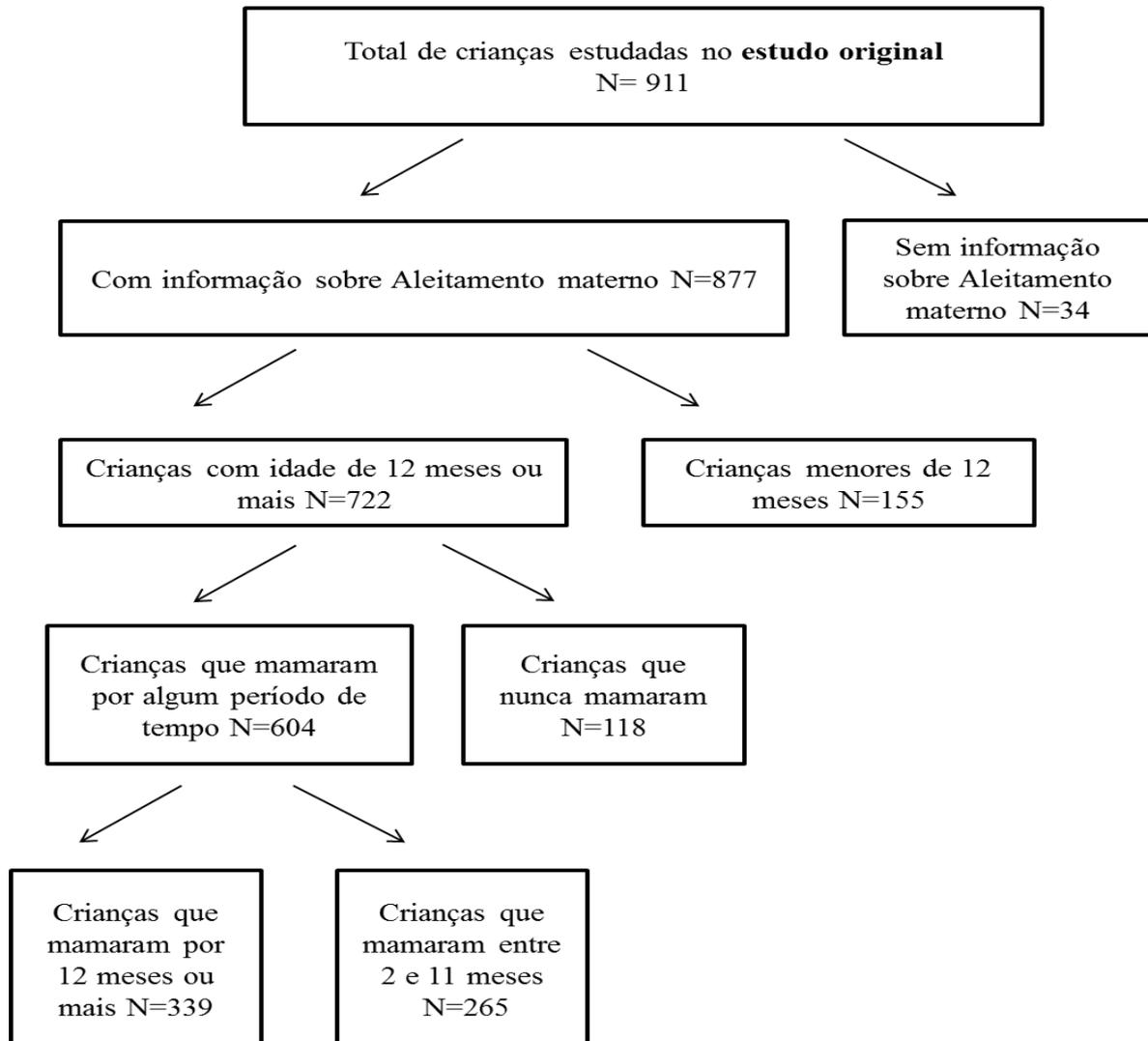
6.7 Tamanho da amostra no estudo original e poder de teste para essa análise

No estudo original, foi estabelecido um total de 1.500 crianças (cálculos se encontram no protocolo do estudo original), mas no final foram coletadas informações de 911 crianças.

O tamanho da amostra para esta análise foi definido pelo desfecho do estudo (aleitamento materno durante o segundo ano de vida ou mais). Portanto, as crianças analisadas corresponderam àquelas com idade de 12 meses ou mais no inquérito.

Para estimar a prevalência utilizaram-se todas as 722 crianças nessa faixa etária que tinham informação sobre amamentação; para estimar a associação com potenciais fatores associados ao aleitamento materno prolongado, utilizaram-se apenas aquelas 604 (339+265) que mamaram em algum momento(Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma de definição da amostra do estudo.



Fonte: autor

Na literatura, não se recomenda o cálculo do poder de teste para a interpretação dos resultados da análise *post hoc power* (GOODMAN; BERLIN, 1994) (HOENIG; HEISEY, 2001). Nesse trabalho, a estimativa dos valores do poder de teste foi feita antes de se realizar as análises e tabulações, considerando diferentes cenários hipotéticos nos quais varia a proporção de pessoas com um fator de risco qualquer, e mantendo-se fixa uma associação de 1,5 (razão de prevalência).

Como o número de pessoas a serem analisadas já está definido pelo inquérito realizado anteriormente, essas estimativas tiveram por objetivo apenas de guiar a seleção das variáveis preditoras, ao selecionar aquelas que tiverem uma frequência mínima na população, e assim evitar múltiplos testes.

O poder de teste foi calculado no programa WINPEPI (ABRAMSON, 2011), no módulo “COMPARE 2”, levando-se em consideração (1) uma prevalência fixa do desfecho de 47% em toda a população de estudo, prevalência esta calculada a partir de dados da amostra do estudo; (2) uma razão de prevalência (RP) de 1,5 entre expostos sobre não expostos; (3) nível de significância de 95%; (4) proporções de expostos que variavam de 10%, 20%, 30% e 50%; e (5) 15% de perdas das 604 crianças originais durante a análise multivariada o que resultaria em uma população total a ser analisada de 513 crianças (fixa). Os resultados encontrados estão apresentados na tabela 2 com 513 crianças, sugerindo que essa análise pode ter um poder de teste acima de 80% para um fator de risco com frequência maior ou igual a 10%.

Tabela 2 - Valores do poder de teste encontrados a partir de cenários hipotéticos de proporções de exposição.

Percentual de expostos e não expostos em toda a população (%)		Valores esperados de crianças com aleitamento materno no segundo ano de vida				Poder de teste (%)
		Número absoluto		Casos (%)		
		Exposto	Não exposto	Exposto	Não exposto	
10	90	51	462	34 (67)	207 (45)	84
20	80	103	410	66 (64)	175 (43)	97
30	70	154	359	94 (61)	147 (41)	98
50	50	257	257	144 (56)	97 (38)	98

6.8 Questionários no estudo original

Foram utilizados dois questionários para a coleta de dados, sendo um questionário para coletar informações da criança e outro da mãe. O questionário da criança foi baseado no questionário do ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) (SOLE, et al., 1998) e na experiência dos autores do estudo original em trabalho de campo com doença respiratória (BRITTO *et al.*, 2004)(BARRETO *et al.*, 2006). O questionário da mãe também foi uma adaptação do questionário empregado na pesquisa SCAALA (*Social Changes, Asthma and Allergy in Latin America Programme*) (BARRETO *et al.*, 2006).

Do questionário da criança (Anexo B), as seguintes informações foram utilizadas nesta análise: 1) identificação da criança; 2) dados sobre o nascimento; 3) informações sobre aleitamento materno, uso de mamadeira e idade de introdução de outros alimentos na dieta da criança, entre outras.

Do questionário da mãe (Anexo C) as seguintes informações foram utilizadas nessa análise: 1) identificação da mãe; 2) dados sociodemográficos; 3) informação sobre o PSF (se criança vivia em área com ou sem PSF).

6.9 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por uma equipe composta por alunos de graduação da área da saúde (nutrição e fisioterapia) da Faculdade Guararapes no município de Jaboatão dos Guararapes entre os meses de dezembro/2010 e julho/2011. Antes da coleta de dados, foi realizado um estudo piloto para treinar os entrevistadores e finalizar a elaboração dos questionários. Este piloto foi realizado em áreas de cobertura do PSF simulando o estudo original, porém que ficaram fora do estudo. As informações foram obtidas da mãe ou responsável pela criança, ou seja, o entrevistado era quem tinha o conhecimento dos cuidados com a mesma. Um manual de rotina de campo foi elaborado contendo instruções que deveriam ser seguidas durante a aplicação dos questionários.

Durante a coleta de dados, reuniões eram realizadas semanalmente com os estudantes para a avaliação do preenchimento do questionário e seguimento das instruções do manual de rotina de campo.

Nas áreas com PSF sorteadas, todos os domicílios que na lista dos ACS constavam como sendo endereço de uma criança potencialmente elegível e que estavam fechados na primeira visita eram novamente revisitados por no máximo três vezes. Nas áreas sem PSF, por não haver lista de residências com crianças, aos se encontrar uma casa fechada não se sabia se havia criança elegível ou não. Portanto os domicílios foram visitados apenas uma única vez e entrevistaram-se as mães que foram sendo encontradas no momento.

6.10 Variável desfecho

Nessa análise, o desfecho é o aleitamento materno prolongado (≥ 12 meses) apresentado como uma variável dicotômica.

A medida de frequência correspondeu a prevalência, ou seja, proporção de crianças com idade de 12 meses ou mais que foram ou estavam sendo amamentadas no momento do inquérito, e correspondia a algum momento quando tinham a idade de 12 meses ou mais. Para a análise desta variável foram consideradas algumas definições sobre aleitamento materno:

Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos (BRASIL, 2009).

Aleitamento materno prolongado: definido neste estudo como quando a criança continua a receber leite materno aos 12 meses ou mais de idade, diferindo da OMS que se refere ao aleitamento materno prolongado quando este é continuado após o sexto mês de vida da criança (OMS, 2010).

Desmame total: cessação do aleitamento materno (BRASIL, 2009).

Em uma análise realizada em outra dissertação do PPGISC/UFPE (OLIVEIRA, 2012) e que também utilizou dados do inquérito original, verificou-se que o detalhamento da informação sobre a duração da amamentação em meses estava em função da idade da criança possivelmente por viés de memória. Para crianças mais velhas as mães tendiam a referir a duração do aleitamento em escala de ano ou em semestre, porque provavelmente não lembravam do número de meses exato. Ao contrário, em crianças mais jovens, as mães conseguiam referir a duração em escala de meses uma vez que se tratava de evento mais recente. Por esse motivo, e como o estudo tem crianças com até 5 anos de idade, optou-se por não fazer uma análise expressando o desfecho como tempo para o evento (através de análise de sobrevivência). Optou-se apenas em trabalhar a variável desfecho como categórica.

6.11 Variáveis preditoras do desfecho

Essa análise não teve uma variável de exposição principal. Foram investigados potenciais fatores preditores da amamentação prolongada descritos na literatura. Porém, como o estudo original não foi concebido para estudar a associação entre potenciais fatores preditores e aleitamento materno, algumas variáveis relatadas na literatura não foram analisadas neste estudo, por não terem sido coletadas informações sobre elas. Foram definidas como variáveis preditoras para aleitamento materno prolongado: **relacionadas à genitora:** idade materna, fumo materno, número de filhos vivos, fumo durante gestação, escolaridade da mãe, estado civil, se mãe vive com companheiro, cor da mãe, profissão materna e uso de bebida alcoólica;

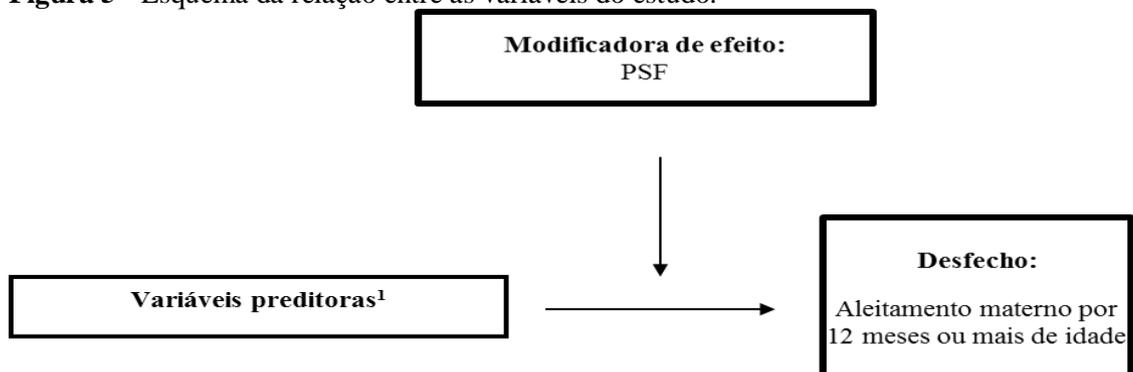
relacionadas à criança: idade, município de nascimento, ordem de nascimento, idade gestacional ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, amamentação exclusiva, idade de introdução de outros alimentos, uso de mamadeira, tipo de parto, frequentou creche, sexo da criança e peso ao nascer; **condições socioeconômicas:** orientação sobre saúde da criança, visita por ACS, plano de saúde, renda familiar, bens no domicílio (computador, internet ou máquina de lavar roupas), área de residência (cobertura pelo Programa de Saúde da Família) e água encanada.

As variáveis preditoras foram classificadas em fatores modificáveis (FM) e não modificáveis (FNM) (LAST, 2001). O foco principal dessa análise é a associação entre os fatores modificáveis e o desfecho. Os fatores associados considerados não modificáveis serão utilizados como confundidores *a priori* (KIRKWOOD; STERNE, 2003) da associação entre FM e o desfecho. A variável que define se a criança vivia ou não em área de PSF foi analisada como possível modificadora de efeito entre algumas variáveis preditoras e o desfecho, porém não foi encontrada interação e este resultado não é mostrado neste trabalho devido às limitações deste tipo de análise não ter sido concebida para este estudo.

Os fatores selecionados para análise e considerados modificáveis pela ação do PSF são: fumo materno, número de filhos vivos, fumo durante gestação, amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, idade de introdução de outros alimentos, uso de mamadeira, peso ao nascer, orientação sobre saúde da criança. Os fatores modificáveis, mas não pela ação do PSF são: escolaridade da mãe, profissão materna, plano de saúde, bens no domicílio (computador e/ou máquina de lavar roupas), e água encanada. Os fatores não modificáveis são sexo da criança, idade materna e cor da mãe.

A figura 5 esquematiza a relação estudada entre as variáveis do estudo.

Figura 5 - Esquema da relação entre as variáveis do estudo.



Fonte: autor

Nota: ¹Correspondem às variáveis descritas anteriormente no item 6.11.

6.12 Limpeza dos questionários e digitação dos dados no estudo original

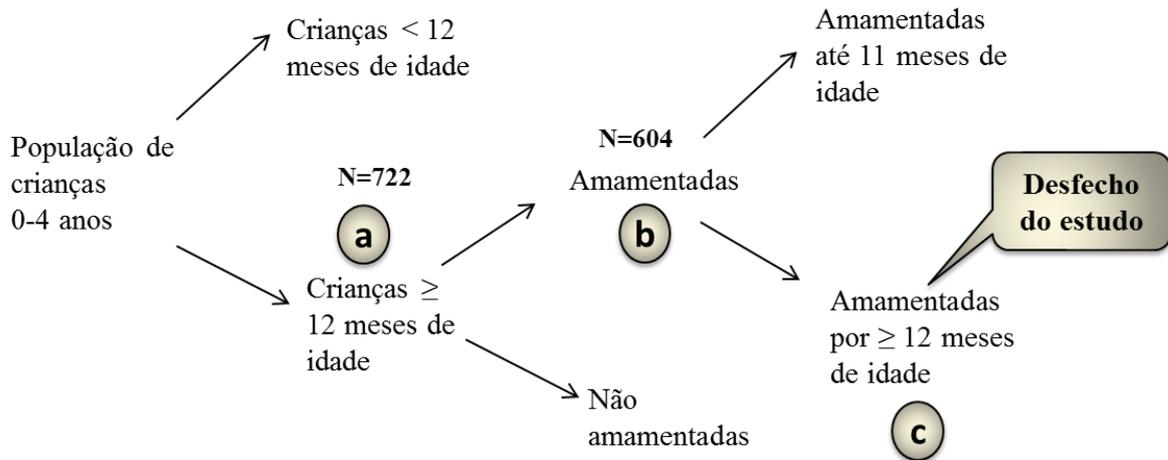
Antes da digitação, estudantes de graduação do curso Terapia Ocupacional da UFPE realizaram revisão de todos os questionários. Esta fase de revisão teve o objetivo de: identificar erros (como por exemplo, “idade 90 anos”); inconsistências nos dados (como por exemplo, a criança “mamou apenas no peito por 6 meses” e referiu consumo de outros alimentos antes dos 6 meses); campos não preenchidos; corrigir letras de difícil leitura; verificar duplicatas ou erros nos registros de mães e crianças.

Posteriormente, os questionários foram digitados por outra equipe de estudantes devidamente treinados. Foi usado o *software* EpiData versão 3.1 (LAURITSEN; BRUUS, 2004) para introdução e formação dos bancos de dados (um banco sobre informações da mãe e outro da criança). Após a digitação, os bancos passaram por uma correção, onde cada questionário foi revisto manualmente, confrontando-se os dados dos questionários com os dados digitados nos bancos, por outro digitador diferente daquele que o digitou. Durante todo o processo, semanalmente o coordenador principal do projeto e estudantes realizavam uma análise exploratória dos bancos para procurar por erros de digitação em variáveis selecionadas. No final, o banco das mães e o banco das crianças foram agregados apenas em um único banco de dados.

6.13 Análise dos dados (Plano de análise)

A Figura 6 esquematiza as subpopulações analisadas. A prevalência foi estimada calculando-se a proporção de crianças com o desfecho (c) na população total (a), e as estimativas da associação dos potenciais fatores preditores com aleitamento prolongado foram feitas apenas nas crianças com 12 meses ou mais e que iniciaram amamentação (população b).

Figura 6 – Esquema da população e subpopulações do estudo.



Fonte: autor

A análise dos dados teve o objetivo de identificar variáveis predictoras para o desfecho construindo um modelo preditivo multivariado e foi feita através das seguintes etapas:

1- Análise exploratória

Realizada para avaliar a distribuição, características e apresentação das variáveis para a etapa seguinte (bivariada), além de:

- Conhecer o nº de dados perdidos;
- Verificar a presença de dados extremos e dados inconsistentes entre variáveis;
- Definir a forma de apresentação das variáveis nas análises subsequentes;
- Verificar a frequência dos sujeitos nas categorias.

As variáveis discretas ou contínuas foram apresentadas através de médias, moda e/ou medianas, desvio padrão e quartis, além de descritas em categorias. As categorias destas variáveis foram feitas considerando intervalos fixos entre as categorias, recomendações encontradas na literatura (AM exclusivo por 6 meses ou mais, idade de introdução de outros alimentos na dieta da criança), e descrição em outras publicações;

2- Análise bivariada

Com o objetivo de estimar a associação entre o aleitamento materno prolongado (por 12 meses ou mais) e os possíveis fatores preditores, utilizou-se o *odds ratio* (OR) como medida de associação, com intervalo de confiança de 95%. Realizada também para selecionar a forma de apresentação das variáveis na etapa seguinte (multivariada), onde algumas variáveis tiveram suas categorias agrupadas por apresentarem frequências do desfecho semelhantes (ex: cor da mãe, idade da mãe, etc). As variáveis que apresentaram valor de p

<0,05 foram consideradas estatisticamente significantes, mas todas aquelas com valor de $p < 0,20$ (SUN *et al.*, 1996), foram selecionadas para entrar na análise multivariada.

3- Análise multivariada

Realizada através da regressão logística não condicional com objetivo de encontrar um modelo preditivo para o desfecho. As variáveis que entraram no primeiro modelo foram àquelas que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada (SUN *et al.*, 1996), exceto aquelas que apresentaram colinearidade. Colinearidade refere-se à situação quando variáveis preditoras, por exemplo, duas variáveis A e B, estão associadas entre si. Em uma análise, a existência de colinearidade faz com que, ao se colocar A e B em um mesmo modelo de regressão, aumenta-se o erro padrão dos parâmetros e o valor de p destas variáveis (no caso de regressão logística, o erro padrão do OR), em comparação quando se analisa cada variável isoladamente. Com isso o efeito da variável A sobre Y pode não se distinguir do efeito da variável B sobre Y e vice-versa, pois os parâmetros podem deixar de ser estatisticamente significante quando as variáveis colineares estão na mesma regressão (JEWELL, 2004).

Para a variável sair do modelo, utilizou-se o valor de $p < 0,05$ como ponto de corte. As variáveis com valor de $p > 0,05$ foram retiradas uma a uma do modelo, iniciando-se com aquela de maior valor de p , seguindo a técnica *Backward elimination* (SUN *et al.*, 1996). O teste de bondade dos modelos foi feito através do teste de Pearson (JEWELL, 2004).

Estas análises foram realizadas no programa Epi Info versão 3.5.3. Alguns testes estatísticos foram realizados pela mestranda e o coorientador no programa STATA versão 12 (www.stata.com) e estão assinaladas no texto.

6.14 Aspectos éticos

O estudo original, a partir do qual este estudo foi desenvolvido, foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), cujo CAAE é de número 0004.0.172.000-10, autorizando a coleta dos dados (Anexo D).

7 RESULTADOS

Os resultados das análises realizadas estão descritos a seguir, e foram subdivididos da seguinte forma:

7.1 Análise Univariada – Características da população do estudo

7.1.1 Proporção de AM por 12 meses ou mais de idade

7.1.2 Características das crianças do estudo

7.1.3 Características relacionadas à genitora

7.1.4 Características relacionadas às condições socioeconômicas da família

7.2 Análise Bivariada

7.3 Análise Multivariada

7.1 Análise Univariada – Características da população do estudo

7.1.1 Proporção de crianças com AM por 12 meses ou mais de idade.

Entre todas as 911 crianças que participaram do inquérito, 722 tinham 1 ano ou mais de idade e tinham informação válidas sobre amamentação. A tabela 3 mostra a distribuição dessas 722 crianças de acordo com a duração do AM. Em 47,0% (n = 339) os responsáveis referiram AM por 12 meses ou mais. Considerando apenas as crianças que mamaram em algum momento da vida (n = 604), a proporção de AM por 12 meses ou mais foi de 56,1% (n = 339). As próximas análises desse estudo, descritas a seguir, restringiram-se a essas 604 crianças.

Tabela 3 - Distribuição das crianças com 12 meses ou mais de idade conforme duração da amamentação total, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Duração da amamentação total	N	%
Nunca mamou ¹	118	16,3
2- 11 meses	265	36,7
12 meses ou mais	339	47,0
Total	722	100

Nota: ¹ Representa as crianças que nunca mamaram ou mamaram até o 1º mês de vida.

7.1.2 Características das crianças do estudo (604 crianças)

As características das crianças analisadas estão apresentadas separadamente por características inerentes às crianças, características relacionadas à genitora e características socioeconômicas da família.

As características das 604 crianças são mostradas na tabela 4. A idade variou de 12 a 63 meses, com média de idade de 34,9 meses, e 51,2% foram do sexo masculino. O peso ao nascer variou de 2,0 a 4,5 kg, sendo que 91,8% tiveram peso ao nascer $\geq 2,5$ Kg. Esta variável foi excluída das análises subsequentes por haver um considerável percentual de perdas (17,5%). A maioria das crianças (53,8%) nasceu no município do inquérito: Jabotão dos Guararapes. A ordem de nascimento da criança variou do 1º ao 16º, onde 46,4% (274) das crianças eram as primogênicas. A maioria das crianças não frequentou creche (98,0%), nasceu de parto normal (56,5%) e com idade gestacional de 9 meses (83,3%). Quanto ao uso de mamadeira, 484(80,9%) crianças utilizaram mamadeira.

Tabela 4 – Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características pessoais, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Variáveis relacionadas à criança	Estatística descritiva	
Idade da criança (meses)		
Apresentação como variável discreta	Variação min-máx.	12-63 meses
	Média (desvio padrão)	34,9(13,5)
	Quartil 25/50/75	23/35/46
	Total com dados	604
	Dados perdidos	0
Apresentação como variável categórica	12 a 23 meses	154(25,5%)
	24 a 35 meses	156(25,8%)
	36 a 47 meses	171(28,3%)
	48 meses ou mais	123(20,4%)
	Total com dados	604
	Dados perdidos	0
Sexo		
Categorias	Feminino	295(48,8%)
	Masculino	309(51,2%)
	Total com dados	604
	Dados perdidos	0
Peso ao nascer (Kg)		
Apresentação da variável contínua	Variação min-max	2,0-4,5Kg
	Média (desvio padrão)	3,2(0,5)
	Quartil 25/50/75	2,9/3,2/3,6
	Total com dados	498
	Dados perdidos	106 (17,5%)
Apresentação da variável categórica (g)	≥ 2500g	457 (91,8%)
	< 2500g	41(8,2%)
	Total com dados	498
	Dados perdidos	106(17,5%)
Município de nascimento da criança		
Categorias	Jaboatão	315(53,8%)
	Outro	271(46,2%)
	Total com dados	586
	Dados perdidos	18(3,0%)
Ordem de nascimento da criança		
Apresentação da variável discreta	Variação min-máx.	1º-16º
	Moda	1º
	Quartil 25/50/75	1/2/3
	Total com dados	591
	Dados perdidos	13(2,2%)
Apresentação como variável categórica	Primeiro	274(46,4%)
	Segundo ou mais	317(53,6%)
	Total com dados	591
	Dados perdidos	13(2,2%)

Continua

Tabela 4 – Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características pessoais, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

		Conclusão
Variáveis relacionadas à criança		Estatística descritiva
Creche (frequenta ou já frequentou)		
Categorias	Não	591(98,0%)
	Sim	12(2,0%)
	Total com dados	603
	Dados perdidos	01(0,2%)
Tipo de parto		
Categorias	Normal	338(56,5%)
	Cesárea	260(43,5%)
	Total com dados	598
	Dados perdidos	06(1,0%)
Idade gestacional ao nascimento		
Categorias	<9 meses	96(16,7%)
	9 meses	479(83,3%)
	Total com dados	575
	Dados perdidos	29(4,8%)
Uso de mamadeira		
Categorias	Não usou	114(19,1%)
	Usa ou usou	484(80,9%)
	Total com dados	598
	Dados perdidos	06(1,0%)

Na tabela 5 estão as características das crianças do estudo relacionadas à amamentação. A maioria das crianças (92,5%) mamou na 1ª hora de vida. A duração do Aleitamento materno exclusivo variou de 1 a 11 meses, com média e mediana de 4 meses. Setenta crianças (12,3%) nunca mamaram exclusivamente e 31,0% mamaram por 6 meses ou mais. Já a duração do aleitamento materno total variou de 2 a 56 meses, com média de 15,2 meses e mediana de 12 meses.

Tabela 5 - Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características relacionadas à amamentação, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Variáveis relacionadas à amamentação		Estatística descritiva	
Amamentação na primeira hora de vida			
Categorias	Não	45(7,5%)	
	Sim	555(92,5%)	
	Total com dados	600	
	Dados perdidos	04(0,7%)	
Amamentação exclusiva (meses)			
Apresentação como variável discreta ¹	Variação min-máx.	1-11 meses	
	Média (desvio padrão)	4,0(2,0)	
	Quartil 25/50/75	2/4/6	
	Total com dados	501	
	Dados perdidos	0	
	Apresentação como variável categórica	Não mamou exclusivamente ²	70(12,3%)
		1-5 meses	324(56,7%)
6 meses ou mais		177(31,0%)	
Total com dados		571	
Dados perdidos		33(5,5%)	
Duração total da amamentação (meses)			
Apresentação como variável discreta	Variação min-máx.	2-56 meses	
	Média (desvio padrão)	15,2 (11,6)	
	Quartil 25/50/75	5/12/24	
	Total com dados	604	
	Dados perdidos	0	

Notas: ¹ Dados excluindo as crianças que nunca mamaram exclusivamente.

² Nunca mamou exclusivamente ou mamou exclusivamente por menos de 1 mês.

A tabela 6 descreve dados referentes à idade de introdução de outros alimentos na dieta da criança. A idade de introdução de outros alimentos na dieta da criança variou de acordo com o alimento, sendo observado que alimentos como chá, leite artificial, mingau e refrigerante foram introduzidos na dieta de crianças com menos de 1 mês de vida, e para os três primeiros, encontrou-se frequência elevada de introdução antes do sexto mês de vida da criança, 46,6%, 48,1% e 39,4%, respectivamente. As medianas da idade de introdução dos alimentos foram, por ordem crescente, 4 meses para chá; 5 meses para leite artificial; 6 meses para mingau; 7 meses para alimentos sólidos; 12 meses para refrigerante.

A categorização destas variáveis se baseou na recomendação da OMS de introduzir outros alimentos na dieta da criança, além do leite materno, após a criança completar o 6º mês de vida (OMS, 2010).

Tabela 6 - Distribuição das crianças do estudo de acordo com as idades em meses de introdução de outros alimentos na dieta, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Apresentação da variável		Idade de introdução de outros alimentos na dieta da criança				
		Chá	Leite artificial	Mingau	Alimentos sólidos	Refrigerante
Discreta ¹	Variação min-máx.	<1-44 meses	<1-37 meses	<1-46 meses	3-48meses	<1-48 meses
	Média (desvio padrão)	5,3 (6,2)	5,8 (5,4)	6,4 (5,4)	8,7 (5,8)	15,2 (7,6)
	Percentil 25/50/75	2/4/6	3/5/7	3/6/7	6/7/11	12/12/18
	Total que referiu uso do alimento	399	514	461	569	475
Categórica ²	0-5 meses	252 (46,6%)	275 (48,1%)	222 (39,4%)	112 (19,5%) ³	16 (2,9%)
	6 ou mais	147 (27,2%)	239 (41,8%)	239 (42,4%)	457 (79,6%)	459 (83,9%)
	Nunca usou	142 (26,2%)	58 (10,1%)	103 (18,3%)	05 (0,9%)	72 (13,2%)
	Total com dados	541	572	564	574	547
	Dados perdidos	63 (10,4%)	32 (5,3%)	40 (6,6%)	30 (5,0%)	57 (9,4%)

Nota: ¹ Corresponde àquelas crianças cujas mães referiram ter iniciado o uso do alimento, ou seja, exclui as crianças que nunca iniciaram o uso do alimento referido.

² Inclui todas as crianças do estudo (n=604);

³ Essa categoria de 0-5 sobre alimentos sólidos refere-se apenas a 3-5 meses. As crianças cujas mães referiram ter iniciado o uso de alimentos sólidos aos dois meses de idade foram excluídas devido ao possível erro na informação, uma vez que seja pouco provável o uso de alimentos sólidos nesta idade da criança.

7.1.3 Características relacionadas à genitora

Na tabela 7 encontram-se as características da genitora das crianças do estudo. A idade da mãe das crianças variou de 15 a 48 anos, com média de idade de 27 anos e predomínio de crianças com mães de idade entre 25 e 34 anos (51,5%). Com relação à escolaridade materna, um maior número de crianças era de mães que estudaram entre a 5ª e 8ª série (36,3%).

Quanto ao estado civil materno, menos da metade (47%) das crianças era de mães que se declararam casadas, porém 75,3% das crianças possuíam mães que referiram viver com companheiro. A variável vive com companheiro foi escolhida para prosseguir na análise bivariada, pois as variáveis “estado civil” e “vive com companheiro” possuem resultados semelhantes quando cruzadas, evidenciando possível colinearidade, então apenas uma foi selecionada (JEWELL, 2004). A maioria das crianças (64,4%) era de mães que se declararam pardas.

No que se refere à profissão materna, encontrou-se que 80,6% das crianças possuíam mães que referiram não ter profissão, sendo donas de casa. O número de filhos atuais variou de 1 a 4, com ligeiro predomínio de crianças com mães que tinham 2 filhos (35,6%). A proporção de crianças cujas mães referiram ter fumado durante a gestação foi de 9,7%. O percentual de crianças com mães fumantes foi de 23,1% e a maioria das crianças tinham mães que referiram nunca ter feito uso de álcool 51,4%.

Tabela 7 - Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características relacionadas à genitora, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Variáveis relacionadas à genitora		Estatística descritiva
Idade da mãe (anos) Apresentação da variável discreta	Variação min-max	15-48 anos
	Média (desvio padrão)	27(5,9)
	Quartil 25/50/75	22/26/31
	Total com dados	602
	Dados perdidos	02(0,3%)
	Apresentação da variável categórica	15-24 anos
25-34 anos		310(51,5%)
35 anos ou mais		66(11,0%)
Total com dados		602
Dados perdidos		02(0,3%)
Escolaridade materna Categorias	Sem escola/ 1ª a 4ª série	115(19,1%)
	5ª a 8ª série	218(36,3%)
	2º grau incompleto	77(12,8%)
	2º grau/ superior/ técnico	191(31,8%)
	Total com dados	601
	Dados perdidos	03(0,5%)

Continua

Tabela 7 - Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características relacionadas à genitora, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Variáveis relacionadas à genitora		Conclusão
		Estatística descritiva
Estado civil materno		
Categorias	Solteira	139(23,5%)
	Casada	278(47,0%)
	Divorciada	161(27,2%)
	Viúva	14(2,4%)
	Total com dados	592
	Dados perdidos	12(2,0%)
Vivia com companheiro no momento do inquérito		
Categorias	Sim	455(75,3%)
	Não	149(24,7%)
	Total com dados	604
	Dados perdidos	0
Cor da mãe autorreferida		
Categorias	Branca	131(22,0%)
	Parda	384(64,4%)
	Negra	81(13,6%)
	Total com dados	596
	Dados perdidos	08(1,3%)
Profissão materna¹		
Categorias	Dona de casa	477(80,6%)
	Outras	115(19,4%)
	Total com dados	592
	Dados perdidos	12(12,0%)
Nº de filhos ²		
	1	195(32,6%)
	2	213(35,6%)
	3	97(16,2%)
	4 ou mais	93(15,6%)
	Total com dados	598
	Dados perdidos	06(1,0%)
Genitora fumou na gravidez		
Categorias	Não	539(90,3%)
	Sim	58(9,7%)
	Total com dados	597
	Dados perdidos	07(1,2%)
Mãe fumante no momento do inquérito		
Categorias	Não	459(76,9%)
	Sim	138(23,1%)
	Total com dados	597
	Dados perdidos	07(1,2%)
Uso de bebida alcoólica		
Categorias	Nunca	306(51,4%)
	Consumia no passado (parou)	44(7,4%)
	Sim, esporadicamente	234(39,3%)
	Sim, cotidianamente	11(1,8%)
	Total com dados	595
	Dados perdidos	09(1,5%)

Nota: ¹ Se possuía alguma formação ou era apenas dona de casa;

² Número de filhos que possuía no momento do inquérito, inclui a criança analisada.

7.1.4 Características relacionadas às condições socioeconômicas da família

A tabela 8 descreve a distribuição das 604 crianças de acordo com as características socioeconômicas da família. A maioria das crianças tinha as seguintes características: viviam em famílias na qual nenhum membro tinha plano de saúde (76,2%); viviam em domicílios sem máquina de lavar ou computador (56,0%); viviam em domicílios com água encanada (79,8%); viviam em famílias com renda de até 2 salários mínimos (87,9%) (na época do estudo o salário mínimo correspondia a R\$510,00 reais).

Entre as 604 crianças, 405 moravam em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) (67,1%). Destas 405 crianças, em 73,7% as mães declararam que recebiam visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no domicílio todo mês e em 74,9% que receberam orientação sobre saúde.

Tabela 8 -Distribuição das crianças do estudo de acordo com as características relacionadas às condições socioeconômicas da família, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Variáveis relacionadas às condições socioeconômicas da família		Estatística descritiva
Plano de saúde (alguém da família)		
Categorias	Não	444(76,2%)
	Sim	139(23,8%)
	Total com dados	583
	Dados perdidos	21(3,5%)
Bens		
Categorias (variável sócio-econômica, representada pela posse de pelo menos um dos itens: máquina de lavar roupas e/ou computador)	Não	338(56,0%)
	Sim	266(44,0%)
	Total com dados	604
	Dados perdidos	0
Água encanada		
Categorias	Sim	479(79,8%)
	Não	121(20,2%)
	Total com dados	600
	Dados perdidos	04(0,7%)
Renda familiar		
Categorias	Menos de 1 salário mínimo (R\$ 510)	236(41,0%)
	1- 2 salários (R\$ 510 até 1.020)	270(46,9%)
	3 ou mais salários (> R\$ 1.020)	70(12,2%)
	Total com dados	576
	Dados perdidos	28(4,6%)
Área da residência		
Categorias	Com PSF	405(67,1%)
	Sem PSF	199(32,9%)
	Total com dados	604
	Dados perdidos	0
Visitas de ACS¹		
Categorias	Todo mês	292(73,7%)
	Visita não todo mês	75(18,9%)
	Não recebeu visita nos últimos 6 meses	29(7,3%)
	Total com dados	396
	Dados perdidos	09(2,2%)
Orientação sobre saúde (área de PSF)¹		
Categorias	Sim	299(74,9%)
	Não	100(25,1%)
	Total com dados	399
	Dados perdidos	06(1,5%)

Nota: ¹ Os dados referem-se apenas as crianças que viviam em área coberta pelo PSF (405 crianças).

7.2 Análise Bivariada: associação com variáveis preditoras

Nesta etapa da análise buscou-se estimar a associação **entre AM por 12 meses ou mais de idade com cada variável preditora** uma a uma isoladamente (sem controlar pelas outras variáveis preditoras).

Em todas as 604 crianças, a proporção de aleitamento materno por 12 meses ou mais foi de 56,1% (n=339). A tabela 9 apresenta a associação entre cada variável preditora e o desfecho. As variáveis com associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nesta etapa da análise foram: (1) duração do aleitamento materno exclusivo, (2) idade de introdução de alimentos na dieta (chá, leite artificial e alimentos sólidos) e (3) uso de mamadeira.

A variável duração do AM exclusivo mostrou-se associada com o desfecho. As crianças que mamaram exclusivamente por seis meses ou mais apresentaram uma chance 2,44 vezes maior de mamarem por 12 meses ou mais quando comparadas com àquelas que não tiveram amamentação exclusiva (IC95% 1,29-4,63). Já quando comparadas as crianças que mamaram exclusivamente por 1 a 5 meses com as que não mamaram exclusivamente, àquelas apresentaram uma chance de mamarem por 12 meses ou mais que correspondeu a 48% da chance destas (IC95% 0,27-0,83) (Tabela 9).

As idades de introdução de outros alimentos na dieta da criança foram apresentadas de forma categórica. Foi encontrada associação entre todas estas idades e o desfecho (AM por 12 meses ou mais), exceto para a idade de introdução de refrigerante. As crianças que nunca fizeram uso de chá ou fizeram uso após 5 meses de vida apresentaram uma chance 2,64 (IC95% 1,83-3,80) vezes maior de mamarem por 12 meses ou mais que aquelas que utilizaram este alimento antes dos 6 meses. O mesmo ocorreu em relação ao uso de leite artificial e do mingau: OR = 5,32 (IC95% 3,66-7,74) e OR = 2,50 (IC95% 1,60-3,91), respectivamente. A frequência de AM prolongado quando a introdução na dieta de refrigerante se faz aos 6 meses ou mais (58,0%) foi maior que nas outras categorias, porém este achado não foi estatisticamente significativo OR 1,77 (IC95% 0,59-5,38). As crianças que iniciaram o uso de alimentos sólidos aos 6 meses ou mais tarde tiveram uma chance 2,50 (IC95% 1,60-3,91) vezes maior de mamarem por 12 meses ou mais que àquelas crianças que iniciaram o uso destes alimentos entre 3 e 5 meses de vida.

Com relação ao uso de mamadeira, encontrou-se que as crianças que fizeram uso de mamadeira apresentaram uma chance de mamarem por 12 meses ou mais que correspondeu a 7% da chance daquelas crianças que usaram mamadeira (IC95% 0,03-0,14).

Outras variáveis como idade, sexo e creche não apresentaram associação estatisticamente significativa, porém vale ressaltar que algumas delas tinham categorias com valor numérico muito pequeno (creche, peso ao nascer e amamentação na 1ª hora de vida).

A idade da criança não estava associada com o desfecho. A proporção de crianças com AM por 12 meses ou mais foi maior naquelas crianças com idade menor de 48 meses (57,8%) em comparação com aquelas com 48 a 63 meses (49,6%), mas essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Tabela 9 – Resultados da associação entre as variáveis referentes às crianças e o desfecho aleitamento materno prolongado (análise bivariada com 604 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

VARIÁVEIS DO ESTUDO	AM por 12 meses ou mais n/N (%)¹	Odds ratio (Intervalo de confiança 95%)²	Valor de p
População total	339/604(56,1)		
Idade da criança (meses)			
48 a 63 meses	278/481(57,8%)	1	0,125
12 a 47 meses	61/123(49,6%)	0,72(0,47-1,09)	
Sexo da criança			
Feminino	170/295(57,6)	1	0,519
Masculino	169/309(54,7)	0,89(0,64-1,24)	
Peso ao nascer			
≥ 2500g	258/457(56,5)	1	0,629
< 2500g	21/41(51,2)	0,81(0,41-1,62)	
Tipo de parto			
Normal	189/338(55,9)	1	0,871
Cesárea	148/260(56,9)	1,04(0,74-1,46)	
Município de nascimento da criança			
Outros	150/271(55,4)	1	0,843
Jaboatão	178/315(56,5)	1,05(0,75-1,47)	
Ordem de nascimento			
Segundo ou mais	184/317(58,0)	1	0,469
Primeiro	150/274(54,7)	0,87(0,62-1,23)	
Creche			
Não	335/591(56,7)	1	0,439 ²
Sim	04/12(33,3)	0,38(0,08-1,45)	
IG ao nascimento			
9 meses	274/479(57,2)	1	0,418
< 9 meses	50/96(52,1)	0,81(0,51-1,30)	
Amamentação na 1ª hora de vida			
Não	20/45(44,4)	1	0,142
Sim	316/555(56,9)	1,65(0,86-3,22)	
Duração da amamentação exclusiva			
Não teve amamentação exclusiva	42/70(60,0)	1	<0,001
1-5 meses	135/324(41,7)	0,48(0,27-0,83)	
6 meses ou mais	139/177(78,5)	2,44(1,29-4,63)	

Continua

Tabela 9 – Resultados da associação entre as variáveis referentes às crianças e o desfecho aleitamento materno prolongado (análise bivariada com 604 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

VARIÁVEIS DO ESTUDO	AM por 12 meses ou mais n/N (%) ¹	Odds ratio (Intervalo de confiança 95%) ²	Conclusão Valor de p
Idade de introdução na dieta de chá			
0-5 meses	108/252(42,9)	1	<0,001
6 meses ou mais	105/147(71,4)	3,33(2,11-5,28)	
Nunca tomou	87/142(61,3)	2,11(1,36-3,28)	
Idade de introdução na dieta de leite artificial			
0-5 meses	95/275(34,5)	1	<0,001
6 meses ou mais	169/239(70,7)	4,57(3,10-6,77)	
Nunca tomou	50/58(86,2)	11,84(5,14-28,27)	
Idade de introdução na dieta de mingau			
0-5 meses	73/222(32,9)	1	<0,001
6 meses ou mais	149/239(62,3)	3,38(2,26-5,05)	
Nunca tomou	84/103(81,6)	9,02(4,93-16,67)	
Idade de introdução na dieta de refrigerante			
0-5 meses	07/16(43,8)	1	0,007
6 meses ou mais	266/459(58,0)	1,77(0,59-5,38)	
Nunca tomou	28/72(38,9)	0,82(0,24-2,79)	
Idade de introdução na dieta de alimentos sólidos³			
3-5 meses	42/112(37,5)	1	<0,001
6 meses ou mais	274/457(60,0)	2,50(1,60-3,91)	
Uso de mamadeira			
Nunca usou	106/114(93,0)	1	<0,001
Usa ou usou	229/484(47,3)	0,07(0,03-0,14)	

Nota: ¹“numero de casos/total de crianças na categoria (percentual de casos na categoria)”;

²Exato de Fisher;

³Categoria “nunca tomou” foi retirada desta análise por ter um n° de crianças menor que 5.

A tabela 10 apresenta a associação entre AM por 12 meses ou mais com variáveis relacionadas à genitora da criança. Apenas idade da mãe e cor da mãe mostraram associação estatisticamente significativa com o desfecho.

As crianças cujas mães tinham 25 anos ou mais de idade apresentaram uma chance de mamarem por 12 meses ou mais 1,48 vezes maior que aquelas crianças filhas de mães mais jovens (15-24 anos) (OR=1,46; IC95% 1,04-2,07).

Com relação à cor referida da mãe, optou-se por unir as categorias negra e parda por apresentarem frequências semelhantes do desfecho: 56,8% e 60,4% para negras e pardas, respectivamente. Então, observou-se que crianças de mães negras ou pardas tiveram chance 81% maior de mamarem por 12 meses ou mais que crianças filhas de mães brancas (OR=1,81; IC95% 1,20-2,74).

Tabela 10 - Resultados da associação entre as variáveis relacionadas à genitora e o desfecho aleitamento materno prolongado (análise bivariada com 604 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

VARIÁVEIS DO ESTUDO	AM por 12 meses ou mais 339/604(56,1%)¹	Odds ratio (Intervalo de confiança 95%)²	Valor de p
Idade da mãe			
15-24 anos	114/226(50,4)	1	0,030
25 anos ou mais	225/376(59,8)	1,46(1,04-2,07)	
Escolaridade materna			
Sem escola/ 1ª a 4ª série	70/115(60,9)	1	0,390
5ª a 8ª série	113/218(51,8)	0,69(0,43-1,12)	
2º grau incompleto	45/77(58,4)	0,90(0,48-1,70)	
2º grau/ superior/ técnico	110/191(57,6)	0,87(0,53-1,44)	
Vive com companheiro			
Não	78/149(52,3)	1	0,329
Sim	261/455(57,4)	1,23(0,83-1,81)	
Cor da mãe			
Branca	59/131(45,0)	1	0,004
Parda/negra	278/465(59,8)	1,81(1,20-2,74)	
Profissão materna			
Outras	59/115(51,3)	1	0,356
Dona de casa	270/477(56,6)	1,24(0,81-1,90)	
Fumo na gravidez			
Não	298/539(55,3)	1	0,550
Sim	35/58(60,3)	1,23(0,69-2,24)	
Mãe fumante			
Sim	78/138(56,5)	1	0,974
Não	258/459(56,2)	1,01(0,68-1,52)	
Nº de filhos			
2 ou mais	228/403(56,6)	1	0,960
1	110/195(56,4)	0,99(0,69-1,43)	
Consumo de bebida alcoólica			
Sim	132/245(53,9)	1	0,399
Não	202/350(57,7)	1,17(0,83-1,65)	

Nota: ¹ número de casos/total de crianças na categoria (percentual de casos na categoria);

² Exato de Fisher;

A tabela 11 apresenta a associação entre AM por 12 meses ou mais com variáveis relacionada às condições socioeconômicas da família das crianças. Apenas a variável renda familiar mostrou associação com valor de $p < 0,05$: a chance de aleitamento materno por 12 meses ou mais entre as crianças cuja renda familiar era \geq a 3 salários mínimos correspondeu a 48,0% da chance encontrada entre crianças cujas famílias tinham renda familiar menor de 1 salário mínimo (OR = 0,48; IC 95%: 0,27-0,85).

Crianças cujas famílias possuíam membros com plano de saúde apresentaram uma chance de mamarem por 12 meses ou mais que correspondeu a 69% da chance daquelas crianças que não tinham alguém na família com plano de saúde, mas esta diferença não foi

estatisticamente significativa. Como foi exigido que a associação entre uma variável e o desfecho tivesse o valor de $p < 0,20$ para a variável ser usada na análise multivariada, a variável plano de saúde foi analisada junto com a variável renda na análise com regressão. Já a variável orientação sobre saúde, investigada apenas naquelas crianças que viviam em áreas de PSF, não entrou no modelo da análise multivariada desde o início. Fez-se uma análise em separado desta variável com o desfecho e as outras variáveis que permaneceram no modelo final e não foi encontrada associação estatisticamente significativa.

Tabela 11 - Resultados da associação entre as variáveis relacionadas às condições socioeconômicas das crianças e o desfecho aleitamento materno prolongado (análise bivariada com 604 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

VARIÁVEIS DO ESTUDO	AM por 12 meses ou mais 339/604(56,1)¹	Odds ratio (Intervalo de confiança 95%)²	Valor de p
Plano de saúde (alguém da família)			
Não	261/444(58,8)	1	0,072
Sim	69/139(49,6)	0,69(0,46-1,03)	
Bens			
Não	196/338(58,0)	1	0,339
Sim	143/266(53,8)	0,84(0,60-1,18)	
Água encanada			
Não	64/121(52,9)	1	0,478
Sim	273/479(57,0)	1,18(0,77-1,80)	
Renda familiar			
Menos de 1 salário mínimo (R\$ 510)	144/236(61,0)	1	0,026
1- 2 salários (R\$ 510 até 1.020)	150/270(55,6)	0,80(0,55-1,16)	
3 ou mais salários (> R\$ 1.020)	30/70(42,9)	0,48(0,27-0,85)	
Área da residência			
PSF	223/405(55,1)	1	0,506
Sem PSF	116/199(58,3)	1,14(0,80-1,63)	
Visitas de ACS			
Todo mês	163/292(55,8)	1	0,874
Visita não todo mês	40/75(53,3)	0,90(0,53-1,55)	
Não recebeu visita nos últimos 6 meses	17/29(58,6)	1,12(0,49-2,60)	
Orientação sobre saúde (área de PSF)			
Não	48/100(48,0)	1	0,109
Sim	173/299(57,9)	1,49(0,92-2,41)	

Nota: ¹ número de casos/total de crianças na categoria (percentual de casos na categoria);

² Exato de Fisher;

7.3 Análise Multivariada

Todas as variáveis que apresentaram associação com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas *a priori* para entrar no primeiro modelo com regressão logística multivariada. Porém, algumas destas variáveis foram excluídas desta análise por apresentar colinearidade entre si.

As variáveis excluídas foram: duração da amamentação exclusiva, idade de introdução na dieta de mingau, idade de introdução na dieta de chá e idade de introdução na dieta de alimentos sólidos. Os resultados da análise de colinearidade estão descritos no apêndice B.

Na tabela 13, estão descritos os modelos com regressão logística para estimar as associações entre as variáveis preditoras e AM por 12 meses ou mais. Para se construir um modelo preditivo para o desfecho, com o mínimo de variáveis, primeiro construiu-se um modelo com regressão logística multivariada com todas as 8 variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada (modelo 1): (1) idade da criança (com 2 categorias); (2) amamentação na 1ª hora de vida; (3) idade de introdução de leite artificial na dieta; (4) uso de mamadeira; (5) cor da mãe; (6) idade da mãe; (7) renda familiar e (8) plano de saúde. Depois se prosseguiu construindo outros modelos retirando-se uma variável não estatisticamente significativa de cada vez, iniciando-se por aquela com maior valor de p , até se obter um modelo em que todas as variáveis fossem estatisticamente significante. Para cada modelo se avaliou o grau de bondade através do teste de Hosmer-Lemeshow. No modelo final (modelo 5) permaneceram estatisticamente significante as seguintes variáveis: idade de introdução de leite artificial na dieta; uso de mamadeira; cor da mãe; plano de saúde.

As crianças que iniciaram o uso de leite artificial aos 6 meses ou mais ou nunca fizeram uso de leite artificial tinham uma chance 3,68 (IC95% 2,44-5,55) e 7,58 (IC95% 2,95-19,47) vezes maior, respectivamente, de mamarem por 12 meses ou mais quando comparadas àquelas que iniciaram o uso antes do 6º mês de vida.

As crianças que utilizaram mamadeira apresentaram uma chance (IC95% 0,06-0,29) de mamarem por 12 meses ou mais que correspondeu a 13% da chance daquelas que nunca fizeram uso de mamadeira.

As crianças com mãe de cor parda ou preta apresentaram uma chance 75% (IC95% 1,10-2,79) maior de mamarem por 12 meses ou mais.

As crianças que tinham alguém na família com plano de saúde apresentaram uma chance de mamarem por 12 meses ou mais que correspondeu a 59% da chance das crianças sem membros da família com plano de saúde (IC95% 0,36-0,96).

Tabela 13 – Resultado das associações entre as variáveis selecionadas para a análise multivariada e o desfecho aleitamento materno prolongado (515 crianças) para cada modelo, Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Fatores associados	Frequência AM prolongado n/N (%)	Multivariada				
		Modelo 1 ¹	Modelo 2 ²	Modelo 3 ³	Modelo 4 ⁴	Modelo 5 ⁵
Idade da criança						
12 a 47 meses	233/403 (57,8)	1	1	1	1	-
48 a 63 meses	54/112 (48,2)	0,65(0,40-1,07)	0,66(0,40-1,08)	0,67(0,41-1,10)	0,69 (0,42-1,12)	
Amamentação na 1ª hora de vida						
Não	19/42(45,2)	1				
Sim	268/473 (56,7)	1,22(0,58-2,56)	-	-	-	-
Idade de introdução na dieta de leite artificial						
0-5 meses	88/246(35,8)	1	1	1	1	1
6 meses ou mais	155/219(70,8)	3,51(2,31-5,32)	3,55(2,35-5,38)	3,60(2,38-5,44)	3,64(2,41-5,49)	3,68(2,44-5,55)
Nunca tomou	44/50(88,0)	6,78(2,61-17,58)	6,90(2,67-17,87)	7,16(2,77-18,48)	7,68(2,99-19,74)	7,58(2,95-19,47)
Uso de mamadeira						
Não	86/94(91,5)	1	1	1	1	1
Sim	201/421(47,7)	0,13(0,06-0,28)	0,13(0,06-0,29)	0,13(0,06-0,28)	0,13(0,06-0,29)	0,13(0,06-0,29)
Idade da mãe						
15-24 anos	90/183(49,2)	1	1	-	-	-
25 anos ou mais	197/332(59,3)	1,29(0,85-1,96)	1,29(0,85-1,96)			
Cor da mãe						
Branca	52/119(43,7)	1	1	1	1	1
Preta/parda	235/396(59,3)	1,72(1,08-2,76)	1,72(1,07-2,75)	1,62(1,10-2,58)	1,76(1,11-2,81)	1,75(1,10-2,79)
Plano de saúde						
Não	233/401(58,1)	1	1	1	1	1
Sim	54/114(47,4)	0,66(0,40-1,09)	0,65(0,39-1,08)	0,67(0,40-1,10)	0,61(0,37-0,99)	0,59(0,36-0,96)
Renda familiar						
Menos de 1 salário mínimo	126/208(60,6)	1	1	1		
1- 2 salários	132/241(54,8)	0,86(0,55-1,34)	0,85(0,55-1,33)	0,88(0,57-1,36)	-	-
3 ou mais salários	29/66(43,9)	0,58(0,30-1,12)	0,58(0,30-1,12)	0,58(0,30-1,12)		
P valor do teste de bondade de Hosmer-Lemeshow⁶		0.8675	0.8814	0.5867	0.8575	0.5283

Notas: ¹Modelo 1: todas as 8 variáveis juntas

²Modelo 2: retirou-se a variável amamentação na primeira hora de vida do modelo 1

³Modelo 3: retirou-se a variável idade da mãe do modelo 2

⁴Modelo 4: retirou-se a variável renda familiar do modelo 3

⁵Modelo 5: retirou-se a variável idade da criança do modelo 4

⁶Teste de bondade realizado no programa STATA

8 DISCUSSÃO

A prevalência de Aleitamento Materno Prolongado por 12 meses ou mais encontrada em áreas urbanas com baixas condições socioeconômicas do Município de Jaboatão dos Guararapes foi de 47,0%. Este percentual está acima do encontrado em outros estudos feitos no Brasil, onde variou de 20,8% a 35,8% (CAMILO, 2004) (PALMEIRA, 2011), e em outros países (valores entre 6,0% e 24,9%) (MENNELLA *et al.*, 2006) (DONATH; AMIR, 2005). No entanto, esta é uma prática ainda seguida por uma parcela pouco menor que a metade da população do estudo e, portanto, está distante da recomendação da OMS (OMS, 2010).

Para a manutenção do AM é importante que se estimule o início desta prática desde a maternidade e neste estudo foi observado que a maioria das crianças (92,5%) mamou na 1ª hora de vida. Este percentual encontrado está acima do referido na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal que foi de 67,7% no Brasil e de 66,8% para o Recife (BRASIL, 2009a). Entretanto, outra recomendação da OMS que é a de AME por 6 meses apresentou uma frequência de 31,0% neste estudo, considerada baixa para o que se deseja, porém foi maior que a encontrada em outros estudos no Brasil que variou de 0,9% a 21,4% (OLIVEIRA, *et al.*, 2005)(SIMON *et al.*, 2009). Esta informação pode estar enviesada pelo fato das mães terem conhecimento da recomendação de AME por 6 meses e referirem um tempo maior desta prática por constrangimento de assumirem um tempo real de amamentação exclusiva mais curto, pois esse estudo não fez um acompanhamento da alimentação das crianças ao longo do tempo.

Vários benefícios do AM são relatados na literatura, especialmente no que diz respeito à prática do AME, como a prevenção de gastroenterites e eczema atópico, desenvolvimento cognitivo (KRAMER, 2010) e infecções respiratórias (CHANTRY *et al.*, 2006). Já com relação à prática do AM prolongado, ainda são poucos os estudos que tratam deste tema, sobretudo investigando seus benefícios a curto e longo prazo. Existem alguns estudos que relatam benefícios desta prática para a saúde da mulher, como a redução do risco de câncer de ovário e de mama (AAP, 2012). Portanto, a recomendação da OMS de prolongar o AM baseia-se no conhecimento sobre a qualidade nutricional do leite materno e de seu efeito imunoprotetor (OPAS, 2003). A falta de estudos e consequente baixa divulgação de informações sobre os benefícios do prolongamento do AM, podem estar contribuindo para a falta de valorização desta prática pela sociedade em geral, que é vista através dos baixos percentuais de AM prolongado referidos.

Além disso, as políticas e programas de saúde que visam favorecer esta prática, como a que trata da criação de salas de apoio à amamentação nas empresas públicas e privadas para ordenha e armazenamento de leite materno pelas mães que retornam ao trabalho (BRASIL, 2010) e a que sistematiza ações pró-amamentação na atenção básica (BRASIL, 2009b), parecem ser insuficientes para promover e proteger a prática do AM, que deve ser encarada não só como fonte de alimento, mas também de afeto e imunoproteção (GIUGLIANI, 2000), todos necessários para um ótimo crescimento e desenvolvimento infantil e conseqüentemente social.

Apesar da profissão materna não ter mostrado associação ES com o AM por 12 meses ou mais, achado este também encontrado em outros estudos (SIMON *et al.*, 2009) (HAJIAN-TILAKI, 2005), a maioria das crianças deste estudo possuía genitora que se definia como dona de casa (80,6%). Essa característica foi encontrada em mulheres que prolongaram o aleitamento materno por mais de 12 meses (CARRASCOZA *et al.*, 2005) e parece contribuir para a prática do aleitamento pela proximidade do binômio durante o dia.

Foi encontrada neste estudo uma elevada frequência de introdução em idade precoce (< 6 meses) de outros alimentos na dieta da criança, especialmente chá, leite artificial e mingau. A alimentação complementar inadequada nos primeiros anos de vida da criança é um problema relatado em outros estudos (ALVES *et al.*, 2012) (CAETANO *et al.*, 2010), seja pela introdução em idade precoce, baixa qualidade nutricional dos alimentos ofertados e forma inadequada de preparo dos alimentos. E isto é descrito na literatura como uma das causas de desmame precoce, bem como do aumento da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009), além da possível contribuição para o aumento do risco de doenças crônicas em idades mais avançadas (CAETANO *et al.*, 2010). Portanto, este tema é um problema para a manutenção da saúde das crianças e deve ser mais valorizado nas Políticas públicas de saúde, bem como deve receber maior destaque nas orientações fornecidas pelos profissionais de saúde que realizam o acompanhamento das crianças.

Os preditores do AM por 12 meses ou mais encontrados foram: a idade de introdução na dieta de leite artificial, o não uso de mamadeira, cor da mãe preta/parda e não ter membro na família com plano de saúde. Os dois primeiros podem ser considerados fatores modificáveis pela ação do PSF. Já os dois últimos parecem estar relacionados às condições socioeconômicas.

Quanto à idade de introdução na dieta de leite artificial, quando não introduzido ou introduzido mais tardiamente na dieta da criança, especialmente a partir do 6º mês de vida, a chance de permanecer mamando por 12 meses ou mais aumenta. Outros estudos relatam que a

introdução mais tardia de leite artificial na dieta da criança estava associada com a manutenção do AM por 2 anos ou mais (MARTINS; GIUGLIANI, 2012) e com maior duração do AM (DANG, 2005). Uma explicação, é que o leite artificial pode ser considerado um alimento que compete com o leite materno, e o seu uso deve ser postergado, pois o leite materno supre as necessidades de certos nutrientes como o cálcio, podendo ser o único alimento lácteo da dieta da criança até os 2 anos de idade (BRASIL, 2009). A superioridade do leite materno em comparação ao leite artificial (modificado ou não) é amplamente conhecida, especialmente pela presença de fatores anti-infecciosos e bioativos (OMS, 2010).

Identificou-se também que o uso de mamadeira estava associado com menor proporção de crianças com AM prolongado por 12 meses ou mais. O estudo de Lima & Osório (2003), apesar de ter como desfecho a duração do AM, encontrou que o não uso de mamadeira estava associado com a maior duração desta prática. Apesar do reconhecimento desta interferência, o que fez com que fosse criada legislação referente à comercialização de bicos artificiais, como a mamadeira (BRASIL, 2006), o uso deste artefato é bastante disseminado pela sociedade. Neste estudo, 80,9% das crianças utilizaram mamadeira. Esta prática pode ser um risco à saúde da criança, seja devido à contaminação do material e/ou pela confusão de bicos e conseqüente substituição do peito pela mamadeira (BRASIL, 2009). Portanto, o uso de tal artefato deve ser desestimulado, e a recomendação da OMS para o oferecimento de alimentos líquidos em copos deve ser divulgada e apoiada pelos profissionais de saúde, e novas estratégias devem ser criadas, no sentido de conter esta prática já tão firmada na sociedade.

Quanto à cor da mãe preta/parda e não ter membro na família que possua plano de saúde influenciando a prática do AM prolongado, não existem associações descritas na literatura. É possível que estes fatores, estejam relacionados às condições socioeconômicas das famílias, interferindo positivamente na prática do Aleitamento materno prolongado por questões de ordem econômica: o consumo de leite materno se dá sem custos adicionais com mamadeiras, bicos artificiais, gás de cozinha e com o próprio leite artificial. Embora não se saiba ao certo os mecanismos que levam estes fatores a contribuir com a prática do AM prolongado, sabe-se o quanto esta prática é importante para manter a saúde das crianças que vivem em situação mais precária (GIUGLIANI, 2000).

Este estudo não aprofunda a discussão da forte influência sociocultural nas escolhas relacionadas à prática do aleitamento materno. Porém, percebe-se que esta prática não é simplesmente algo natural, determinado biologicamente, e sim uma prática condicionada aos padrões culturais, às escolhas sociais, movidas muitas vezes por interesses de mercado que se

sobrepõem aos benefícios para a sociedade como um todo (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Recomenda-se a realização de estudos que investiguem mais estas questões.

Este estudo possui algumas limitações que estão relacionadas ao desenho de estudo, por se tratar de estudo *post hoc*, entre outras. Por ser um estudo de prevalência, traz consigo as limitações deste tipo de estudo, a exemplo da dificuldade de inferir causalidade nas associações encontradas. As informações sobre o AM (exclusivo, no segundo ano de vida) foram coletadas de crianças com até 5 anos de idade e podem estar enviesadas pela memória, bem como existem informações que foram coletadas em um momento que não correspondia ao período de amamentação investigado para algumas crianças, especialmente as mais velhas, o que pode interferir nas possíveis associações investigadas, levando também ao viés de informação, exemplo da idade da mãe, profissão materna, escolaridade materna. Algumas variáveis citadas na literatura como associadas à prática do AM prolongado não foram investigadas neste estudo que utilizou dados de um inquérito não desenhado para investigar este desfecho, e isto pode ter comprometido a análise uma vez que o confundimento pode não ter sido controlado adequadamente. Outra dificuldade encontrada relaciona-se a falta de estudos que investiguem o desfecho estudado. A maioria dos estudos sobre aleitamento materno investigam fatores associados à duração total desta prática ou aleitamento materno exclusivo, o que dificulta e limita a interpretação e comparação com os achados deste estudo.

Considerando que as crianças do estudo são em sua maioria de áreas cobertas pelo PSF (67,1%), é importante enfatizar a importância de estratégias a serem desenvolvidas por este programa, com a finalidade de modificar o padrão de aleitamento materno nestas áreas, principalmente porque alguns dos fatores preditores do prolongamento da amamentação encontrados neste estudo são passíveis de intervenção pelo PSF.

9 CONCLUSÃO

Embora a prevalência de AM prolongado por 12 meses ou mais encontrada em áreas de baixa renda no Município de Jaboatão dos Guararapes (47,0%) tenha sido maior que a encontrada em outros estudos no Brasil e em outros países, reconhece-se que esta prática ainda está aquém do recomendado pela OMS e merece ser estimulada especialmente entre àquelas populações com condições socioeconômicas mais baixas como as do estudo.

Os fatores preditores da maior proporção de crianças amamentadas por 12 meses ou mais foram: idade de introdução de leite artificial na dieta da criança; não uso de mamadeira; cor da mãe preta ou parda e não ter alguém na família com plano de saúde. Estes fatores estão fortemente relacionados aos padrões socioculturais e devem ter sua discussão aprofundada com a realização de outros estudos, a fim de melhor entender todo esse contexto e sugerir alternativas que efetivamente favoreçam a prática do aleitamento materno.

Uma das contribuições deste estudo se dá ao evidenciar que a prática do AM prolongado pode ser favorecida através de estímulos ao não uso de mamadeira e de introdução tardia de leite artificial na dieta da criança, ambos os fatores podem ser alvo da ação do PSF.

REFERÊNCIAS

- ABRAMSON, J.H. WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. **Epidemiologic Perspectives & Innovations**, v. 8, n. 1, p. 1-9, jan. 2011.
- AKTER, S.; RAHMAN, M.M. The determinants of early cessation of breastfeeding in Bangladesh. **World Health & Population**, v. 11, n. 4, p. 5-12, jan. 2010.
- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação : um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n.5 (supl), p. 119-125, 2004.
- ALVES, C.R.L. et al. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte , Minas Gerais , Brasil , entre 1980 e 2004. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1355-1367, jun. 2008.
- ALVES, C.R.L. et al. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 499-506, 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, v. 129, n. 3, p. e827-41, mar. 2012.
- ASSIS, A.M.O.; HELENA, M.; BENÍCIO, D.A. Preditores do retardo de crescimento linear em pré-escolares : uma abordagem multinível. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 601-613, mar. 2007.
- BARRETO, M.L. et al. Risk factors and immunological pathways for asthma and other allergic diseases in children: background and methodology of a longitudinal study in a large urban center in Northeastern Brazil (Salvador-SCAALA study). **BMC Pulmonary Medicine**, v. 6, n. 15, p. 10, jan. 2006.
- BERNARDI, J.L.D.; JORDÃO, R.E.; BARROS FILHO, A.A. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 867-878, nov./dez. 2009.
- BERRA, S. et al. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. **Acta Paediatrica**, v. 92, p. 952-957, 2003.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 193, de 23 de Fevereiro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193_23_02_2010.html>. Acesso em: 8 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.265, de 3 de Janeiro de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm>. Acesso em: 8 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SAÚDE DA CRIANÇA : Nutrição Infantil: Aleitamento materno e Alimentação complementar**. 1^a. ed. Brasília: [s.n.], 2009a. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. 1^a. ed. Brasília: [s.n.], 2009b. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede amamenta Brasil: Caderno do TuTor**. 1^a. ed. Brasília: [s.n.], 2009c. 118p.

BRITTO, M.C.A. et al. Asma em escolares do Recife - comparação de prevalências : 1994-95 e 2002. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 391-400, 2004.

BURT, B.A. Definitions of Risk. **journal of dental education**, v. 65, n. 10, p. 1007-1008, 2001.

CAETANO, M.C. et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010.

CAMILO, D.F. et al. Prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos vacinadas nos centros de saúde escola. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 1, p. 29-36, jan./mar. 2004.

CANCELIER, A.C.L. et al. Situação alimentar de crianças entre zero e dois anos atendidas em Programa de Saúde da Família no sul do estado de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 1, p. 20-25, 2009.

CARRASCOZA, K.C. et al. Prolongamento da Amamentação após o Primeiro Ano de Vida: Argumentos das Mães. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 271-277, set./dez. 2005.

CHANTRY, C. J.; HOWARD, C.R.; AUINGER, P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. **Pediatrics**, v. 117, n. 2, p. 425-32, fev. 2006.

COSTA, A.R.C.; TEODORO, T.N.; ARAÚJO, M.F.M. Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação : Estudo de revisão. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 1, p. 55-64, 2009.

DANG, S. et al. Feeding practice among younger Tibetan children living at high altitudes. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 59, n. 9, p. 1022-9, set. 2005.

DONATH, S.M.; AMIR, L.H. Breastfeeding and the introduction of solids in Australian infants: data from the 2001 National Health Survey. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 29, n. 2, p. 171-175, 2005.

DWYER, J.T. et al. Feeding Infants and Toddlers Study 2008: progress, continuing concerns, and implications. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 12(Suppl), p. S60-S67, dez. 2010.

ERREN, T.C. The case for a posteriori hypotheses to fuel scientific progress. **Medical Hypotheses**, v. 69, p. 448-453, 2007.

FREITAS, T. C. S. et al. Prevalência do aleitamento materno e fatores associados à interrupção da amamentação em mulheres militares. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 493-498, 2012.

GAY, J. **Clinical Epidemiology & Evidence-Based Medicine Glossary : Terminology Specific to Epidemiology**. 2005. Disponível em: <www.vetmed.wsu.edu/courses-jmgay/GlossEpiTerminology.htm>. Acesso em: 20 jan. 2013.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n.3 (supl.), p. 238-252, 2000.

GOODMAN, S.N.; BERLIN, J.A. The use of predicted confidence intervals when planning experiments and the misuse of power when interpreting results. **Annals of Internal Medicine**, v. 121, n. 3, p. 200-6, 1 ago. 1994.

HAIJAN-TILAKI, K.O. Factors associated with the pattern of breastfeeding in the north of Iran. **Annals of Human Biology**, v. 32, n. 6, p. 702-13, 2005.

HOENIG, J.M.; HEISEY, D.M. The Abuse of Power : The Pervasive Fallacy of Power Calculations for Data Analysis. **The American Statistician**, v. 55, n. 1, p. 1-6, 2001.

JEWELL, N.P. **Statistics for Epidemiology**. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2004. 331p.

KERSEY, M. et al. Breast-feeding history and overweight in Latino preschoolers. **Ambulatory Pediatrics**, v. 5, n. 6, p. 355-8, 2005.

KIRKWOOD, B.; STERNE, J. Strategies for Analysis. **Essentials of Medical Statistics**. 2^a ed. United Kingdom: Blackwell Science Ltd, 2003. p. 458-68.

KRAMER, M.S. “Breast is best”: The evidence. **Early Human Development**, v. 86, n. 11, p. 729-32, nov. 2010.

KUDLOVA, E.; RAMES, J. Food consumption and feeding patterns of Czech infants and toddlers living in Prague. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 61, n. 2, p. 239-47, mar. 2007.

KUHN, L. et al. Effects of Earsly, Abrupt weaning on HIV-free Survival of Children in Zambia. **The New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 2, p. 130-141, jul. 2008.

LAST, J.M. **A dictionary of epidemiology**. 4^a ed. New York: Oxford University Press; 2001. 160 p.

LAURITSEN, J.M.; BRUUS, M. **EpiData. The EpiData Association, Odense Denmark**. Odense, Dinamarca: The EpiData. 2004. Association. Disponível em: <www.epidata.dk>.

LIMA, T.M.; OSÓRIO, M.M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 3, n. 3, p. 305-314, jul./set. 2003.

LONDONÕ FRANCO, Â.L.; LÓPEZ, M.S.M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico

bajo. Calarcá-Colombia. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 9, n. 19, p. 124-137, 2010.

MARTINS, E.J.; GIUGLIANI, E.R.J. Which women breastfeed for 2 years or more? **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.

MENNELLA, J.A. et al. Feeding Infants and Toddlers Study: the types of foods fed to Hispanic infants and toddlers. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 106, n. 1 (Suppl 1), p. S96-S106, jan. 2006.

MORTENSEN, E.L. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. **JAMA**, v. 287, n. 18, p. 2365-2372, 2002.

NOVAES, J.F. et al. Efeitos a curto e longo prazo do aleitamento materno na saúde infantil. **Revista Sociedade Brasileira Alimentação e Nutrição**, v. 34, n. 2, p. 139-160, 2009.

ODDY, W.H. et al. Breast feeding and cognitive development in childhood: a prospective birth cohort study. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 17, n. 1, p. 81-90, jan. 2003.

OLIVEIRA, L.P.M. et al. Duração do aleitamento materno , regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador , Bahia , Brasil. **Caderno de saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1519-1530, 2005.

OLIVEIRA, C.O. Doença respiratória baixa e aleitamento materno em crianças menores de 5 anos do Município de Jaboatão dos Guararapes/PE.2012. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

OMS. **La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud**. Washington: [s.n.], 2010. 120 p.

OPAS. **Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado**. Washington: [s.n.], 2003. 38p.

PALMEIRA, P.A.; SANTOS, S.M.C.; VIANNA, R.P.T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba , Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 4, p. 553-563, 2011.

RAKSHANI, F.; MOHAMMADI, M. Continuation of Breastfeeding: Is This a Problem in Southeast Iran? **Breastfeeding Medicine**, v. 4, n. 2, p. 97-100, jun. 2009.

SALES, C.M.; SEIXAS, S.C. Causas e desmame precoce no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 443-447, 2008.

SANTOS NETO, E.T. et al. Pacifier use as a risk factor for reduction in breastfeeding duration : a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 8, n. 4, p. 377-389, 2008.

SENARATH, U.; DIBLEY, M.J.; AGHO, K.E. Breastfeeding practices and associated factors among children under 24 months of age in Timor-Leste. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 61, n. 3, p. 387-97, mar 2007.

SILVA, M.S.S.; SEGRE, C.A.M. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 2, p. 103-113, 2010.

SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006.

SIMON, V.G.N. et al. Prática e duração do aleitamento materno de crianças matriculadas em escolas particulares do município de São Paulo, SP. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 3, p. 403-411, 2009.

SOARES, M.E.D.M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SOLE, D. et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) written questionnaire: validation of the asthma component among Brazilian children. **Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology**, v.8, p.376-82. 1998.

SPINELLI, M.G.N. et al. A situação de aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo - região Freguesia do Ó. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 2, n. 1, p. 23-28, 2002.

STROBE statement--checklist of items that should be included in reports of observational studies (STROBE initiative). **International Journal of Public Health**, v. 53, n. 1, p. 3-4, jan. 2008.

SUN, G.W.; SHOOK, T.L.; KAY, G.L. Inappropriate use of bivariable analysis to screen risk factors for use in multivariable analysis. **Journal of clinical epidemiology**, v. 49, n. 8, p. 907-16, ago. 1996.

THEA, D.M. et al. Post-Weaning Breast Milk HIV-1 Viral Load, Blood Prolactin Levels and Breast Milk Volume. **AIDS**, v. 20, n. 11, p. 1539-1547, 2006.

TOMA, T.S.; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança : um ensaio sobre as evidências. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, Sup 2, p. 235-246, 2008.

VASCONCELOS, M.G.L.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 6, n. 1, p. 99-105, 2006.

VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

WENZEL, D. et al. A multilevel model for the study of breastfeeding determinants in Brazil. **Maternal & Child Nutrition**, v. 6, n. 4, p. 318-327, 16 out. 2010.

WIJNDAELE, K. et al. Determinants of Early Weaning and Use of Unmodified Cow's Milk in Infants: A Systematic Review. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 109, n. 12, p. 2017-28, dez. 2009.

YESILDAL, N. et al. Breastfeeding practices in Duzce, Turkey. **Journal of Human Lactation**, v. 24, n. 4, p. 393-400, nov. 2008.

GLOSSÁRIO

Confundidores *a priori* ou potencial confundidores. foi usado para designar aqueles fatores que, hipoteticamente, antes de serem testados, podem ser confundidores entre exposição e desfecho (KIRKWOOD; STERNE, 2003).

Fator de risco: O termo “fator de risco” tem sido definido de diferentes maneiras na literatura epidemiológica e com sinônimos como *exposure* e determinantes (BURT, 2001) . Para alguns epidemiologistas não se distingue entre uma exposição que aumenta o risco de um evento quanto que diminui (GAY, 2005). A definição de fator de risco também é empregada para designar um fator tenha ocorrido antes do desfecho, ou seja, *a priori* estudos longitudinais seriam necessários para se estudar fatores de risco (BURT, 2001). Para evitar dúvidas de interpretação, nesse documento se usou a seguinte terminologia:

1- Nesse texto os termos “fator associado”, “categoria de exposição” e “variáveis preditoras” foram usados no lugar de “fator de risco” para designar características dos indivíduos observadas no estudo que distinguem grupos com prevalência diferentes do desfecho. A justificativa é que a análise apresentada nessa dissertação foi feita com dados de um estudo de corte transversal e não se mediu o risco do desfecho e sim a prevalência.

2- Os termos “categoria de exposição” e “variáveis preditoras” foram usados para denominar características que hipoteticamente estariam associadas com o aumento da frequência (prevalência) do desfecho.

3-Um fator (“categoria de exposição” e “variáveis preditoras”) foi dito “associado” ao desfecho apenas se a diferença de prevalência fosse estatisticamente significativa; para diferenciar da situação em que se observou na amostra analisada diferenças em prevalências em grupos distintos por alguma característica, mas a diferença não foi estatisticamente significantes.

APÊNDICE A – QUADRO 2

Quadro 2 - Fatores associados à duração total do AM, frequência de desmame ou de AM por dois anos ou mais encontrados na literatura revisada.

Desfecho	Fator associado	Medida de Associação			Desenho de estudo	Estudo (autor, ano de publicação)	Interpretação
		Estimativa pontual	IC 95%	Valor de p			
	Escolaridade Materna						
Proporção de desmame “precoce” ¹	1-Educação superior (referência) ² 2-Educação secundária 3-Educação primária 4-Analfabeta	1 OR=0,87 OR=0,82 OR=0,76	- 0,77-0,98 0,72-0,94 0,67-0,87	- 0,03 <0,001 <0,001	CT	(AKTER; RAHMAN, 2010)	Maior proporção de desmame “precoce” com educação superior
Proporção de desmame	1-Educação primária incompleta ou menor (ref.) ² 2-Educação primária completa ou secundária parcialmente completa 3-Educação secundária completa ou universitária	1 RR=1,40 RR=1,59	- 1,01–1,92 1,14–2,22	- - -	CO	(BERRA <i>et al.</i> , 2003)	Menor proporção de desmame quanto menor educação
Duração total do AM	Analfabeta vs. Nível superior	-	-	0,038	CT	(YESILDAL <i>et al.</i> , 2008)	Maior duração do AM em analfabetas
Duração total do AM	Analfabeta vs. Alfabetizada	$X^2=67,4$	-	<0,001	CO	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	Maior duração do AM em analfabetas
Duração total do AM	Menor educação materna (anos)	HR=1,045	1,01-1,08	0,006	CT	(DANG <i>et al.</i> , 2005)	Maior duração do AM com menor escolaridade
Duração total do AM	Nível superior vs. Nível secundário ou menor	-	-	<0,001	CO	(KUDLOVA; RAMES, 2007)	Maior duração do AM com nível superior

Continua

Quadro 2 - Fatores associados à duração total do AM, frequência de desmame ou de AM por dois anos ou mais encontrados na literatura revisada. Continuação

Desfecho	Fator associado	Medida de Associação			Desenho de estudo	Estudo (autor, ano de publicação)	Interpretação
		Estimativa pontual	IC 95%	Valor de p			
	Profissão/Ocupação materna						
Duração total do AM	Nível técnico vs. Dona de casa	HR=1,16	1,06-1,26	0,002	CT	(BERNARDI <i>et al.</i> , 2009)	Menor duração do AM com nível técnico
Duração total do AM	Mães que trabalham como professora vs. Dona de casa	X ² =48,1	-	0,01	CO	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	Maior duração do AM em donas de casas
Proporção de desmame “precoce” ¹	1-Mulheres que trabalham (ref.) ² 2-Mulheres que não trabalham	1 OR =1,14	- 1,06-1,23	- <0,001	CT	(AKTER; RAHMAN, 2010)	Maior proporção de desmame nas mulheres que não trabalham
	Idade materna						
Proporção de desmame “precoce” ¹	1-Mulheres com ≥35 anos (ref.) ² 2-Mulheres mais jovens (≤ 24 anos)	1 OR=1,94	- 1,71-2,20	- <0,001	CT	(AKTER; RAHMAN, 2010)	Maior proporção de desmame em mulheres mais jovens
Duração total do AM	Maior idade materna (≥30 anos) vs. < 30 anos	T= 9,64 ³	-	0,008	CT	(LIMA; OSÓRIO, 2003)	Maior duração do AM com maior idade materna
Duração total do AM	Maior idade materna (anos)	HR=0,96	0,94-0,98	<0,001	CT	(DANG <i>et al.</i> , 2005)	Maior duração do AM com maior idade materna
Duração total do AM	≥26 anos vs. ≤ 25anos	X ² =16,4	-	0,003	CO	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	Maior duração do AM com maior idade materna

Continua

Quadro 2 - Fatores associados à duração total do AM, frequência de desmame ou de AM por dois anos ou mais encontrados na literatura revisada. Continuação

Desfecho	Fator associado	Medida de Associação			Desenho de estudo	Estudo (autor, ano de publicação)	Interpretação
		Estimativa pontual	IC 95%	Valor de p			
	Estado civil materno						
Duração total do AM	Mãe sem companheiro vs. Com companheiro	HR=1,16	1,04-1,29	0,010	CT	(BERNARDI <i>et al.</i> , 2009)	Menor duração do AM nas mães sem companheiro
Duração total do AM	Mãe solteira vs. Com companheiro	-	-	0,027	CO	(KUDLOVA; RAMES, 2007)	Menor duração do AM nas mães sem companheiro
Proporção de AM por dois anos ou mais	1-Mãe não coabitar com companheiro (ref.) ² 2-Mãe coabitar com companheiro	1 RR=0,61	- 0,37-0,99	- 0,047	CO	(MARTINS; GIUGLIANI, 2012)	Maior proporção de AM por 2 anos ou mais em mães que não coabitam com companheiro
Proporção de desmame	1- Outros 2-Casada	1 OR=7,08	- 1,99-25,27	- 0,003	CT	(FREITAS <i>et al.</i> , 2012)	Maior proporção de desmame em mulheres casadas
	Uso de bicos artificiais						
Duração total do AM	Uso de chupeta vs. Não uso de chupeta	HR=3,16	2,23-4,48	<0,001	CT	(SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006)	Menor duração do AM com o uso de chupeta
Duração total do AM	Não uso de mamadeira vs. Uso de mamadeira	T=7,76 ³	-	<0,001	CT	(LIMA; OSÓRIO, 2003)	Maior duração do AM com não uso de mamadeira
Proporção de AM por dois anos ou mais	1-Uso de chupeta (ref.) ² 2-Não uso de chupeta	1 RR=2,45	- 1,58-3,81	- <0,001	CO	(MARTINS; GIUGLIANI, 2012)	Menor proporção de AM por 2 anos ou mais com uso de chupeta

Continua

Quadro 2 - Fatores associados à duração total do AM, frequência de desmame ou de AM por dois anos ou mais encontrados na literatura revisada. Continuação

Desfecho	Fator associado	Medida de Associação			Desenho de estudo	Estudo (autor, ano de publicação)	Interpretação
		Estimativa pontual	IC 95%	Valor de p			
	Área de residência						
Duração total do AM	Mães que vivem em áreas urbanas vs. rurais	$X^2=92,5$	-	<0,001	CO	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	Menor duração do AM em áreas urbanas
Duração total do AM	Crianças que residiam em áreas rurais vs. urbanas	$T=11,75^3$	-	<0,001	CT	(LIMA; OSÓRIO, 2003)	Maior duração do AM em áreas rurais
Duração total do AM	Crianças que residiam em áreas rurais vs. urbanas	HR=0,721	0,550-0,946	0,018	CT	(DANG <i>et al.</i> , 2005)	Maior duração do AM em áreas rurais
	Paridade materna						
Duração total do AM	Mães que tem o primeiro filho vs. terceiro filho ou mais	$X^2=33,83$	-	0,008	CO	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	Menor duração do AM nas primíparas
Proporção de desmame	Mulheres com paridade ≥ 6 (ref.) ² Mulheres com paridade ≤ 2	1 OR=0,70	- 0,61-0,79	- <0,001	CT	(AKTER; RAHMAN, 2010)	Maior proporção de desmame com maior paridade
Proporção de desmame	Mulheres que amamentaram por mais de 6 meses (ref.) ² Mulheres sem antecedentes de amamentação (primeiro filho)	1 RR=1,39	- 1,12-1,74	- -	CO	(BERRA <i>et al.</i> , 2003)	Maior proporção de desmame nas primíparas

Continua

Quadro 2 - Fatores associados à duração total do AM, frequência de desmame ou de AM por dois anos ou mais encontrados na literatura revisada. Continuação

Desfecho	Fator associado	Medida de Associação			Desenho de estudo	Estudo (autor, ano de publicação)	Interpretação
		Estimativa pontual	IC 95%	Valor de p			
	Introdução de alimentos complementares						
Duração total do AM	Mães que iniciam alimentação complementar (AC) antes dos 4 meses vs. depois dos 6 meses	$X^2=47,6$	-	<0,001	CO	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	Menor duração do AM com início de AC < 4 meses
Proporção de desmame	Introdução de fórmulas artificiais antes dos 30 dias de vida da criança 1-Não (ref.) ² 2-Sim	1 RR=2,27	- 1,82-2,82	- -	CO	(BERRA <i>et al.</i> , 2003)	Maior prop. de desmame quando introduz formulas artificiais < 30 dias
	1- Não recebeu leite artificial (LA) 2- Recebeu leite artificial	1 OR=4,46	- 1,078-18,423	- 0,039	CT	(FREITAS <i>et al.</i> , 2012)	Maior prop. de desmame se a criança recebeu LA
Duração total do AM	Idade de introdução de alimentos complementares (meses): ⁴ Ovo Leite in natura Leite em pó	HR=0,997 HR=0,997 HR=0,995	0,994-0,999 0,995-0,999 0,993-0,997	0,011 0,005 <0,001	CT	(DANG <i>et al.</i> , 2005)	Menor duração do AM quanto mais precoce a idade de introdução de alimentos
Proporção de AM por dois anos ou mais	Idade em que a criança passou a receber água e/ou chás (em dias) ⁴	RR=1,005	1,001-1,009	0,009	CO	(MARTINS; GIUGLIANI, 2012)	Menor proporção de AM por 2 anos ou mais com idade mais precoce de introdução de alimentos
	Idade em que a criança passou a receber outro leite (idade em dias) ⁴	RR=1,001 ⁷	1,001-1,002	<0,001			

Continua

Quadro 2 - Fatores associados à duração total do AM, frequência de desmame ou de AM por dois anos ou mais encontrados na literatura revisada. Continuação

Desfecho	Fator associado	Medida de Associação			Desenho de estudo	Estudo (autor, ano de publicação)	Interpretação
		Estimativa pontual	IC 95%	Valor de p			
Proporção de desmame	Outras variáveis						
	Ordem de nascimento da criança	RR=0,82	0,68-0,98	0,03	CT	(HAJIAN-TILAKI, 2005)	Maior prop. de desmame com ↓ ordem
Duração total do AM	Cor da pele da criança negra/parda vs. branca	HR=1,11	1,01-1,22	0,034	CT	(BERNARDI <i>et al.</i> , 2009)	Menor duração do AM na cor preta/parda
Duração total do AM	Criança do sexo feminino vs. sexo masculino	-	-	0,028	CT	(YESILDAL <i>et al.</i> , 2008)	Menor duração do AM no sexo feminino
Proporção de desmame	1-Crianças usuárias de serviços públicos (ref.) ² 2-Crianças usuárias de serviços privados	1 OR=1,46	- 1,19-1,79	- <0,001	CT	(CAMILO <i>et al.</i> , 2004)	Menor proporção de desmame nas usuárias de serviços públicos
	1-Crianças usuárias dos serviços locais de saúde (ref.) ² 2-Crianças não usuárias dos serviços locais de saúde	1 OR=1,37	- 1,12-1,98	- 0,002			Menor proporção de desmame nas usuárias de serviços de saúde locais
Duração total do AM	Genitor com escolaridade ≥ ao primeiro grau completo vs. ≤ ao primeiro grau incompleto	HR=1,62	1,10-2,40	0,016	CT	(SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006)	Menor duração do AM com maior escolaridade paterna
Proporção de desmame	Dificuldade para amamentar no pós-parto imediato	RR=3,97	2,45-6,35	<0,001	CO	(ALVES <i>et al.</i> , 2008)	Maior proporção de desmame em mulheres com dificuldade de amamentar no pós-parto imediato
	1980	RR=1,70	1,04-2,79	0,03			
	1986	RR=2,36	1,46-3,83	<0,001			
	1992	RR=3,22	1,87-5,54	<0,001			
	1998						

Continua

Quadro 2 - Fatores associados à duração total do AM, frequência de desmame ou de AM por dois anos ou mais encontrados na literatura revisada. Continuação

Desfecho	Fator associado	Medida de Associação			Desenho de estudo	Estudo (autor, ano de publicação)	Interpretação
		Estimativa pontual	IC 95%	Valor de p			
Proporção de desmame	Tempo ideal de amamentar menor que seis meses 1980 1986 1998 2004	RR=2,14 RR=1,67 RR=3,01 RR=3,27	1,38-3,50 1,02-2,74 1,76-5,16 1,31-8,15	<0,001 0,04 <0,001 0,01	CO	(ALVES <i>et al.</i> , 2008)	Maior proporção de desmame nas mulheres que relataram tempo ideal de AM < 6 m
Proporção de desmame	1-História anterior de amamentação por 6 meses ou mais (ref.) ² 2-História anterior de amamentação por menos de 6 meses	1 RR=1,64	- 1,32- 2,02	- -	CO	(BERRA <i>et al.</i> , 2003)	Menor proporção de desmame com história AM prévio por 6 m ou mais
Proporção de desmame	1-Menos de 90 min para o primeiro contato mãe-bebê (ref.) ² 2-Mais de 90 min para o primeiro contato mãe-bebê	1 RR=1,50	- 1,17-1,93	- -			Menor proporção de desmame com o primeiro contato mãe-bebê < 90min
Proporção de desmame	1-Mães que tinham sido amamentadas por 6 meses ou mais (ref.) ² 2-Mães que tinham sido amamentadas por menos de 6 meses	1 RR=1,27	- 1,01-1,61	- -			Menor proporção de desmame em mães que tinham sido amamentadas por 6m ou mais
Duração total do AM	Intervalo interpartal ≤2 vs. >2 anos	X ² =4,55	-	<0,033	CO	(RAKSHANI; MOHAMMADI, 2009)	Menor duração do AM com intervalo interpartal ≤2 anos

Continua

Quadro 2 - Fatores associados à duração total do AM, frequência de desmame ou de AM por dois anos ou mais encontrados na literatura revisada. Conclusão

Desfecho	Fator associado	Medida de Associação			Desenho de estudo	Estudo (autor, ano de publicação)	Interpretação
		Estimativa pontual	IC 95%	Valor de p			
Proporção de AM por dois anos ou mais	Mães permaneceu em casa com a criança nos primeiros 6 meses	RR=2,13	1,12-4,05	0,021	CO	(MARTINS; GIUGLIANI, 2012)	Maior proporção de AM por 2 anos ou mais em mães que ficam em casa nos 1º seis meses
Proporção de desmame “precoce” ¹	1-Religião não-muçulmana (ref.) ² 2-Religião materna muçulmana	1 OR=1,23	- 1,12-1,36	- <0,001	CT	(AKTER; RAHMAN, 2010)	Menor proporção de desmame em mulheres com religião não-muçulmana
	1-Mulheres que casaram com 25 anos ou mais (ref.) ² 2-Mulheres que casaram mais cedo (≤ 14 anos)	1 OR=0,70	- 0,52-0,93	- 0,02			Menor proporção de desmame em mulheres que casaram mais cedo
	1-Mulheres que utilizam contraceptivos (ref.) ² 2-Mulheres que não utilizam contraceptivos	1 OR=1,37	- 1,26-1,48	- <0,001			Menor proporção de desmame em mulheres que usam contraceptivos
Proporção de desmame	1-Não recebeu orientação sobre AM no pré-natal 2-Recebeu orientação sobre AM no pré-natal	1 OR=2,74	- 1,04-7,20	- 0,041	CT	(FREITAS <i>et al.</i> , 2012)	Maior proporção de desmame em mulheres que receberam orientação sobre AM no pré-natal

Nota: ¹ O texto refere *early termination* mas não define o termo, aqui foi traduzido como “desmame precoce”;

² Categoria de referência

³ Teste de Wilcoxon (T)

⁴ Resultados com nível de significância limítrofe, ou seja, apresentam valores próximos ao valor nulo (dados apresentados com três casas decimais).

⁵ A estimativa pontual é igual ao limite inferior do intervalo de confiança.

APÊNDICE B – Resultados da análise de colinearidade

Como a variável sobre a duração da amamentação exclusiva está fortemente relacionada às variáveis sobre a idade de introdução de outros alimentos na dieta da criança (chá, alimentos sólidos, mingau e leite artificial), pois a introdução de alimentos determina se amamentação é exclusiva ou não, optou-se por retirá-la da análise multivariada a fim de evitar o efeito da colinearidade. As variáveis sobre a idade de introdução de alimentos também poderiam estar associadas entre si. Então, vários modelos foram construídos com regressão logística para examinar a relação entre estas variáveis (resultados na Tabela 12). A variável representando idade de introdução de refrigerante foi excluída destas análises por apresentar categoria com nº de indivíduos pequeno. Todas as variáveis são estatisticamente significante quando analisadas separadamente (modelo 1 da Tabela 12), mas quando colocadas juntas no mesmo modelo (modelo 2), apenas as variáveis referentes a introdução de leite e mingau permaneceram com categorias estatisticamente significante. Isto sugere forte associação entre as variáveis idade de introdução de chá e idade de introdução de alimentos sólidos com as referentes à introdução de leite e mingau. Apesar da variável sobre introdução de mingau ter permanecido estatisticamente significante em uma de suas categorias, uma interpretação dos resultados é que essa variável está associada com leite artificial por ser o leite, em geral, um dos componentes do mingau. Portanto optou-se por utilizar apenas a variável sobre a idade de introdução na dieta de leite artificial nas análises de regressão subsequentes, excluindo a variável sobre o mingau.

Tabela 12 - Resultado da associação das 4 variáveis sobre introdução de alimentos com o desfecho AM prolongado na regressão logística (500 crianças), Jaboatão dos Guararapes/PE, 2010-2011.

Variáveis	Frequência AM prolongado N/n (%)	Modelo 1 ¹		Modelo 2 ²	
		OR (IC95%)	Valor de p	OR (IC95%)	Valor de p
Idade de introdução na dieta de leite artificial					
0-5 meses	79/238(33,2)	1		1	
6 meses ou mais	146/211(70,7)	4,52(3,04-6,73)	<0,001	2,42(1,31-4,47)	0,005
Nunca tomou	47/51(92,2)	23,65(8,23-67,98)	<0,001	11,13(3,67-33,69)	<0,001
Idade de introdução na dieta de mingau					
0-5 meses	63/195(32,3)	1		1	
6 meses ou mais	136/220(61,8)	3,39(2,26- 5,09)	<0,001	1,58(0,84-2,97)	0,157
Nunca tomou	73/85(85,9)	12,75(6,46-25,16)	<0,001	4,63(2,07-10,32)	<0,001
Idade de introdução na dieta de chá					
0-5 meses	96/234(41,0)	1		1	
6 meses ou mais	96/137(70,1)	3,37(2,15-5,27)	<0,001	1,62(0,93-2,82)	0,089
Nunca tomou	80/129(62,0)	2,35(1,51-3,65)	<0,001	1,53(0,92-2,54)	0,101
Idade de introdução na dieta de alimentos sólidos²					
3-5 meses	37/100(37,0)	1		1	
6 meses ou mais	235/400(58,8)	2,43(1,54-3,81)	<0,001	1,01(0,57-1,77)	0,982

Notas: ¹ Modelo 1 refere-se a resultados de quatro regressões, onde as variáveis foram analisadas isoladamente com o desfecho;

² Modelo 2 refere-se a uma única regressão com o desfecho e as quatro variáveis juntas: introdução de leite, chá, mingau e alimentos sólidos;

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

psf	usf/zona	agente	mãe

PROJETO: Doenças respiratórias em crianças de 0 a 4 anos em áreas com e sem PSF em Jaboatão dos Guararapes-Pernambuco.

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____ Idade: _____

Nome da criança: _____ Idade: _____

Nome da criança: _____ Idade: _____

Convidamos a senhora para participar do estudo sobre doenças respiratórias em crianças em Jaboatão dos Guararapes, que está sendo coordenado por professores da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com o apoio da Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes. O **objetivo principal** do estudo é saber a proporção de crianças de 0 a 4 anos com doença respiratória e estudar as causas dessas doenças. Seus(suas) filhos(as) foram selecionados para participarem do estudo, porém para isto é necessário que a(o) senhor(a), como responsável pela(s) criança(s) acima, dê o seu consentimento para que a(o) senhor(a) responda dois **questionários**, um sobre a mãe e as características socioeconômicas e de moradia da família, e outro sobre saúde da(s) criança(s).

A coleta de dados não oferece nenhum tipo de perigo à criança. O estudo fará perguntas através de questionários sobre os assuntos citados acima, **não estando previsto tratamento de doenças das crianças**. As pessoas que coletam os dados não são profissionais de saúde treinados para prestar qualquer tipo de atendimento. A participação no estudo terá como benefício conhecer as causas de doenças respiratórias nas crianças e esta informação pode ser usada para melhorar as ações dos serviços de saúde na prevenção das doenças nas crianças.

Toda informação obtida através do questionário é estritamente confidencial e o seu nome ou do seu(s) filho(s) não aparecerão em nenhuma parte do relatório ou publicação deste estudo. **A participação no estudo é voluntária e a Sra. pode negar a participação dos seus filhos a qualquer momento.**

Qualquer dúvida contatar:

- Dr. Sérgio Souza da Cunha, Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Departamento de Medicina Social, Av. Prof. Moraes Rêgo, 1235, Cidade Universitária CEP 50670-901, Recife – PE, Tel: (81) 2126-8550, Email: sergio.cunha@ufpe.br
- Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/ Centro de Ciências da saúde/UFPE: Av. Prof. Moraes Rego S/N, Prédio do CCS/UFPE 1º andar, sala Ruy João Marques, Cidade Universitária – Recife, PE. CEP 50670-901, Tel/FAX 81-2126-8588

Declaração e assinaturas do responsável e testemunhas

Declaro estar ciente do que se trata o estudo doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos em Jaboatão dos Guararapes, confirmando a aceitação de responder os questionários citados citados na página anterior do documento.

➔ Este documento tem 2 cópias iguais, uma que fica com o entrevistador e outra com a pessoa que assina

Pergunta	Resposta	Assinatura do responsável	RG
Aceita responder o questionário ?	<input type="radio"/> -Sim <input type="radio"/> -Não		
Preenchido pelo entrevistador			
Nome em letra de imprensa do responsável que assina: _____			
Quem assina é a mãe? <input type="radio"/> -SIM <input type="radio"/> -NÃO Se não, diga grau de parentesco: _____			
<p>➔ 1) Instrução para o entrevistador: a carta só pode ser preenchida por pessoa responsável legal pela criança (pai, mãe, ou outro responsável legal)</p> <p>2) Anotar nome legível de quem foi a segunda testemunha e se foi vizinha, parente, etc</p>			
Nome do entrevistador/testemunha	Assinatura	RG	Data de preenchimento
1-			___/___/2011
2-			___/___/2011

Se a entrevistada for analfabeta:

- 1-preencher abaixo e
- 2-se souber assinar, também assinar e
- 3-da preferência para parente mais próximo para assinar como testemunha (marido, mãe, etc)

“A rogo de _____,
eu _____ assino o
presente documento”.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA

QUESCRI 6.5 QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA REGISTRO *só marcar pag ímpar*

psf	usf/zona	agente	mãe	cri

DATA DE PREENCHIMENTO: ___/___/2011

ENTREVISTADOR: _____ [___]

HORÁRIO: → INÍCIO ___:___ → FIM: ___:___

Identidade da criança

1. PRIMEIRO E ÚLTIMO NOME DA MÃE: _____
2. NOME COMPLETO DA CRIANÇA *letra de imprensa*: _____
3. SE A CRIANÇA É GEMEA ANOTAR NOME E REGISTRO DA OUTRA:

4. (Q1) - DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___
(Q2) VIU DOCUMENTO? -1-Sim -0-Não, relato da mãe
5. IDADE: ANOS COMPLETOS E MESES COMPLETOS → _____
6. QUE MUNICÍPIO NASCEU: → -1 Jaboatão -2 Outro _____
7. ORDEM DE NASCIMENTO: ___ DE ___ CRIANÇAS *exemplo, 1 (primeiro) de 5 filhos (todos os filhos mesmo > 4 anos)*
8. HÁ QUANTO TEMPO MORA EM JABOATÃO? R: **Anos** ___ **Meses** ___ -1 desde que nasceu
9. HÁ QUANTO TEMPO MORA NO MESMO ENDEREÇO? R: **Anos** ___ **Meses** ___ -1 desde que nasceu
10. VOCE SE LEMBRA DO PESO DA CRIANÇA AO NASCER? SE SIM, NASCEU COM QUANTOS QUILOS?
R: _____, _____ - **relato da mãe antes de ver o cartão** *se mãe não sabe colocar 9,9*
11. VOCE ESTAVA COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ QUANDO ESSA CRIANÇA NASCEU? _____
12. QUANDO ESTAVA GRÁVIDA DESSA CRIANÇA, VOCE FUMAVA?
-1 Sim
-0 Não → *passa para pergunta 14*
13. EM MÉDIA, FUMAVA QUANTOS CIGARROS POR DIA QUANDO ESTAVA GRÁVIDA?
_____ -9 = não quer responder ou não sabe ou não se lembra *deixe em branco se disse que nunca fumou*
14. QUAL FOI O TIPO DE PARTO DA CRIANÇA?

<input type="radio"/> -1-Cesárea	<input type="radio"/> -2-Outro: _____	<input type="radio"/> -0-Normal
----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------
15. A CRIANÇA FREQUENTA OU JÁ FREQUENTOU CRECHE?
-1 Sim
-0 Não → *passa para pergunta 17*
16. SE SIM, POR QUANTO TEMPO, E DESDE QUE IDADE?
Idade: _____ Tempo: _____
17. A CRIANÇA JÁ FICOU OU FICA EM CASA DE OUTRA PESSOA COM OUTRAS CRIANÇAS DURANTE METADE DE UM DIA OU O DIA INTEIRO, ENQUANTO VOCÊ ESTÁ FORA?
-1 Sim
-0 Não → *pule pergunta seguinte e passa para pergunta 19*
18. SE SIM, EM MÉDIA POR QUANTO TEMPO, E DESDE QUE IDADE?
Tempo: _____ Idade: _____

Aqui vc pode explicar que "muitas mães preferem não deixar criança em creche mas a criança fica muito tempo em outra casa"

Sobre amamentação

19. A CRIANÇA MAMOU NO PEITO ALGUMA VEZ NA VIDA?

-1 Sim -0 Não → *pule para pergunta 23*

20. A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA?

-1 Sim -0 Não

21. POR QUANTO TEMPO ESSA CRIANÇA MAMOU NO PEITO?

Início _____ Fim _____

-1 desde que nasceu -1 ainda **mama** / toma leite de peito

-2 desde a idade de meses: _____ -2 até a idade de - anos: _____ meses: _____

22. ATÉ QUE IDADE A CRIANÇA APENAS MAMAVA, NÃO TOMAVA CHÁ, AGÚA, SUCO, NEM OUTRO ALIMENTO OU LÍQUIDO? R Anos ____ Meses ____

23. A CRIANÇA USOU OU USA MAMADEIRA?

-1 Sim, **ainda usa**

-2 Sim, mas **não usa mais**

-0 Não, **nunca usou**

Itens 2 e 3 - Aqui vc verifique se a mãe entende "leite artificial como Ninho, Itambé, etc, e mingau como de farinha láctea"

24. A CRIANÇA COMEÇOU A TOMAR OS SEGUINTE ALIMENTOS COM QUE IDADE?

Alimento _____ Início – Anotar Anos ____ Meses ____, se não souber marcar com "99" em Anos _____

-1 chá -1 desde idade de Anos ____ Meses ____ OU -2 logo depois de nascido OU -3 Nunca tomou

-2 outro **leite artificial** (pó, caixa, formula) -1 desde idade de Anos ____ Meses ____ OU -2 logo depois de nascido OU -3 Nunca tomou

-3 **mingau** -1 desde idade de Anos ____ Meses ____ OU -2 logo depois de nascido OU -3 Nunca tomou

-4 comida sólida comum parecida com a da família -1 desde idade de Anos ____ Meses ____ OU -3 Nunca tomou

-5 refrigerante -1 desde idade de Anos ____ Meses ____ OU -3 Nunca tomou

Últimos 30 dias

Dizer: "agora vou fazer perguntas sobre os últimos 30 dias, quero que se lembre e responda APENAS sobre os últimos 30 dias apenas"

25. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, A CRIANÇA TEVE DIARRÉIA?

-1 Sim

-0 Não → *passar para pergunta 30*

26. EM MÉDIA, QUANTAS VEZES **POR DIA** TINHA DIARRÉIA, TINHA FEZES MOLES?

R: _____

27. DUROU QUANTO TEMPO, EM DIAS? R: _____

28. TEVE SANGUE NAS FEZES?

-1 Sim -0 Não ou não sabe

29. LEVOU A CRIANÇA AO MÉDICO POR CAUSA DA DIARRÉIA?

-1 Sim -0 Não

30. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS A CRIANÇA TEVE ALGUM PROBLEMA RESPIRATÓRIO, COMO TOSSE, CANSAÇO, BRONQUITE OU FALTA DE AR, OU **NARIZ ESCORRENDO**, POR EXEMPLO? → *Citar todos os sinais*

-1 Sim -0 Não → *passar para pergunta 56 na página 4*

31. HÁ QUANTOS DIAS ATRÁS ELA COMEÇOU A FICAR DOENTE? *se tiver a data coloque mas pode colocar apenas o mês*

R dias aproximado: _____ data: __/__/__ -99-A criança ainda esta doente

32. O QUE A CRIANÇA APRESENTAVA? *Primeiro espere a mãe falar, depois cite TODAS as opções não citadas pela mãe, pode marcar mais de uma opção*

Se a mãe referir alguma outra doença respiratória que vc tenha duvida, exemplo "alergia", anote na ultima página do questionário

<input type="radio"/> -1 tosse	<input type="radio"/> -3 falta de ar	<input type="radio"/> -5 chiado no peito	<input type="radio"/> -7 ronqueira no pulmão (roncos)
--------------------------------	--------------------------------------	--	---

<input type="radio"/> -2 febre	<input type="radio"/> -4 catarro no peito	<input type="radio"/> -6 cansaço	<input type="radio"/> -8 Nariz escorrendo ou entupido por pelo menos 10 dias
<input type="radio"/> - Se tirou temperatura, quanto deu: _____		<input type="radio"/> -9 outro _____	

Se apenas citar nariz escorrendo, pule para a pergunta 56 página 4

33. A CRIANÇA DEIXOU DE SE ALIMENTAR OU MAMAR QUANDO ESTEVE DOENTE?
-1 Sim – amamentava e/ou alimenta-se normalmente antes de ficar doente e **deixou quando ficou doente**
-0 Não – amamentava e/ou alimenta-se normalmente antes de ficar doente e **continuou normalmente**

34. REMOVIDA

35. **(Q1) A CRIANÇA TOMOU ALGUM REMÉDIO COMPRADO NA FARMÁCIA OU DO POSTO** → *Deixar primeiro a mãe falar o nome e depois pedir receita ou caixa, se não tiver anotar como entendeu – se não tomou remédio deixar perguntas 36 e 37 em branco*

<input type="radio"/> -1 Sim ----- →	(Q2) NOME DO REMÉDIO se não lembra por “NS”	(Q3) COM RECEITA MÉDICA?
<input type="radio"/> -0 Não	R1: _____	<input type="radio"/> -1 sim <input type="radio"/> -0 não
IR pergunta 37	R2: _____	<input type="radio"/> -1 sim <input type="radio"/> -0 não

36. ONDE ARRUMOU (CONSEGUIU) O REMEDIO? → *Deixe em branco se resposta em 35 foi “Não”*

- 0 farmácia
-1 no próprio posto/serviço de saúde
-2 Outro: _____

37. (CASO TENHA COMPRADO) QUANTO CUSTOU O REMÉDIO? → *Deixe em branco se resposta em 35 foi “Não”*

R1: _____ Custo R\$: _____
 R2: _____ Custo R\$: _____

Se vive em área de PSF

38. (Q1) DURANTE ESSA DOENÇA , VOCÊ LEVOU A CRIANÇA [AO PSF] SERVIÇO MÉDICO OU FICOU INTERNADA?

<input type="radio"/> -1 Sim ----- →	(Q2) ONDE?
<input type="radio"/> -0 Não → <i>passa para pergunta 44</i>	<input type="radio"/> -1 PSF
<input type="radio"/> -9 não quer responder	<input type="radio"/> -0 outro, qual: _____

39. Q1) TEVE DE LEVAR SUA CRIANÇA EM ALGUMA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA?

- 1 Sim----- (Q2) ONDE? _____
-0 Não

40. QUE DOENÇA O MÉDICO DISSE QUE A CRIANÇA TEVE? *Primeiro esperar a mãe responder, marque o que relatou, depois cite as outras opções, pode marcar mais de uma opção*

<input type="radio"/> -1 Pneumonia	<input type="radio"/> -3 Bronquite	<input type="radio"/> -5 infecção respiratória
<input type="radio"/> -2 Asma	<input type="radio"/> -4 Bronquiólite	<input type="radio"/> -6 outro: _____

41. (Q1) A CRIANÇA FICOU INTERNADA? SE SIM ONDE E POR QUANTO TEMPO?

<input type="radio"/> -1 Sim --- →	(Q2) Nome do serviço	(Q3) Público ou Privado?	(Q4) Tempo em dias
<input type="radio"/> -0 Não	1- _____	<input type="radio"/> 1-Público <input type="radio"/> -0 Privado	[____]
	2- _____	<input type="radio"/> 1-Público <input type="radio"/> -0 Privado	[____]

42. A CRIANÇA RECEBEU NEBULIZAÇÃO?

- 1 Sim
-0 Não ou não sabe

43. Q1 NO SERVIÇO QUE VOCE FOI, LHE DERAM RECEITA PARA ALGUM REMÉDIO? QUAL?

<input type="radio"/> -1 Sim ----- →	Q2 Qual?	Q3 Viu receita? Se não entendeu o nome
<input type="radio"/> -2 Sim, já respondido na	R1: _____	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -0 Não



questão 35

R2: _____

-1 Sim -0 Não

44. VOCE DEIXOU DE TRABALHAR ALGUM DIA PARA CUIDAR DA CRIANÇA?

-1 Sim ----- Quantos dias?

-0 Não R: _____

45. (Q1) VOCE DEIXOU DE RECEBER ALGUM PAGAMENTO PORQUE DEIXOU DE TRABALHAR PARA CUIDAR DA CRIANÇA?

-1 Sim ---> (Q2) QUANTO DEIXOU DE GANHAR (RECEBER) APROXIMADAMENTE? R\$: _____

-0 Não

46. (Q1) DURANTE A DOENÇA DA CRIANÇA, VOCE PRECISOU CONTRATAR OU PAGAR ALGUMA PESSOA PARA TOMAR CONTA DA CRIANÇA ENQUANTO ELA ESTAVA DOENTE?

-1 Sim ----> (Q2) QUANTO PAGOU? R\$: _____

-0 Não

47. DURANTE A DOENÇA DA CRIANÇA, ALGUM PARENTE OU AMIGO TOMOU CONTA DA CRIANÇA ENQUANTO VOCE TRABALHAVA OU ESTAVA FORA DE CASA POR QUALQUER MOTIVO?

-1 Sim -0 Não → *pule para pergunta 50*

48. ESSA PESSOA PRECISOU DEIXAR DE TRABALHAR PARA TOMAR CONTA DA CRIANÇA?

-1 Sim -0 Não ou não sabe

49. (Q1) ESSA PESSOA DEIXOU DE RECEBER ALGUM PAGAMENTO PORQUE DEIXOU DE TRABALHAR PARA TOMAR CONTA DA CRIANÇA?

-1 Sim ---> (Q2) QUANTO ESSA PESSOA DEIXOU DE RECEBER APROXIMADAMENTE R\$: _____

-0 Não

50. (Q1) DURANTE A DOENÇA DA CRIANÇA VOCE PRECISOU GASTAR COM TRANSPORTE?

-1 Sim ----> (Q2) QUANTO?

-0 Não R\$: _____

51. (Q1) DURANTE A DOENÇA VOCE PRECISOU PAGAR POR EXAMES DE LABORATÓRIO?

-1 Sim ----> (Q2) QUANTO? R\$: _____

-0 Não

52. QUANTO VOCE PRECISOU GASTAR DE ALIMENTAÇÃO POR CAUSA DA DOENÇA DA CRIANÇA?

R em reais, aproximado: _____

53. (Q1) VOCE PRECISOU TER ALGUM OUTRO GASTO POR CONTA DA DOENÇA?

<input type="radio"/> -1 Sim ----- →	(Q2) QUAL?	(Q3) QUANTO custou?
<input type="radio"/> -0 Não	R: _____	

Faça as perguntas 54 e 55 apenas se a criança está em área de PSF mas não foi ao PSF

54. POR QUE NÃO LEVOU AO POSTO DO PSF? → *primeiro deixe ela responder, e depois pergunte sobre outras opções, pode marcar mais de uma opção*

-1 distante -4 falta medicamento -7 Outro: _____

-2 demora de atender -5 falta nebulização _____

-3 não gosto do atendimento -6 não atende de urgência

55. POR QUE PREFERIU LEVAR A OUTRO SERVIÇO? → *primeiro deixe ela responder, e depois pergunte sobre outras opções não citadas, pode marcar mais de uma opção*

-1 mais perto -4 tem medicamento -7 Outro: _____

-2 mais rápido de atender -5 tem nebulização _____

- 0 Não
 -1 Pneumonia
 -4 Bronquite
 -7 outro: _____
-2 Asma
 -5 Bronquiólite

63. E TEVE DE LEVAR SUA CRIANÇA EM ALGUMA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA POR CAUSA DE CHIADO NO PEITO OU BRONQUITE OU CANSAÇO?

-1 Sim
 -0 Não

PESO, IDADE GESTACIONAL E CARTÃO DE VACINAÇÃO

→ Vocês devem encontrar um cartão de vacinação similar ao quadro abaixo, anotem o que encontrarem

64. PESO DA CRIANÇA AO NASCER REGISTRADO EM ALGUM DOCUMENTO: _____ -0 Não encontrado

65. IDADE GESTACIONAL COMO ENCONTRADO EM CARTÃO R: ____ MESES -0 Não encontrado registro

Anti-polio anotar 4 primeiras doses	DPT+Hib (tetra)	DPT	Hib	Contra hepatite B	BCG	Tríplice viral - TV	Vitamina A	Rotavirus
Outras vacinas colocar nome								

Abaixo anote **qualquer** outra doença que a mãe referiu nos últimos 12 meses ou 30 dias que não correspondia as perguntas acima, mesmo não sendo doença respiratória (**DR**) ou diarreia, ou que *teve* dúvida sobre que doença era

Nome da doença dado pela mãe e pelo médico	
Sintomas da doença	
Remédio, se voce viu caixa ou receita, se era xarope, gotas, comprimidos	
Quando iniciou a doença	
Quando acabou ou se ainda tem a doença	

O espaço abaixo é para você anotar observações

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DA MÃE

QUESMAE 6.5

QUESTIONÁRIO DA MAE

REGISTRO só marcar pag ímpar

psf	usf/zona	agente	mãe

DATA DE PREENCHIMENTO: _ __/ __/2011 ENTREVISTADOR: _____ [__]

HORÁRIO: → INÍCIO __: __ → FIM:

__: __

Dados gerais1. QUEM RESPONDE AS PERGUNTAS É A MÃE BIOLÓGICA? → -1 SIM -0 NÃO

2. SE NÃO É A MÃE, NOME COMPLETO DA PESSOA:

3. RELAÇÃO DE PARENTESCO COM A MÃE: _____

4. RAZÃO DE PERGUNTAR A OUTRA PESSOA QUE NÃO A MAE:

5. QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA? ADULTOS E CRIANÇAS?

Adultos ≥ 18 anos	N =	Crianças 5 até < 18 anos	N =	Crianças 0-4 anos	N =
-------------------	-----	--------------------------	-----	-------------------	-----

Identidade

6. NOME COMPLETO DA MÃE BIOLÓGICA: _____

7. DATA DE NASCIMENTO DA MÃE BIOLÓGICA: __/__/__

8. IDADE DA MÃE BIOLÓGICA EM ANOS: ____ anos

MÃE BIOLÓGICA OU RESPONSÁVEL QUEM CUIDA DA CRIANÇA9. QUE MUNICÍPIO QUE VOCÊ NASCEU? → -1 Jaboatão -2

Outro _____

10. HÁ QUANTO TEMPO MORA EM JABOATÃO? R: ____ Anos ____ Meses ____ -1 desde que nasceu11. (Q1) HÁ QUANTO TEMPO MORA NO BAIRRO? R: ____ Anos ____ Meses ____ -1 desde que nasceu11.1 (Q2) E HÁ QUANTO TEMPO NESTE ENDEREÇO? R: ____ Anos ____ Meses ____ -1 mesmo acima

12. BAIRRO: _____

13. RUA: _____

14. COMPLEMENTO: _____

15. REFERÊNCIA: _____

16. TELEFONE: _____

17. NOME OUTRA PESSOA DE CONTATO *caso mude de endereço*

18. TELEFONE DE CONTATO _____

Dados da mãe/família19. A SENHORA SABE LER E ESCREVER? -1 Sim -0 Não

20. (Q1) A SENHORA CURSOU ATÉ QUE SÉRIE NA ESCOLA?

<input type="radio"/> -1. Não cursou a escola	<input type="radio"/> -7. 2º grau completo
<input type="radio"/> -2. primário incompleto	<input type="radio"/> -8. superior incompleto → Que curso? _____
<input type="radio"/> -3. primário completo	<input type="radio"/> -9. superior completo → Que curso? _____
<input type="radio"/> -4. ginásio incompleto (estudou entre a 5ª e 8ª série)	<input type="radio"/> -10. (Q2) CURSO TÉCNICO marcar também opções anteriores → Que curso técnico? _____
<input type="radio"/> -5. ginásio completo (8ª série completa)	
<input type="radio"/> -6. 2º grau incompleto	<input type="radio"/> -99. não quer responder

21. A SENHORA VIVE COM ALGUM COMPANHEIRO? -1 Sim -0 Não22. Q1 QUAL O SEU ESTADO CIVIL OFICIAL? ☞ *pergunte e preencha a depender do que a pessoa responder*

<input type="radio"/> -1 solteira	<input type="radio"/> -3 divorciada	<input type="radio"/> -8 outro – descreva _____
<input type="radio"/> -2 casada no cartório e/ou igreja	<input type="radio"/> -4 viúva	<input type="radio"/> -9. não quer responder

→ Q2 ENTREVISTADORA: A PESSOA VIVE COM COMPANHEIRO ESTÁVEL MAS NÃO É CASADA COM ELE?

-1 Sim -0 Não

23. EM SUA OPINIÃO, COMO VOCÊ DEFINE A SUA COR? → **DEIXE A PESSOA FALAR PRIMEIRO e se for as 3 opções abaixo assinale, se citar outro nome escreva em “outra” como ela mencionou, e em seguida cite as 3 opções e assinale se aceitar uma das 3 opções.**

<input type="radio"/> -0 Branca	<input type="radio"/> -3 Não sabe
<input type="radio"/> -1 Parda ou morena	<input type="radio"/> -4 Outra: escreva - _____
<input type="radio"/> -2 Negra	<input type="radio"/> -9. Não quer responder

24. QUAL A SUA PROFISSÃO (da mãe ou responsável)? _____ -8 Refere apenas dona de casa

☛ **Dizer “profissão é no que se formou ou tem algum curso, não no que trabalha agora”**

25. VOCE (mãe ou responsável) TEM ALGUM TRABALHO REMUNERADO?

QUAL? _____ -8 Refere APENAS dona de casa -0 Não

26. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, EM MÉDIA QUANTOS DIAS POR SEMANA VOCÊ FICOU FORA DE CASA SEM CUIDAR DA(S) CRIANÇA(S)?

R: _____(dias) -0 Nunca -9 não quer responder → se nunca ou não quer responder, passe para questão 28

Retirado tabela

27. E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS QUANTOS DIAS VOCE PASSOU FORA DE CASA POR CAUSA DO TRABALHO?

R: _____(dias) -9 não quer responder -0 Nunca ou não trabalha

28. VOCE (a mãe biológica) TEM OU TEVE ASMA, ALERGIA OU RINITE ALÉRGICA? → se não for a mãe biológica que responde assinale 8-NSA = não se aplica

Q1 ASMA	Remédio usado	Q2 RINITE	Remédio usado	Q3 ALERGIA	Descreva
<input type="radio"/> -1 Sim		<input type="radio"/> -1 Sim		<input type="radio"/> -1 Sim	
<input type="radio"/> -2 Não		<input type="radio"/> -2 Não		<input type="radio"/> -2 Não	Remédio usado

-8 NSA

29. O PAI DE SANGUE DA CRIANÇA TEM OU TEVE ASMA, COM DIAGNÓSTICO DADO POR MÉDICO?

Q1 ASMA	Remédio usado	Q2 RINITE	Remédio usado	Q3 ALERGIA	Descreva
<input type="radio"/> -1 Sim		<input type="radio"/> -1 Sim		<input type="radio"/> -1 Sim	
<input type="radio"/> -2 Não		<input type="radio"/> -2 Não		<input type="radio"/> -2 Não	Remédio usado

Não fale a palavra “aborto”

-9 – Não quer responder, ou não sabe, ou não tem informação sobre o pai

30. VOCE FICOU GRÁVIDA QUANTAS VEZES NA VIDA? R: _____ *número de vezes*

31. QUE IDADE VOCE TINHA QUANDO FICOU GRÁVIDA PELA PRIMEIRA VEZ? R: _____ *anos*

32. QUANTOS FILHOS TEM AGORA? R: _____ *número de filhos*

33. VOCE JÁ TEVE ALGUM FILHO(A) QUE NASCEU VIVO E MORREU? NÃO É NASCER MORTO OU PERDAS

<input type="radio"/> -1 Sim	N	Há quanto tempo?	Motivo da morte
→	<input type="radio"/> 1	Anos ___ Meses ___	R: _____ <input type="radio"/> -9 não lembra ou não quer dizer
<input type="radio"/> -0 Não	<input type="radio"/> 2	Anos ___ Meses ___	R: _____ <input type="radio"/> -9 não lembra ou não quer dizer

Apenas para mães que moram em áreas com PSF– se não for área de PSF pular página e ir ate a pergunta 38

34. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, EM MÉDIA QUANTAS VEZES POR MÊS (EM 30 DIAS) VOCE RECEBEU VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DA SAÚDE (ACS) NA SUA CASA?

<input type="radio"/> -1 - Todo mês	<input type="radio"/> -2– Recebeu visitas mas não todo mês	<input type="radio"/> -3 – Não recebeu visitas nos 6 meses
-------------------------------------	--	--

35. VOCE JÁ RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE SAÚDE DA CRIANÇA DADA PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS (ACS) E SE SIM, DE QUE TIPO?

-1 Sim, tipo de orientação: _____
-0 Não

Exemplifique com “amamentação”, alimentos, higiene, fumar em casa

36. VOCE TEM ALGUMA QUEIXA DA ATUAÇÃO DOS ACS? → dizer “lembro que o que disser não será revelado”

-1 Sim, qual? _____
-0 Não

37. DE MODO GERAL O QUE VOCÊ ACHA DO ATENDIMENTO NO POSTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA? *cite cada pergunta Q1, Q2, Q3, Q4 e Q5 e as opções*

(Q1) É PERTO OU LONGE?	(Q2) O ATENDIMENTO PELOS MÉDICOS E TÉCNICOS É	(Q3) VOCE ENCONTRA MEDICAMENTOS QUE PRECISA?	(Q4) PARA MARCAR CONSULTA É RÁPIDO OU DEMORADO?	(Q5) PARA ATENDER É RÁPIDO OU DEMORADO?
O-0 perto O-1 longe	O-1 Bom O-2 Razoável	O-1 Sempre O-2 às vezes	O-1 Demorado O-2 mais ou menos O-3 Rápido	O-1 Demorado O-2 mais ou menos O-3 Rápido
O-2 mais ou menos	O-3 Ruim	O-3 Não ou poucas vezes		O-3 Rápido

Perguntar a todos

38. (Q1) [ALÉM DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE], NOS ULTIMOS 6 MESES VOCE RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE SAUDE DE OUTRAS PESSOAS? *Se não for área de PSF exclui a frase entre []*

O-1 – Sim, (Q2) DE QUEM? _____

O-0 – Não

(Q3) O-1 todo mês

O-2 Recebeu mas não todo mês

39. VOCE OU ALGUÉM DA CASA TEM ALGUM PLANO DE SAÚDE PRIVADO MESMO QUE SEJA DE EMPRESA?

O-1 Sim → QUEM? _____	O-9 Não quer responder
O-0 Não → QUAL? _____	

40. (Q1) TEM ALGUM PARENTE QUE MORA PERTO DE VOCE?

O-1 Sim → 40.2 (Q2) QUEM - PARENTESCO? _____

Não

O-0

41. (Q1) VOCE TEM ALGUMA OUTRA PESSOA QUE LHE AJUDA A CUIDAR DA(S) CRIANÇA(S)?

O-1 → Sim	(Q2) QUEM? _____
O-0 Não	FREQUENCIA: O-2 raras vezes // O-1 muitas vezes mas não sempre // O-0 sempre ou quase sempre

Dados sobre a residência e vizinhança

42. A RESIDENCIA DA FAMÍLIA É... → *ler as opções e marcar apenas uma*

O-0 própria	O-2 em terreno/área ocupada
O-1 alugada	O-3 Outra: _____

43. QUANTOS COMODOS TEM A CASA? → R: _____ inclui banheiro, sala, quartos, cozinha, EXCLUI VARANDA ABERTA

44. QUANTOS COMODOS SÃO USADOS PARA DORMIR? → R: _____ número de cômodos

45. NA SUA CASA TEM... → *citar cada opção e pode marcar mais de uma opção*

O-1 maquina de lavar	O-4 computador---→	O-6 acesso a internet	O-8 TV	O-12 MOTOCICLETA
O-2 aparelho de som para DVD	O-5 geladeira	O-7 carro	O-9 fogão com gás	
O-3 ar condicionado	O-10 fogão a lenha – → <i>se tiver, veja e confira, se tiver dúvida assinale</i> → O-11 dúvida			

46. (Q1) VOCE TEM OU TINHA ANIMAL EM CASA NOS ÚLTIMOS 12 MESES → *marque "sim" apenas se tinha animal quando já tinha criança*

O-1 → Sim	(Q2) QUE ANIMAL?	(Q3) AINDA TEM?		
O-0 Não	1- _____	O-1 Sim	O-2 não, mas teve há menos de 1 ano	O-3 não, mas teve há mais de 1 ano
	2- _____	O-1 Sim	O-2 não, mas teve há menos de 1 ano	O-3 não, mas teve há mais de 1 ano

47. NA CASA TEM AGORA OU TINHA ATÉ 6 MESES ATRÁS MANCHAS DE UMIDADE OU MOFO NA PAREDE OU NO TETO? → *ver definição de mofo pergunta 80 pagina 6*
-1 Sim -0 Não

48. VOCÊ FAZ ALGUM TRATAMENTO DA ÁGUA QUE BEBE, COMO... → *pode marcar mais de uma opção*

Ouçã a resposta e depois citar opções sobre o número de vezes que faz o tratamento da água

	Nunca	As vezes minoria	As vezes maioria	Sempre
Filtrar	<input type="radio"/> -0	<input type="radio"/> -1	<input type="radio"/> -2	<input type="radio"/> -3
Ferver antes de beber	<input type="radio"/> -0	<input type="radio"/> -1	<input type="radio"/> -2	<input type="radio"/> -3
Uso de hipoclorito	<input type="radio"/> -0	<input type="radio"/> -1	<input type="radio"/> -2	<input type="radio"/> -3
Usa direto da torneira	<input type="radio"/> -3	<input type="radio"/> -2	<input type="radio"/> -1	<input type="radio"/> -0
Usa água mineral	<input type="radio"/> -0	<input type="radio"/> -1	<input type="radio"/> -2	<input type="radio"/> -3

49. A CASA TEM ÁGUA ENCANADA?

-0.a casa não tem água encanada – se tiver água de torneira pode **ser de poço mas não é da COMPESA**

-1.tem água encanada –COMPESA

50. FALTA ÁGUA EM CASA? COM QUE FREQUÊNCIA NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

<input type="radio"/> -0.a casa não tem água encanada	<input type="radio"/> -2. todo mês mas não toda semana	<input type="radio"/> -4 nunca falta água ou tem muito tempo, mais de 1 ano, é raro
<input type="radio"/> -1.toda semana	<input type="radio"/> -3. demora mais de 1 mês para faltar	

51. (Q1) PARA ONDE VAI O ESGOTO (DEJETOS FEZES E URINA) DA SUA HABITAÇÃO? → *cite opções*

<input type="radio"/> -1.rede de esgoto rede de drenagem	<input type="radio"/> -4. fossa séptica esvaziada periodicamente lançamento na rua ou na rede de drenagem
<input type="radio"/> -2 buraco escavado	<input type="radio"/> -5 Outra descrição: _____
<input type="radio"/> -3 a céu aberto na rua, riacho, mar	<input type="radio"/> -9 Não sabe → <i>se tiver duvidas escreva em 5-outra descrição</i>

52. A CASA TEM QUANTOS BANHEIROS (=PRIVADA, SE OUTRO OU TEM DUVIDA ANOTAR)?

Banheiro DENTRO de casa ____ Banheiro FORA de casa ____ -não tem banheiro

53. ONDE VOCE JOGA FORA O LIXO DA CASA? → *pode marcar mais de uma opção*

<input type="radio"/> -1.coloca na frente da casa/prédio para o caminhão coletor	<input type="radio"/> -3.enterra ou queima
<input type="radio"/> -2.coloca em ponto de lixo ou em áreas abertas	<input type="radio"/> -4 joga no quintal, no rio, esgoto ou na rua

54. QUANTAS VEZES EXISTE COLETA DE LIXO NA SUA RUA OU PROXIMO DA SUA RUA?

<input type="radio"/> -0 não existe coleta	<input type="radio"/> -2 toda semana
<input type="radio"/> -1 uma vez por dia	<input type="radio"/> -3 demora mais de uma semana ou as vezes, de forma irregular

55. FUMA CIGARRO OU FUMAVA NO PASSADO?

-0 Não, nunca fumei → *passa pergunta 58*

-1 Sim, fumei mas parei de fumar

-2 Sim, sou fumante agora, fumo algumas vezes, não todo dia

-3 Sim, sou fumante agora, fumo todo dia

56. HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR?

R: _____ -anos -meses

57. EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS FUMAVA OU FUMA POR DIA?

R: _____

58. (Q1) EXISTE OUTRA PESSOA QUE MORAM NA CASA E QUE FUMA OU FUMAVA?

-0 Não

-1 Sim, fumava mas já parou de fumar → (Q2) HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR?

-2 Sim, é fumante agora, mas fuma algumas vezes, não todo dia

-3 Sim, é fumante agora, e fuma todo dia

59. VOCE TOMA OU TOMAVA BEBIDA ALCOOLICA, COMO CERVEJA, VINHO?

-0 Não, nunca bebi → *pule para a pergunta 61*

-1 Sim, mas parei de beber

-2 Sim, costume beber agora, mas bebo algumas vezes, não todo dia → *pule para a pergunta 61*

-3 Sim, costume beber agora, todo dia ou quase todo o dia → *pule para a pergunta 61*

60. HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE BEBER?

R: _____ -anos -meses

Rede social e renda – Diga “perguntas sobre você e seus vizinhos, amigos”

61. SE TIVESSE UM PROBLEMA NA VIZINHANÇA OU NA SUA RUA, VOCE ACHA QUE OS SEUS VIZINHOS SE UNIRIAM PARA RESOLVER O PROBLEMA JUNTOS? **COMO UM PROBLEMA NA RUA, ESGOTO, ÁGUA**

<input type="radio"/> -1 Sim	<input type="radio"/> -3 Talvez
<input type="radio"/> -2 Não	<input type="radio"/> -4 Não sabe

62. COM QUANTOS PARENTES VOCÊ SE SENTE À VONTADE E PODE CONVERSAR SOBRE QUASE TUDO?

INCLUA MARIDO, COMPANHEIRO, OU FILHOS NA RESPOSTA

R. _____ -Nenhum -9 não quer responder

63. E COM QUANTOS AMIGOS VOCÊ SE SENTE A VONTADE E PODE FALAR SOBRE QUASE TUDO? **NÃO INCLUA MARIDO, COMPANHEIRO, OU FILHOS NA RESPOSTA**

R: _____ amigos -Nenhum -9 não quer responder

64. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ PARTICIPOU DE ATIVIDADES ESPORTIVAS EM GRUPO OU ATIVIDADES ARTÍSTICAS EM GRUPO (GRUPO MUSICAL, CORAL, ARTES PLÁSTICAS, OUTRAS)?

<input type="radio"/> - Sim - Com que frequencia? →	<input type="radio"/> -(5) mais de uma vez por semana	<input type="radio"/> -(3) duas a 3 vezes por mes	<input type="radio"/> -(1) uma vez ao ano
<input type="radio"/> -(0) Não	<input type="radio"/> -(4) uma vez por semana	<input type="radio"/> -(2) algumas vezes ao ano	

65. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ PARTICIPOU DE REUNIÕES DE ASSOCIAÇÕES DE MORADORES OU FUNCIONÁRIOS, SINDICATOS OU PARTIDOS, IGREJAS?

<input type="radio"/> -Sim - Com que frequencia? →	<input type="radio"/> -(5) mais de uma vez por semana	<input type="radio"/> -(3) duas a 3 vezes por mes	<input type="radio"/> -(1) uma vez ao ano
<input type="radio"/> -(0) Não	<input type="radio"/> -(4) uma vez por semana	<input type="radio"/> -(2) algumas vezes ao ano	

66. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ PARTICIPOU DE TRABALHO VOLUNTÁRIO NÃO REMUNERADO EM ALGUMA ORGANIZAÇÃO NÃO LIGADO AO GOVERNO, DE CARIDADE, EM IGREJAS, OUTRAS?

<input type="radio"/> -Sim - Com que frequencia? →	<input type="radio"/> -(5) mais de uma vez por semana	<input type="radio"/> -(3) duas a 3 vezes por mes	<input type="radio"/> -(1) uma vez ao ano
<input type="radio"/> -(0) Não	<input type="radio"/> -(4) uma vez por semana	<input type="radio"/> -(2) algumas vezes ao ano	

MOSTRAR CARTÃO

67. QUAL A RENDA MEDIA MENSAL DA FAMÍLIA, JUNTANDO A RENDA DE TODAS AS PESSOAS QUE MORAM NA CASA? *mostrar cartão e assinalar apenas uma opção abaixo*

<input type="radio"/> -0 (A) Menos que R\$ 510	<input type="radio"/> -2 (C) > 1.020 até 1.530	<input type="radio"/> -4 (E) > 2.550 até 5.100	<input type="radio"/> -9 (G) não sabe ou não quer responder
<input type="radio"/> -1 (B) 510 até 1.020	<input type="radio"/> -3 (D) > 1.530 até 2.550	<input type="radio"/> -5 (F) > 5.100	

68. (Q1) VOCE RECEBE ALGUM BENEFÍCIO SOCIAL, COMO BOLSA FAMÍLIA, BOLSA DE ESTUDO OU ALGUMA AJUDA FINANCEIRA DO GOVERNO? SE SIM, QUAL O VALOR?

-1 Sim → (Q2) VALOR R\$ _____

-0 Não

Apoio social – diga “perguntas sobre você e pessoas próximas de você”

1º DIGA “AS PERGUNTAS É SOBRE COM QUE FREQUENCIA VOCÊ CONTA COM ALGUÉM PARA DETERMINADAS COISAS NO DIA A DIA E VOCÊ DEVE ME RESPONDER DE ACORDO COM ESSAS OPÇÕES NO CARTÃO

2º ENTREGUE O CARTÃO COM AS RESPOSTAS E ASSINALE O NÚMERO NO INÍCIO DA PERGUNTA [___] CORRESPONDENTE 1-NUNCA, 2-RARAMENTE, 3-ÀS VEZES, 4-QUASE SEMPRE, 5-SEMPRE

69. [___] SE VOCÊ PRECISAR DE ALGUÉM QUE O AJUDE, COM QUE FREQUENCIA CONTA COM ALGUÉM SE FICAR DE CAMA, POR EXEMPLO, CUIDAR DAS CRIANÇAS, EMPRESTAR DINHEIRO, ETC.?

→ COMECE AS FRASES SEGUINTE COM “...COM QUE FREQUENCIA CONTA COM ALGUÉM”

70. [___] SE VOCÊ PRECISAR DE ALGUÉM PARA LHE DAR BONS CONSELHOS EM UMA SITUAÇÃO DE CRISE?

71. [___] SE VOCÊ PRECISAR DE ALGUÉM PARA LEVÁ-LA AO MÉDICO?

72. [___] SE VOCÊ PRECISAR DE ALGUÉM PARA SE DIVERTIR JUNTO?

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA PARA LIBERAÇÃO DA COLETA DE DADOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 142/2010 - CEP/CCS

Recife, 17 de Junho de 2010

Registro do SISNEP FR – 311551

CAAE – 0004.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 005/10

Título: Doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos. prevalência, fatores de risco e custos, em áreas com ou sem PSF em Recife

Pesquisador Responsável: Sérgio Souza da Cunha

Senhor(a) Pesquisador(a):

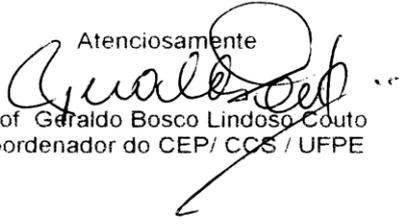
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epigrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 16 de Junho de 2010

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final,
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

Ar.
Professor Dr. Sérgio Souza da Cunha
Departamento de Medicina Social