

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

MARIANA OLIVEIRA DE ALENCAR RAMALHO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO E EXCESSO DE PESO EM LACTENTES**

RECIFE

2020

MARIANA OLIVEIRA DE ALENCAR RAMALHO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO E EXCESSO DE PESO EM LACTENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Abordagens Quantitativas

Orientador: Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Vilma Costa de Macêdo

RECIFE

2020

Catálogo na fonte:
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

R165p Ramalho, Mariana Oliveira de Alencar
Prevalência e fatores associados à interrupção do aleitamento materno e excesso de peso em lactentes / Mariana Oliveira de Alencar Ramalho. - 2020.
141 f.; il.

Orientador: Pedro Israel Cabral de Lira.
Coorientadora: Vilma Costa de Macêdo.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Médicas. Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2020.
Inclui referências e anexos.

1. Aleitamento materno. 2. Estado nutricional. 3. Fator associado. 4. Lactente. 5. Inquéritos epidemiológicos. I. Lira, Pedro Israel Cabral de (orientador). II. Macêdo, Vilma Costa de (coorientadora). III. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2021 - 093)

MARIANA OLIVEIRA DE ALENCAR RAMALHO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO E EXCESSO DE PESO EM LACTENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Abordagens Quantitativas

Aprovada em: 22/12/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Poliana Coelho Cabral (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Bárbara de Queiroz Figueirôa (Examinador Externo)
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco- SES/PE

Prof^a. Dr^a. Juliana Souza Oliveira (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE/CAV

Prof^a. Dr^a. Luciana Pedrosa Leal (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr. Paulo Germano de Frias (Examinador Externo)
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

*À minha mãe, Neuma, pelo seu
grande exemplo de resiliência e por
tornar este mundo melhor.*

AGRADECIMENTOS

À Deus que me sustentou e permitiu tantos encontros e oportunidades durante essa jornada. Aos meus pais, Neuma e Ramalho, pela dedicação, amor incondicional e exemplo de coragem e perseverança.

À minha Vovó Bebê (in memoriam), professora primária do sertão Pernambucano, entusiasta da educação, que partiu apressadamente antes que pudesse ver sua primeira neta formada concluir o doutorado. A sua fé e entusiasmo pelas minhas conquistas são uma doce lembrança de nosso convívio.

Ao meu orientador, professor Pedro Israel, pela sua confiança, por ter me dado oportunidade de participar da IV PESN e ter me conduzido ao doutorado. Compartilhar, como orientanda, de sua experiência, simplicidade e ética durante a construção deste trabalho foi um momento muito especial e de muito aprendizado. Qualquer agradecimento que aqui colocasse seria pouco para os inestimáveis ensinamentos que levarei para a vida.

À minha coorientadora Vilma Macêdo, eterna professora, que me acompanha desde a graduação em enfermagem, pelos seus conselhos, disponibilidade, paciência, “puxões de orelha” e por acreditar desde o início que tudo isso seria possível.

À Paulo Frias, pelo carinho e atenção em suas contribuições desde o início da construção deste trabalho, pelo seu incentivo e oportunidades de integração em outros projetos.

Aos integrantes da banca examinadora por terem aceitado colaborar com este estudo.

Às minhas novas amigas, Marília Tokiko e Juliana Menezes, contar com a companhia de vocês durante todas as etapas do doutorado tornou o percurso menos árido.

Às amigas Mayra, Marcela e Thaisa por sempre me encorajar e pela amizade.

Às amigas de plantão do Hospital Agamenon Magalhães, Cândida e Gladys, pela parceria, escuta nos momentos de angústia e pelo estímulo.

À Sandra Maia pela ajuda no uso dos programas estatísticos

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPE, pelo empenho em oferecer formação de qualidade; ao coordenador do curso Dr. Emanuel Sarinho, aos professores e ao secretário Paulo pela paciência e atenção.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, agência financiadora das PESN.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão de bolsa de doutorado durante os quatro anos de curso

À equipe de coleta de dados das Pesquisas Estaduais, que tornaram esse trabalho possível.

Às mães e/ou responsáveis das crianças que consentiram a participação nas Pesquisas Estaduais.

E a todos que direta ou indiretamente participaram de minha formação e construção desse trabalho.

RESUMO

Apesar das vantagens do aleitamento materno e dos prejuízos causados pelo desmame precoce, a taxa de amamentação exclusiva e duração da mediana de aleitamento materno no Brasil demonstram que a sua prevalência se encontra aquém do esperado. O objetivo desta tese é analisar a prevalência e os fatores associados à interrupção do aleitamento materno e sua influência sobre o excesso de peso em menores de 24 meses residentes em Pernambuco em 2006 e 2015-2016. Trata-se de um estudo transversal analítico sobre as prevalências e fatores associados à interrupção do aleitamento materno e excesso de peso em lactentes. A amostra consistiu em menores de 24 meses, cujas mães e/ou responsáveis foram entrevistadas em seus domicílios nas III e IV Pesquisa Estadual de Saúde, em 18 e 13 municípios, respectivamente. Utilizou-se um instrumento de pesquisas estaduais anteriores, adaptado para o recorte mais recente e a aferição de dados antropométricos. Para a análise dos dados foram construídos dois modelos conceituais que guiaram a análise multivariada, na qual empregou-se a análise de regressão de Poisson com ajuste robusto de Wald, através da modelagem por blocos. O total de lactentes que integraram o estudo foi de 626 em 2006 e 358 em 2015-2016. A prevalência da interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses variou de 79% em 2006 para 76,2% em 2015-2016. No primeiro recorte temporal estavam associados ao desfecho: faixa etária materna 15 a 20 anos; não realização de pré-natal; não orientação sobre aleitamento materno no pré-natal. Em 2015-2016: idade da criança entre 3 a 6 meses e uso atual ou progresso de chupeta. O aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses variou de 63% para 61,7% em 2006 e 2015-2016, respectivamente. Os fatores associados a esse desfecho em 2006 foram: renda familiar maior ou igual a um salário mínimo; não realização de pré-natal; idade da criança entre 19 e 24 meses. Para 2015-2016 foram: família de classe D ou E; mães que trabalhavam; de cor preta ou parda ou amarela ou indígena; não realização de consulta puerperal; criança entre 19 e 24 meses de idade e o uso atual ou progresso de chupeta. Houve aumento no excesso de peso em menores de 2 anos segundo o IMC/idade, em 2006 foi de 9,5% e 14,2% em 2015-2016. Os fatores associados ao excesso de peso em 2006 foram: mãe não trabalhar; com idade entre 15 e 24 anos e mais de três filhos; parto cesariano e interrupção precoce do aleitamento materno. Para

2015-2016 foram associados ao desfecho: idade materna entre 25 a 47 anos; IMC materno acima de 25 kg/m², bebê do sexo masculino e idade entre 12 a 24 meses. Apesar das mudanças nos fatores associados, que podem ser o reflexo das transformações das condições de vida e saúde na última década, a alta prevalência de desmame e excesso de peso antes do segundo ano de vida sinaliza a necessidade de políticas de intervenções específicas para a população materno-infantil.

Descritores: Aleitamento materno. Estado nutricional. Fator associado. Lactente. Inquéritos epidemiológicos.

ABSTRACT

Despite the advantages of breastfeeding and the damage caused by early weaning, the rate of exclusive breastfeeding and the median duration of breastfeeding in Brazil demonstrate that its prevalence is below expectations. The objective of this thesis is to analyze the prevalence and factors associated with the interruption of breastfeeding and its influence on excess weight in children under 24 months of age living in Pernambuco in 2006 and 2015-2016. This is a cross-sectional analytical study on the prevalences and factors associated with the interruption of breastfeeding and overweight in infants. The sample consisted of children under 24 months, whose mothers and / or guardians were interviewed at home in the III and IV State Health Survey, in 18 and 13 municipalities, respectively. An instrument of previous state research was used, adapted for the most recent cut and the measurement of anthropometric data. For the analysis of the data, two conceptual models were constructed that guided the multivariate analysis, in which Poisson regression analysis with robust Wald adjustment was used, through block modeling. The total number of infants who participated in the study was 626 in 2006 and 358 in 2015-2016. The prevalence of interruption of exclusive breastfeeding in children under six months ranged from 79% in 2006 to 76.2% in 2015-2016. In the first time frame, the outcome was associated with: maternal age group 15 to 20 years; no prenatal care, no guidance on breastfeeding. In 2015-2016: child's age between 3 to 6 months and current or previous use of a pacifier. Breastfeeding in children between 6 and 24 months ranged from 63% to 61.7% in 2006 and 2015-2016, respectively. The factors associated with this outcome in 2006 were: family income greater than or equal to one minimum wage; failure to perform prenatal care; child's age between 19 and 24 months. For 2015-2016 they were: class D or E family; working mothers; black or brown or yellow or indigenous, no puerperal consultation; child between 19 and 24 months of age and the current or previous use of a pacifier. There was an increase in overweight in children under 2 years according to BMI / age, in 2006 it was 9.5% and 14.2% in 2015-2016. The factors associated with being overweight in 2006 were: mother not working; aged between 15 and 24 years and more than three children; cesarean delivery and early interruption of breastfeeding. For 2015-2016, the following were associated with the outcome: maternal age between 25 to 47 years; Maternal BMI above 25 kg / m², male baby and age between 12 to 24 months.

Despite changes in associated factors, which may reflect changes in living and health conditions in the past decade, the high prevalence of weaning and overweight before the second year of life signals the need for specific intervention policies for the population maternal and child health.

Descriptors: Breastfeeding. Nutritional status. Associated factors. Infants. Health surveys.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Linha do tempo e amostra de crianças menores de cinco anos de idade Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020	35
Quadro 1-	Definição das variáveis dependentes de interesse para o estudo, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020	40
Quadro 2-	Classificação das variáveis independentes de interesse para o estudo, segundo o conceito e a disponibilidade da informação, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020	41
Quadro 3-	Resumo das variáveis utilizadas em cada pesquisa e ano, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020	45
Figura 2-	Modelo conceitual dos fatores associados à interrupção do aleitamento materno	47
Figura 3-	Modelo conceitual dos fatores associados ao excesso de peso em lactentes	48
Figura 4-	Tendência temporal da interrupção do aleitamento materno e do excesso de peso em menores de 24 meses em Pernambuco, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020	52
Quadro 4-	Resumo comparativo dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno nos anos de 2006 e 2015-2016, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020	66
Quadro 5-	Resumo comparativo dos fatores associados ao excesso de peso em lactentes nos anos de 2006 e 2015-2016, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo a interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses. Pernambuco, Brasil, 2006	53
Tabela 2-	Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança e a interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses. Pernambuco, Brasil, 2006	55
Tabela 3-	Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo a interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016	56
Tabela 4-	Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança e a interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016	58
Tabela 5-	Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo a interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006	59
Tabela 6-	Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança e a interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006	61
Tabela 7 -	Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo a interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016	62
Tabela 8-	Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança e a interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016	64
Tabela 9-	Estado nutricional e a interrupção do aleitamento materno em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006	67
Tabela 10-	Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo excesso de peso em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006	68

Tabela 11-	Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo excesso de peso em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006	70
Tabela 12-	Estado nutricional e a interrupção do aleitamento materno em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2020	71
Tabela 13-	Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo excesso de peso em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016	72
Tabela 14-	Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas e da criança e o excesso de peso em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abep	- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AM	- Aleitamento Materno
AME	- Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	- Banco de Leite Humano
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ECT	- Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
EAAB	- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ENPACS	- Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de Confiança
IHAC	-Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMC	- Índice de Massa Corporal
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IUBAAM	-Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
EZ	- Escore Z
ENANI	- Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
NBCAL	-Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância
NCAL	-Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PESN	- Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição

PNDS	- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RMR	-Região Metropolitana do Recife
RP	- Razão de Prevalência
SM	- Salário Mínimo
SPSS	- Statistical Package for the Social Sciences
PAISC	-Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISC	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNIAM	- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
Unicef	- Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1	HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL	22
2.2	O ALEITAMENTO MATERNO NO NOVO MILÊNIO	29
2.3	OS DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	31
2.4	EVIDÊNCIAS DO ALEITAMENTO MATERNO E O ESTADO NUTRICIONAL	33
3	MÉTODO	35
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	35
3.2	POPULAÇÃO ALVO	37
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	37
3.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	37
3.5	AMOSTRA	37
3.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	38
3.7	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	38
3.8	VARIÁVEIS DO ESTUDO	40
3.8.1	Dependentes	40
3.8.2	Independentes	40
3.9	CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS	44
3.10	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	45
3.11	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	49

3.12	FINANCIAMENTO	50
3.13	ASPECTOS ÉTICOS	50
4	RESULTADOS	51
4.1	TENDÊNCIA TEMPORAL DA PREVALÊNCIA DA INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E DO EXCESSO DE PESO EM MENORES DE 24 MESES	51
4.2	A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES ASSOCIADOS EM 2006 E 2015-2016	52
4.3	A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS ENTRE 6 E 24 MESES DE IDADE EM 2006 E 2015-2016	58
4.4	A EVOLUÇÃO DO EXCESSO DE PESO E FATORES ASSOCIADOS EM MENORES DE 24 MESES EM 2006 E 2015- 2016	66
5	DISCUSSÃO	76
5.1	INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM LACTENTES	76
5.2	EXCESSO DE PESO EM LACTENTES	84
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	93
	ANEXO A - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS DA IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO	115
	ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA III PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO	134
	ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO	135
	ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO	139

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é considerado o método de alimentação padrão ouro para o recém-nascido e o lactente, pois oferece inúmeros benefícios a curto e longo prazos, tais como: crescimento e desenvolvimento adequados; satisfação de necessidades nutricionais; promoção do vínculo mãe-bebê; proteção contra infecções e doenças crônicas; além do potencial de redução da morbimortalidade infantil (VICTORA et al., 1987; UNICEF et al., 2012; AMORIM et al., 2014; PEREIRA et al., 2014; HORTA, 2019; COUTO; DIAS; OLIVEIRA, 2020).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que todas as crianças até os seis meses de idade recebam de forma exclusiva o leite materno e acrescido de outros alimentos até os dois anos ou mais (BRASIL, 2019) Apesar destas recomendações pesquisas nacionais e regionais revelam resultados muito aquém do esperado (VASCONCELOS et al., 2006; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009; CAMINHA et al., 2010; SANTOS et al., 2019).

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, publicada em 2009, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 41% no Brasil e 37% no Nordeste, representando a pior situação no território nacional. A mediana de AME da região Nordeste também apresentou tendência inferior em relação ao Brasil, com 34,9 e 54,1 dias, respectivamente, com 40% de probabilidade de interrupção do AME entre os menores de seis meses (BRASIL, 2009).

Resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) publicados em agosto de 2020, revelam discreto aumento na prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses (45%), entretanto na região Nordeste o indicador permanece estável (38%) em comparação aos dados de 2009 (UFRJ, 2020).

A situação do aleitamento materno no estado de Pernambuco foi investigada nas três edições da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), realizadas em 1991, 1997 e 2006. Ao longo dos anos observou-se incremento na duração mediana do AM, de 89 na I PESN, 106,4 na II PESN e 183 dias na III PESN. Em relação à prevalência do AME aos seis meses de vida, observou-se incremento da prevalência de 1,9% em 1997 para 8,5% em 2006 e a mediana manteve-se estacionária em torno de 30 dias nos anos de 1997 e 2006. Na III PESN, 71,9% dos menores de um

ano já tinham deixado de ser amamentados e 4,9% nunca tinham recebido leite materno. (CAMINHA et al., 2010). E, as três principais causas do desmame referidas pelas mães foram: leite insuficiente, rejeição do peito por parte dos lactentes e a opção materna em deixar de amamentar (UFPE, 2012).

A duração do aleitamento materno pode ser influenciada por diversos fatores, tais como: socioeconômicos e demográficos (escolaridade materna, renda per capita, idade materna, número de pessoas no domicílio); obstétricos e de serviços de saúde (realização e número de consultas de pré-natal, orientações sobre o aleitamento durante o pré-natal, tipo de parto, paridade); comportamentais (relação com o companheiro); e biológicos (peso ao nascer, sexo do bebê) (VASCONCELOS et al., 2006; SILVA et al., 2010; SOUZA et al., 2012; GUSMÃO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; WENZEL et al., 2014).

O aleitamento materno tem sido associado ao estado nutricional de crianças, tanto para déficit quanto excesso de peso infantil (PEREIRA et al., 2021; MA et al., 2020). Os lactentes que são amamentados exclusivamente por seis meses apresentam menor risco de desenvolver excesso de peso aos dois anos de idade e este efeito pode ser observado até a segunda infância. Existe um efeito dose-resposta entre a duração da amamentação e a redução do risco de obesidade infantil, logo quanto maior o tempo de aleitamento menor a chance do excesso de peso (RITO et al., 2019; SHARMA; TALUKDAR, 2019).

Para o excesso de peso a literatura tem elencado como fatores associados: a renda familiar, a escolaridade materna, o índice de massa corporal materno, o tipo de parto, peso ao nascer, sexo da criança, introdução alimentar precoce, uso de fórmula infantil (DİKMEN; ÜNLÜ; ÖZCEBE, 2018; PLUYMEN et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018; ALDANA-PARRA; VEJA; FEWTRELL et al., 2020; BEAL et al., 2020; CARVALHO et al., 2020).

Ainda durante o segundo ano de mestrado (2015), o meu então orientador, professor Pedro Israel convidou-me para integrar a equipe de campo da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição, que naquele momento, dava início ao treinamento da equipe de entrevistadores e supervisores. Uma vez iniciada a coleta de dados, participei da etapa de revisão dos questionários no Laboratório de Nutrição em Saúde Pública, com o objetivo de identificar inconsistências no preenchimento ou falta de informações e, quando possível fazer o contato com a equipe de campo para checar aos dados.

Com a aproximação ao instrumento de coleta de dados, me identifiquei com os elementos da saúde da criança, especificamente às questões sobre o aleitamento materno, tema este que havia estudado durante a graduação em Enfermagem na UFPE. No final do ano de 2015 fui aprovada na seleção do Doutorado no Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, mesmo programa em que concluí o mestrado, com um pré-projeto em aleitamento materno. Este pré-projeto, após as disciplinas de Metodologia Científica, Seminários Avançados de Pesquisa e qualificações foi modificado até tornar-se o estudo aqui apresentado.

Esta tese teve a finalidade de responder às seguintes perguntas condutoras:

1) Qual a prevalência e os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses e do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses em Pernambuco nos anos de 2006 e 2015-2016?

2) Qual a influência do aleitamento materno sobre o estado nutricional de menores de 24 meses em Pernambuco nos anos de 2006 e 2015-2016?

3) Quais os fatores associados ao excesso de peso entre menores de 24 meses em Pernambuco nos anos de 2006 e 2015-2016?

4) Qual a tendência temporal da interrupção do aleitamento materno e do excesso de peso em menores de 24 meses em Pernambuco entre 2006 e 2015-2016?

Para responder a estas perguntas condutoras foram elaborados os seguintes objetivos:

Geral

Analisar a prevalência e os fatores associados à interrupção do aleitamento materno e sua influência sobre o excesso de peso em menores de 24 meses residentes em Pernambuco em 2006 e 2015-2016.

Específicos

a) analisar a prevalência e os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses;

b) analisar a prevalência e os fatores associados à interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses;

c) analisar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso em menores de 24 meses;

d) determinar a tendência temporal do aleitamento materno e excesso de peso em menores de 24 meses entre 2006 e 2015-2016.

A tese está inserida na área de concentração de Abordagens Quantitativas em Saúde e na linha de pesquisa Epidemiologia dos Distúrbios da Nutrição Materna, da Criança e do Adolescente, do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira e coorientação da Profa. Dra. Vilma Costa de Macêdo.

Além desta introdução, a tese é composta por um capítulo de revisão da literatura em que são apresentados o tema e o problema em estudo, uma seção de métodos em que são descritos os procedimentos para realização da investigação, permitindo ao leitor analisar com detalhes a pesquisa. O quarto capítulo descreve os resultados da pesquisa, enquanto o quinto apresenta a discussão embasada na literatura científica. Por último as considerações finais sobre os principais achados e recomendações para a realização de outros estudos na área.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo aborda os principais aspectos históricos e conceituais sobre o aleitamento materno no Brasil, com especial atenção aos programas e estratégias nacionais de proteção e incentivo a prática. Além de apresentar o contexto do aleitamento materno na atualidade e seus determinantes, e sua influência no excesso de peso na infância.

2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

Durante a década de 70 o Brasil e o mundo experimentaram a retomada do incentivo ao aleitamento materno, através de programas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

No Brasil, a expressão desse movimento foi a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, com coordenação nacional e mobilização social, que incluía a Igreja Católica, Legião Brasileira de Assistência, Sociedade Brasileira de Pediatria, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e diversos grupos de mães. O PNIAM tinha como estratégias de intervenção: a capacitação dos profissionais de saúde, o estímulo à pesquisa do tema, a inclusão de informações sobre os benefícios do AM no currículo do primeiro grau, e a regulamentação da comercialização e propaganda de fórmulas infantis (VENANCIO; MONTEIRO, 1998; REA, 2003).

O Programa contava ainda, com campanhas na mídia elaboradas a partir de estudos quantitativos e qualitativos que identificavam as melhores estratégias de abordagem para o incentivo ao aleitamento. À época, estas atingiram grande alcance através do uso da televisão, rádio e imprensa escrita, além da veiculação de mensagens sobre o AM em folhetos de loteria, contas de água, luz e telefone (REA,2003).

A instituição do Alojamento Conjunto em unidades de internação públicas ou conveniadas, através da Resolução nº 18/1983 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS/MS) foi outro importante marco do início da década de 80. Até então era imposta a separação da mãe e bebê durante a internação pós-parto, o que ocasionava prejuízo na construção do vínculo mãe-bebê, a inexistência da participação da mãe no cuidado, deixando-a insegura para

seguir os cuidados no momento da alta hospitalar, além da dificuldade na implementação do início do aleitamento materno (BRASIL, 1983; UNGERERL; MIRANDA, 1999; PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), criado em 1984, propunha meta de redução da morbimortalidade de crianças de 0 a 5 anos, através de cinco ações: promoção do AM e orientação sobre a alimentação no primeiro ano de vida; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; aumento da cobertura vacinal; identificação de processo patológico precocemente; e a promoção da educação em saúde. No eixo de promoção do AM, o programa propunha a prevenção de práticas que impedem ou dificultam o aleitamento e o tratamento a todas as intercorrências que levam ao insucesso da prática, assim como, a inclusão de práticas educativas nos serviços, acerca da lactação e sua importância (BRASIL, 1984).

Com o PNIAM e o PAISC, o Banco de Leite Humano (BLH), serviço de saúde existente desde a década de 40 no Instituto Nacional de Puericultura, concebido como estratégia autolimitada, para coleta e distribuição de leite humano para atender demandas especiais de alimentação de lactentes, ampliou em 1985, o escopo de atuação, enquanto elemento estruturante para as ações de prevenção, promoção e apoio ao aleitamento, oficializando-se enquanto política de saúde brasileira (MAIA et al., 2006; CARVALHO et al., 2010).

Desde então, houve um incentivo e financiamento do Ministério da Saúde para a criação de BLH em todo o território nacional e, em 1988 através da Portaria GM/MS nº 322/1988 foram instituídas normas para padronização dos procedimentos e regulamentação para funcionamento desses serviços. Os BLH têm a missão de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada e contribuir para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 1988; CARVALHO et al., 2010; BRANCO et al., 2016).

Ainda no ano de 1988, a nova Constituição Brasileira, como um movimento em prol da amamentação, garantiu às mulheres trabalhadoras formais o direito à licença maternidade de 120 dias e aos pais a licença paternidade de cinco dias (BRASIL, 1988). E, neste mesmo ano, reconhecendo a influência do *marketing* utilizado pelas indústrias sobre as práticas de alimentação infantil, foi aprovada a Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL). Baseada no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS

regulava a propaganda de fórmulas infantis e leite integral utilizado comumente na alimentação de lactentes (ARAUJO et al., 2006).

A criação do Sistema Único de Saúde em 1988 representa um marco no processo de mudança no modelo de atenção à saúde e da melhora dos indicadores de saúde materno infantil (VICTORA et al., 2011). Um sistema universal, com financiamento público, e que tem como um de seus princípios a integralidade da atenção com ênfase nas ações de promoção e proteção à saúde, tendo no seu campo a vigilância nutricional e a orientação alimentar (BRASIL, 1990).

Em 1989, a OMS e UNICEF divulgam a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades, documento em que estão propostos os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, com o objetivo de ampliar a compreensão do papel crítico desempenhado por esses serviços na proteção e promoção do AM (OMS, 1989).

No ano seguinte, no encontro "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative", organizado pela OMS/Unicef, reunindo representantes de países de todo o mundo foi elaborada a Declaração de Innocenti. Um documento internacional resultado de discussões e análises da situação do aleitamento materno e dos seus benefícios (OMS, 1990).

A declaração conclamava os países a reforçar a cultura do aleitamento materno, a promover políticas de AM, além do alcance de metas e objetivos bem definidos, dentre os quais destacam-se: capacitar a mulher para o AME até os 4 ou 6 meses de vida, e sua continuidade até o segundo ano de vida; ter uma coordenação local pro-amamentação; garantir o cumprimento dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno nas maternidades; implementar o Código Internacional de Comercialização de Substituto do Leite Materno; elaborar legislação de proteção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora (OMS, 1990).

Neste mesmo momento foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com a finalidade de melhorar as práticas hospitalares em relação ao aleitamento seguindo os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação. Esse último, consiste em um conjunto de medidas que visam informar gestantes e nutrizas sobre os benefícios, o correto manejo da amamentação e possíveis soluções para os problemas que possam surgir durante o processo (BRASIL, 2010a; SEKYIA; LUZ, 2010; SOUZA et al., 2011; FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012).

Foram eleitos 12 países considerados estratégicos para o início da implantação da IHAC, dentre os quais o Brasil, que em conjunto com a UNICEF em 1992 iniciou o processo em suas unidades hospitalares. No mesmo ano, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco recebeu o título de Hospital Amigo da Criança. A iniciativa propõe que sejam oferecidos aos profissionais envolvidos a participação em curso de manejo em aleitamento materno com carga horária mínima de 20 horas, com o objetivo de fortalecer o conhecimento sobre aleitamento e a implementação dos passos (ARAUJO; SCHMITZ, 2007; BRASIL, 2010a; MAROJA; SILVA; CARVALHO, 2014)

Para receber o título de Hospital Amigo da Criança, além de cumprir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, deve também atender a uma lista de outros 10 critérios estabelecidos exclusivamente para o Brasil como: comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); dispor de profissional capacitado para assistência à mulher e recém-nascido; garantir o Registro Civil do bebê no momento da alta hospitalar; permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto, entre outros.

Uma vez alcançado o título, o hospital realiza uma auto avaliação através de instrumentos utilizados pelos gerentes destas unidades e, em um segundo momento ocorre uma avaliação externa, a fim de verificar se o hospital ou maternidade se mantém adequado aos critérios (BRASIL, 2010a).

Paralela a implantação da IHAC, foi realizada uma das maiores mobilizações sociais internacionais em prol da amamentação, a Semana Mundial de Aleitamento Materno, proposta pela *World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)*. Ocorre em mais de 150 países, dentre os quais o Brasil, e é celebrada anualmente nos dias 1 a 7 de agosto. A cada ano, comemora-se com uma temática específica, escolhida pela WABA a partir de debates internacionais, adaptada às realidades de cada país (SERVA, 2011; MOREIRA et al.,2017). No ano de 2020, devido a pandemia da COVID-19, os eventos comemorativos ocorreram de forma virtual e o lema escolhido foi “Apoie o aleitamento materno por um planeta saudável”.

Ainda em 1992, foram introduzidos nas cidades do Recife - Pernambuco e de Santos - São Paulo o Método Canguru, criado em Bogotá no ano de 1978, como alternativa para o cuidado neonatal. O método propunha maior contato entre a mãe e o bebê prematuro ou de baixo peso ao nascer como estratégia para reduzir o

tempo de internação, o risco de infecção, e outros benefícios, como a promoção do vínculo e o desenvolvimento adequado da criança. Consiste no contato pele a pele entre mãe e filho durante o maior tempo possível, permitindo a transmissão de calor a seu filho, privilegiando a amamentação, já que a maior parte do tempo o bebê fica sobre o peito materno com livre acesso às mamas. Além da participação direta nos cuidados ao seu recém-nascido, proporcionando maior autonomia e segurança à mulher (FERREIRA; SOUZA, 2011; SOUTO et al., 2014).

O reconhecimento do método como relevante para a assistência neonatal e as discussões sobre a humanização nas práticas em saúde levou a regulamentação da proposta através da Portaria GM/MS nº 693/2000 que criou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (BRASIL, 2000), sendo implementado - enquanto política de saúde no campo perinatal- em âmbito nacional.

Na segunda metade da década de 90, foram criadas três outras propostas de incentivo ao aleitamento materno: o Programa de Treinamento “Aconselhamento em Amamentação” em 1995; o Projeto Carteiro Amigo da Amamentação em 1996; e a Unidade Básica Amiga da Amamentação em 1999.

O Programa de Treinamento “Aconselhamento em Amamentação” foi uma estratégia implantada no Brasil a partir de iniciativa da OMS que visava capacitar os profissionais de saúde para o aconselhamento em aleitamento materno. Consistia em um curso com carga horária de 40 horas, que visava desenvolver habilidades de comunicação mais eficazes entre profissionais e mães (BUENO; TERUYA, 2004).

O Projeto Carteiro Amigo da Amamentação, iniciativa inédita no Brasil e no mundo, foi iniciado no Ceará, como forma de enfrentamento da desnutrição e da histórica alta taxa de mortalidade infantil no estado, que estava diretamente ligada à baixa prevalência do AM (ARAÚJO et al., 2003).

O Programa contava com o apoio da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), e tinha o objetivo de incentivar a prática do AME até os seis meses e do AM até os dois anos de idade ou mais através dos carteiros, que recebiam treinamento acerca do AM e de estratégias de abordagem do tema. Esses, pela confiança e facilidade em transitar nas comunidades carentes, divulgavam os benefícios do AM, levando informações à população de menor acesso. Eram distribuídos *folders* educativos sobre o tema naqueles domicílios em que residiam

gestantes e/ou crianças menores de um ano (ARAÚJO et al., 2003; MOREIRA, 2011).

Pelo êxito atingido, o projeto foi expandido para outros estados do Nordeste que tinham condições semelhantes, e depois para todo o Brasil. Segundo resultados de estudo, em 2001, mais de 50% de todos os carteiros estavam treinados e envolvidos com o projeto (ARAÚJO et al., 2003). Entretanto em 2007, somente alguns estados do Nordeste permaneciam conveniados a ECT.

Em 1999, a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, lançou uma proposta de promoção ao AM na atenção primária, baseada nos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). A iniciativa inseria a promoção, proteção ao AM na atenção básica, como um prolongamento àquelas intervenções realizadas no âmbito hospitalar, a fim de garantir a manutenção do AM pós-alta. Com o êxito alcançado pela IUBAAM, o MS viabilizou a sua implementação em todo o país. Estudo conduzido no Rio de Janeiro identificou a iniciativa como fator de proteção ao AME, crianças que eram acompanhadas em unidades credenciadas apresentavam prevalência 19% maior de AME em relação às não acompanhadas (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011; ALVES; OLIVEIRA; MORAES, 2013).

Com a expansão da Atenção Básica tornou-se necessária a abordagem sistematizada do AM. Em 2008 foi lançada a Rede Amamenta Brasil, como uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM, através do desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde, a discussão da prática do AM no processo de trabalho das unidades e a pactuação de ações a partir da realidade local (BRASIL, 2011a).

Através de uma metodologia critico-reflexiva é realizada uma oficina de trabalho com duração de seis horas com toda a equipe que atua na unidade de saúde, incluindo funcionários administrativos, durante a qual discute-se o processo de trabalho em relação às ações em prol do AM, e são elaboradas estratégias de ação de acordo com a vivência prática das equipes. Cada unidade deve ser acompanhada por um tutor da rede, que visita a unidade trimestralmente, a fim de apoiar e incentivar os trabalhadores em seu território de atuação (PASSANHA et al., 2013; BRANDÃO; VENÂNCIO; GIUGLIANI, 2015).

Visando qualificar a prática dos profissionais de atenção básica na orientação e incentivo à alimentação complementar saudável para crianças menores de dois

anos foi criado, no ano de 2009, a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Esta estratégia propunha aprimorar as competência e habilidades dos profissionais para tornar a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividades de rotina nas unidades (BRASIL, 2015).

Ainda no ano de 2008, outro ganho em defesa da promoção ao AM foi a publicação da Lei nº 11.770/2008, que estimula as empresas privadas a ampliarem a licença-maternidade das suas trabalhadoras para 180 dias, assim como funcionárias federais e estaduais, mediante concessão de estímulo fiscal. E em, 2010 a regulamentação através da Portaria GM/MS nº 193/2010, das Salas de Apoio à Amamentação, locais destinados às mulheres trabalhadoras que retornam da licença-maternidade, para a retirada e armazenamento do leite materno em condições adequadas durante a jornada de trabalho (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010b).

Em 2011, a Rede Amamenta Brasil e ENPACS foram integradas e atualmente denominadas Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). Apesar de todo o esforço empreendido para o credenciamento das unidades básicas de saúde, estudo sobre a implantação da EAAB identificou que a promoção do aleitamento materno ainda não está plenamente implantada. Esse achado indica a necessidade de fortalecimento dessa proposta, com atenção ao acompanhamento longitudinal do AM (VENANCIO et al., 2013).

No ano de 2015, através da Portaria GM/MS 1130 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Esta política tem como objetivos a promoção e proteção da criança e do aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados desde a gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

A Política encontra-se organizada em sete grandes eixos temáticos de atuação, dentre os quais a “Promoção Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno”. E, tem como ações estratégicas a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Alojamento Conjunto, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a Mulher Trabalhadora que Amamenta, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a implementação da NBCAL e a mobilização social em aleitamento materno (BRASIL, 2015).

No ano seguinte foi sancionado o marco legal da primeira infância, com a Lei 13257/2016, que estabelece diretrizes para fomentar a implementação de políticas públicas na primeira infância, dada a sua relevância no desenvolvimento infantil e sua repercussão em todo o ciclo vital. Abrangendo aspectos relacionados ao incentivo e apoio ao AM, ao incluir o direito da gestante e famílias a receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, e alimentação complementar saudável. Além de prorrogação da licença paternidade por 15 dias para os trabalhadores das chamadas empresas cidadãs (BRASIL, 2016).

Em abril do ano de 2017, foi instituído o chamado Agosto Dourado, como mês dedicado a mobilização social em prol da amamentação em todo o país, através de ações intersetoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno (BRASIL, 2017a).

2.2 O ALEITAMENTO MATERNO NO NOVO MILÊNIO

O aleitamento materno é considerado a estratégia de saúde mundial e do novo milênio de maior impacto na saúde geral do ser humano, garantindo maior sobrevivência de crianças, benefícios na saúde materna e da família (KARIMI et al., 2019).

Os benefícios do aleitamento são documentados por estudos de metodologias diversas que apontam que a curto ou longo prazo a amamentação influencia positivamente a saúde da mãe e crianças, independente da renda. O aleitamento materno exclusivo (AME), particularmente, protege contra doenças infecciosas, especialmente diarreia e pneumonia. A longo prazo, é associado a menor chance de desenvolver obesidade, diabetes tipo 2, maior inteligência na infância, adolescência e idade adulta e níveis mais altos de educação formal e renda na vida adulta (VICTORA et al., 2016; SANTOS et al., 2019; MARIANTE et al., 2019).

Por estes motivos a amamentação também pode contribuir para a melhoria do mundo em que vivemos, colaborando para que os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) sejam atingidos. Os ODS compõem a Agenda 2030, um plano de ação visando erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta (BRASIL, 2017b). A Semana Mundial de Aleitamento em 2020

teve como lema “Apoie o Aleitamento Materno por um Planeta Saudável” se dedicando ao impacto da alimentação infantil no meio ambiente, haja vista que o aleitamento materno, ao contrário das fórmulas infantis, é um alimento de fonte natural, sustentável e que não produz lixo ou emissões de gases poluentes (IBFAN, 2020).

Nem sempre é fácil para as mulheres e famílias aderir e manter o aleitamento conforme o preconizado, exclusivo nos primeiros seis meses de vida e continuado até os dois anos de vida ou mais (ALMEIDA e NOVAK, 2004; WHO, 2009). A prática da amamentação e o desmame são o reflexo da conjunção da determinação biológica e o condicionamento sociocultural, econômico e político. O saber geracional relacionado à amamentação e à alimentação dos lactentes, ato regulável pela sociedade, foi dirimido e mediado durante muitos anos, por interesses relacionados à modulação comportamental e às chances para obtenção de lucros a partir do consumo, por meio do *marketing* da indústria de alimentos infantis, frequentemente interposto por profissionais de saúde (ALMEIDA e NOVAK, 2004; REA, 2003).

O êxito das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil foi documentado por meio de inquéritos de base populacional e de abrangência nacional nas últimas três décadas, em que se observou uma tendência ascendente dos seus indicadores, com ganhos mais relevantes na prevalência do AME e AM entre os anos de 1986 e 2006. Para o primeiro recorte, a prevalência do AME em menores de 6 meses e AM em menores de dois anos foi de 2,9% e 37,4%, respectivamente. Em 2006 foi de 37,1% para o AME e 56,3% para o AM (BOCCOLINI et al., 2017).

A duração mediana do aleitamento materno no país aumentou entre 1975 e 2006, em três capitais brasileiras e Distrito Federal entre 1999 e 2008, de 9,9 para 11,9 meses (VENANCIO et al., 2010). Após esse período, dados da Pesquisa Nacional de Saúde para 2013 mostraram estabilização dos indicadores sinalizando situação de alerta relativa às políticas públicas protetivas e promotoras do aleitamento materno (BOCCOLINI et al., 2017). Em 2019, dados preliminares da ENANI revelam ter ocorrido um incremento no AME e AM em menores de 2 anos, atingindo a prevalência de 45,7% e 60,9%, respectivamente (UFRJ, 2020).

Diferentemente, a amamentação continuada em crianças na faixa etária entre 21 a 23 meses de vida manteve-se estável entre 1986 e 2006, aumentando a

prevalência entre 2006 (23,2%) e 2013 (31,8%) (UFRJ, 2020). Estas pesquisas têm-se debruçado em estimar indicadores de aleitamento materno em crianças menores de dois anos, revelando-se importantes fontes de informação e análises nesta temática. Entretanto, a trajetória crescente da amamentação encontra-se ainda abaixo do seu potencial e necessitam estar mais interligadas em contextos sociodemográficos e de saúde em geral para se tornarem mais efetivas, devendo ser dirigidas a perfis vulneráveis (RINALDI; CONDE, 2019).

De forma recente, Santos et al., (2019) encontraram a mediana total de AME de aproximadamente 2 meses em uma pesquisa avaliativa sobre o aleitamento materno em crianças de até dois anos de idade atendidas em Unidades Básicas de Saúde (USF) de um distrito sanitário do município do Recife.

2.3 OS DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam por meio de protocolos validados cientificamente que a amamentação seja iniciada de forma precoce, ainda nos primeiros momentos após o nascimento e que perdure sem a introdução de outros alimentos ou líquidos durante os primeiros seis meses de vida da criança e que seja continuada com a alimentação complementar após essa faixa de idade até pelo menos os 24 meses de idade (WHO, 2008; BRASIL, 2017b).

O AME consegue interferir de forma isolada ou em conjunto, nos principais desfechos relacionados a sobrevivência e desenvolvimento infantil, estendendo-se no processo saúde-doença em médio e longo prazo. É um alimento essencialmente completo que consegue diminuir taxas de morbidade e mortalidade infantil, além de estar relacionado ao quociente de inteligência (ORTELAN et al., 2019).

Pesquisas realizadas nacionalmente revelaram que a mediana de aleitamento materno no primeiro mês de vida da criança sofre diversas interferências externas, com um elevado risco para a interrupção. Corroborando com essa assertiva, Gasparin et al. (2020) identificaram entre os binômios atendidos por uma equipe de consultoria em aleitamento materno que os fatores mais prováveis para a suspensão da amamentação foram: recebimento de complemento lácteo na internação, problemas com as mamas após a alta e a utilização de chupeta.

É importante ressaltar que existem fatores amplamente investigados e que se fazem presentes em diferentes análises como fator de proteção ou de risco para

interrupção da amamentação, principalmente a exclusiva, como a baixa escolaridade materna. Por outro lado, observa-se que as mães que possuem maior nível educacional valorizam e persistem no aleitamento por um tempo maior (BOCCOLINI et al., 2015).

Um estudo transversal realizado na Polônia e Áustria, com 5815 mães de crianças com idades entre 12 e 36 meses, analisaram os fatores determinantes para a introdução de alimentação complementar antes dos 4 meses de vida da criança e evidenciaram maior chance de desmame precoce relacionado a idade da mãe entre 25 e 29 anos (OR 2,21; IC95% 1,06-4,65) na Áustria, a baixa escolaridade da mãe (OR 14,49 IC95% 3,73-56,35) na Polônia e a prematuridade (OR 10,21 IC95% 5,72-18,20 e OR 4,45 IC95% 2,42-8,18, respectivamente na Polônia e Áustria) (ZIELINSKA et al., 2019).

Os fatores podem ser influenciados pelas diferentes épocas e questões intrínsecas das amostras analisadas, entretanto, mesmo sendo um processo fisiológico essa prática sofre interferência de diversas variáveis, como os encontrados em estudo realizado em uma capital do Nordeste brasileiro entre eles: mães primíparas, tipo de parto, baixo peso ao nascer, uso de chupeta, participação do companheiro, orientação durante pré-natal, nascer em hospital amigo da criança, entre outros. Assim, entender esses efeitos possibilita uma visão da complexa rede de relações que afetam esta prática de forma constante como a cultura (MENDES et al., 2019b).

É sabido que os fatores e os riscos associados ao desmame precoce por influências externas do processo de amamentação podem ser minimizados ou evitados. O uso de chupetas e mamadeiras combinado ou não é um deles, esses favorecem a interrupção além de modificar o desenvolvimento de estruturas orofaciais. São dispositivos empregados para acalmar a criança que, como reduzem a frequência das mamadas, diminuem a produção do leite materno, além de constituírem fonte de contaminação (NUNES et al., 2012; BEZERRA et al., 2019).

Essas evidências científicas se destacam no mundo e no Brasil, apontam que existem dois desafios presentes e persistentes ao longo de uma trajetória de avanços no tocante ao aleitamento materno, mas que não pode deixar de ser investigada: como melhorar a qualidade das intervenções em saúde que possuem alto impacto e como alcançar as crianças mais vulneráveis (SOUZA, 2010).

2.4 EVIDÊNCIAS DO ALEITAMENTO MATERNO E O ESTADO NUTRICIONAL

Ao longo das últimas décadas, ampliou-se substancialmente as recomendações para a continuidade da amamentação para a mãe e a criança, resultados de estudos epidemiológicos, crescente conhecimento da epigenética, células troncos e a origem de processos da saúde e da doença que fornecem elevado suporte científico dos benefícios positivos do aleitamento para o binômio (VICTORA et al., 2016).

Pode-se afirmar que a precocidade do aleitamento materno e a sua manutenção de forma exclusiva até os 6 meses e a não exclusiva até os 24 meses de vida pode mostrar benefícios na diminuição de doenças diarreicas, respiratórias, do risco de obesidade na infância e de diabetes, hipercolesterolemia e hipertensão arterial sistêmica na adultícia. Além disso, pode agir como proteção ao risco de sobrepeso e obesidade (SENRA et al., 2018). Nigatu, Azage e Motbainor (2019), em um estudo realizado com 2433 crianças na Etiópia, evidenciaram que a amamentação exclusiva pode evitar 42% das doenças diarreicas, 27% das respiratórias agudas e 21% de febre em crianças menores de seis meses de idade.

Esses achados revelam a importância da atenção ao pré-natal, a vigilância em saúde e a nutrição nos primeiros anos de vida. Na população infantil, a condição de saúde e nutrição é bastante influenciado pela escolaridade materna, variáveis socioeconômicas, acesso a serviços de saúde, amamentação e morbidade. Notadamente, em anos passados os estudos publicitavam maior interesse em pesquisas epidemiológicas que analisavam o déficit nutricional infantil, principalmente, no tocante altura e idade. Atualmente as mudanças comportamentais da sociedade e os novos padrões alimentares corroboram com resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006) divulgada em 2008, no qual a prevalência de excesso de peso entre menores de 5 anos no Brasil foi de 7,3% e com tendência crescente, inspirando, inclusive outras pesquisas com análises multifatoriais (COCETTI et al., 2012).

A hipótese de que o aleitamento materno apresenta efeito protetor contra a obesidade não é recente, assim, Arenz et al. (2004) em metanálise ao analisar estudos com mais de 69 mil participantes evidenciaram que a amamentação reduziu significativamente o risco de obesidade na infância (OR = 0,78; IC95%: 0,71-

0,85), sendo que quatro dos estudos analisados reportaram efeitos dose-dependente na duração da amamentação e prevalência de obesidade.

Santos et al. (2016) ao comparar o estado nutricional entre crianças em aleitamento materno exclusivo e misto até o sexto mês em um município de Sergipe evidenciaram ao longo de seis meses de observação nas que estavam em aleitamento exclusivo um melhor estado nutricional, com um maior número de crianças com Índice da Massa Corporal (IMC) adequado para idade, menor classificação para baixo peso e nenhuma com obesidade. Adicionalmente, Macedo et al. (2020), em um estudo realizado em Teresina-Piauí, com 448 pré-escolares (3 a 6 anos incompletos), encontraram que as crianças que não foram amamentadas apresentaram 2,5 vezes maior chance de excesso de peso.

Além disso, Iguacel et al. (2019) em uma coorte com 203 crianças de diferentes localidades do norte da Espanha, avaliaram a relação do aleitamento materno e a introdução alimentar com os indicadores antropométricos e evidenciaram que as crianças em que ocorreu o desmame precoce apresentam um rápido ganho de peso dos 6 aos 12 meses quando comparado com as que mantiveram o aleitamento materno associado à alimentação complementar.

Riedlová et al. (2019), em um estudo longitudinal realizado na República Tcheca com 960 crianças, observaram que as crianças que foram amamentadas exclusivamente ou que tiveram o aleitamento materno predominante tiveram uma prevalência bem menor de sobrepeso e obesidade quando comparado com as referências da população tchecas, para os 6, 12 e 18 meses.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) continua recomendando a exclusividade do aleitamento materno até os seis meses de vida, entretanto, ao comparar o estado nutricional de crianças em AME por mais de seis meses com aquelas com outras tipologias de alimentação em uma amostra de 685 crianças pareadas em três grupos categorizadas pela idade evidenciaram que aquelas que se mantiveram em AME após seis meses apresentaram a situação nutricional equivalente àquelas com outras práticas de amamentação (AZEVEDO et al., 2019).

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo utilizou as informações da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN) realizadas nos anos de 2006 e 2015-2016 no estado de Pernambuco, a abordagem ocorreu por meio de entrevistas nos domicílios com as mães e as crianças.

Trata-se de um inquérito de base populacional acerca da situação alimentar, nutricional e de saúde das crianças menores de cinco anos e suas famílias. Foi realizada em quatro edições, nos anos de 1991, 1997, 2006 e 2015-2016, em municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) e Interior, abrangendo a área urbana e rural (Figura 1). Constitui-se como importante instrumento para o diagnóstico da situação de saúde no estado de Pernambuco.

Figura 1 - Linha do tempo e amostra de crianças menores de cinco anos de idade Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020



Fonte: A autora (2020).

Na pesquisa de 1991, a amostra utilizada tinha o objetivo de representar um conjunto de 11 situações de interesse, dentre as quais a “prevalência e duração da amamentação” e o “estado nutricional”, resultando em uma sub amostra de 935 crianças menores de cinco anos.

Em 1997, os propósitos foram ampliados e adotou-se a referência para o cálculo da prevalência de desnutridos no Nordeste, de 8,3% segundo o índice peso/idade, obtida na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS/1996. Admitiu-se erro máximo em torno de 2%, com nível de confiança de 95% e o acréscimo de 10% para eventuais perdas, assim a amostra total foi de 2081 menores de cinco anos.

Na III PESN, para o cálculo da amostra, utilizou-se a prevalência de desnutridos da segunda versão para o índice peso/idade, de 3,2% para o setor urbano e 6,2%

para o setor rural. Foi realizada amostragem probabilística (aleatória estratificada) para garantir a representatividade de dois estratos geoeconômicos: setor urbano (RMR e interior urbano) e setor rural. O erro máximo admitido foi entre 1,25% e 1,75%, nível de significância de 95%, mais o acréscimo de 10% para perdas eventuais, recrutando para o estudo 1650 crianças.

Para a seleção da amostra, foi definido previamente que seriam investigados em cada setor censitário, um total de 40 crianças. Foram sorteados aleatoriamente, 20 setores da área urbana, sendo 10 dos 2598 setores dos cinco municípios da RMR e 10 dos 419 setores dos treze municípios do interior do estado. Da área rural, foram sorteados 19 dos 367 setores censitários dos municípios pesquisados.

Nas três primeiras pesquisas, participaram 18 municípios, divididos em: RMR (Recife, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista); Interior (Belém de São Francisco, Bodocó, Caruaru, Camocim de São Félix, Goiana, Itaíba, Itaquitinga, Orobó, Palmares, Panelas, Ribeirão, São Bento do Una e Triunfo).

Na IV PESN ampliou-se o público alvo e foi denominada “Saúde, alimentação, nutrição, serviços e condições socioeconômicas na população materno-infantil do estado de Pernambuco”. A coleta dos dados foi realizada em dois períodos: de junho a novembro de 2015 (interior do estado) e de setembro a outubro de 2016 (RMR). Essa diferença no período de coleta de dados ocorreu devido a atraso nos repasses do financiamento da pesquisa.

O cálculo do tamanho da amostra de crianças menores de cinco anos foi baseado nas prevalências de excesso de peso, déficit estatural, hipovitaminose A e anemia encontradas no inquérito do ano de 2006. Considerou-se um erro de estimativa entre 2,4 e 3,8% e adicional de 15% para compensação de eventuais perdas, totalizando 875 menores de cinco anos.

A seleção aleatória da amostra foi realizada em três etapas: sorteio dos municípios, com probabilidade proporcional a população residente obtida nos Censos Demográficos; sorteio dos setores censitários (unidades de amostragem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) em cada município; e o sorteio das famílias com crianças menores de 5 anos residentes em cada setor censitário.

A IV PESN, devido a restrições de financiamento, coletou dados em 13 municípios selecionados, sendo cinco da RMR (Recife, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista) e oito do Interior (Belém do São

Francisco, Caruaru, Palmares, Panelas, Vicência, São Bento do Una, Serra Talhada e Custódia).

A análise da situação de saúde e nutrição em uma amostra representativa do estado de Pernambuco, tal como foi realizado pelas Pesquisas Estaduais de Saúde e Nutrição, é fundamental para identificar as mudanças ocorridas no perfil demográfico, epidemiológico e nutricional da população ao longo de 25 anos.

O presente estudo tem delineamento transversal, com componente analítico utilizando-se os bancos de dados de 2006 e 2015-2016. Partindo da premissa que a última versão tem análise inédita para os desfechos do presente estudo e o primeiro permitirá o acompanhamento das transformações ocorridas no âmbito social e de saúde nos últimos 10 anos.

3.2 POPULAÇÃO ALVO

Todas as crianças menores de 24 meses residentes nos setores urbano e rural do estado de Pernambuco, que tiveram suas mães ou responsáveis entrevistados durante as III e IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos os menores de 24 meses cujas mães ou responsáveis residiam nos setores censitários selecionados.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram: crianças cujas medidas de peso e altura não foram realizadas e aquelas que não possuíam informações sobre amamentação.

3.5 AMOSTRA

Para estabelecer a amostra deste estudo foi considerada a disponibilidade das informações acerca da interrupção do aleitamento materno e da aferição de peso e altura dos lactentes.

Na III PESN havia 636 menores de 24 meses, dos quais, 626 possuíam as informações sobre a interrupção do aleitamento materno e 608 referentes aos aspectos antropométricos. Na IV PESN todos os lactentes tinham a informação sobre a interrupção do aleitamento totalizando 358, enquanto 338 tiveram seus dados antropométricos aferidos.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram baseados naqueles utilizados na II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição, de 1997, para fins comparativos, com as ampliações necessárias para cobrir os objetivos adicionais das III e IV pesquisas de 2006 e 2015-2016.

Conta com uma ficha inicial para a identificação do domicílio e mais oito formulários: F1- Registro dos moradores do domicílio; F2- Registro do domicílio e renda; F3- Registro da Criança; F4- Registro do Adulto; F5- Registro da Mulher; Consumo alimentar da família (qualitativo); Registro antropométrico; Registro clínico-laboratorial (**Anexo A**).

Para a presente análise, foram utilizadas informações contidas no F1, F2, F3, F5 e no registro antropométrico.

3.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o trabalho de campo da IV PESN, utilizou-se a experiência acumulada desde a primeira pesquisa e as etapas de construção do instrumento, logística e capacitação da equipe de campo foram semelhantes à edição de 2006. Até mesmo as equipes de coordenadores, supervisores e alguns entrevistadores de campo, haviam integrado as equipes daquele estudo.

Previamente ao início da coleta de dados, foram realizados treinamento dos entrevistadores de campo, no Departamento de Nutrição da UFPE, com duração de 40 horas, que constou de aulas expositivas dialogadas, discussão do questionário proposto, dramatizações e práticas de campo em comunidade. Após o treinamento alguns ajustes foram realizados em decorrência dos resultados dos encontros ocorridos durante aquela semana.

Foram realizados estudos piloto no município de Ribeirão em 2006 e Vicência em 2015-2016. Nessas ocasiões além de testar o instrumento de coleta, foi examinada a logística do trabalho de campo, a fim de verificar exequibilidade, fazendo as adequações necessárias de acordo com os problemas identificados.

As entrevistas aconteciam durante os dois períodos do dia, de segunda a sexta-feira e, quando necessário, à noite e nos finais de semana. Ao final de cada dia de trabalho, os entrevistadores revisavam e codificavam seus questionários no próprio setor censitário, visando detectar falhas no preenchimento e identificar formulários

não preenchidos por ausência de algum membro da família ou outro motivo que exigisse o retorno imediato ao domicílio, a fim de evitar perdas amostrais.

Para responder ao formulário da criança, foram entrevistados os responsáveis por ela sempre que possível. Na ausência destes, o entrevistador retornava até duas vezes ao domicílio, para completá-lo.

Concluída esta etapa, os questionários eram enviados ao Laboratório de Nutrição em Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco para última revisão e checagem de possíveis inconsistências, para posterior digitação em dupla entrada utilizando o *software* Epi-info para Windows versão 3.5.4.

Para a coleta dos dados antropométricos dos lactentes foi utilizada uma balança digital modelo TANITA- BF683W/UM0283601, com capacidade para até 150 kg, precisão de 0,1 kg e um infantômetro confeccionado em barra de madeira, amplitude de 100 cm e subdivisões de 0,1cm.

O peso foi obtido a partir da diferença entre o peso da mãe e/ou responsável com e sem a criança no colo. A aferição do comprimento das crianças menores de dois anos foi realizada com a criança deitada sobre uma superfície plana, com a criança descalça, com o mínimo de roupa possível e os cabelos soltos. Com o auxílio da mãe, deitava-se a criança, mantendo seus ombros e cabeça apoiados, utilizando o infantômetro a leitura era feita e registrava-se o comprimento imediatamente.

Para a aferição da altura das mães para posterior cálculo do IMC, foi usado o estadiômetro portátil da marca Alturaexata milimetrado, com precisão de até 1mm em toda a sua extensão. Os indivíduos foram colocados em posição ereta, descalços, com membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a coluna de madeira.

Ambas aferições eram feitas duas vezes, com a finalidade de garantir a acurácia das medidas. Quando a diferença entre avaliações era superior a 0,5cm, repetia-se a mensuração, anotando-se as duas medições com valores mais próximos, utilizando a média para efeito de registro.

Na avaliação do estado nutricional foram utilizadas as curvas de crescimento da OMS, com o auxílio do *software* ANTHRO versão 3.2.2.

3.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.8.1 Dependentes

As variáveis dependentes foram a interrupção do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno no dia da entrevista. E, o excesso de peso verificado pelo índice de massa corporal (IMC)/idade em escore Z das crianças no momento da avaliação antropométrica, conforme quadro 1.

Quadro 1 - Definição das variáveis dependentes de interesse para o estudo, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020

Variáveis	Conceito	Disponibilidade da informação
Interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo	Criança menor de 6 meses que no dia da entrevista não estava em aleitamento materno exclusivo	-Relato da mãe ou responsável que a criança estava em aleitamento materno; - Relato da mãe ou responsável sobre idade de introdução de água, chá, suco, outro leite, mingau e outros alimentos; - Validação da idade da criança no momento da entrevista com a idade de introdução de água, chá, suco, outro leite, mingau e outros alimentos.
Interrupção do Aleitamento Materno	Criança entre 6 e 23 meses de idade que no dia da entrevista não estava em aleitamento materno	- Relato da mãe ou responsável que a criança não estava sendo amamentada.
Excesso de peso	Criança que apresentava Índice de Massa Corporal (IMC/Idade $\geq +2,0$ EZ)*	- Aferição do peso e comprimento da criança - Informação sobre a idade da criança para posterior cálculo do IMC/idade - Classificação do IMC/idade segundo pontos de corte em escore Z (EZ) da Organização Mundial da Saúde de 2006.

*Valores de Referência Organização Mundial de Saúde, 2006

Fonte: A autora (2020).

3.8.2 Independentes

As variáveis independentes foram classificadas em: socioeconômicas, sociodemográficas, de assistência à saúde e individuais da criança. A listagem com os respectivos conceitos e disponibilidade da informação no instrumento, encontra-se no quadro 2.

Quadro 2 - Classificação das variáveis independentes de interesse para o estudo, segundo o conceito e a disponibilidade da informação, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020

Classificação	Variável	Conceito	Disponibilidade da informação
Socioeconômicas	Classe Econômica	- Conforme critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep) de 2008 além da renda bruta do chefe e demais membros da família, poder de compra pelos itens avaliados presentes no domicílio e anos de estudo do chefe da família	- Disponibilidade de bens no domicílio - Renda no mês anterior de cada membro do domicílio - Maior escolaridade do chefe da família
	Renda Familiar	- Somatório das rendas mensais do mês anterior de todos os membros do domicílio em salários mínimos do ano de 2006, cujo valor era de R\$ 350,00, equivalente a U\$ 158,40	- Renda no mês anterior de cada membro do domicílio
	Local do Domicílio	- Área em que está situado o domicílio em que a criança vive	- Domicílio situado em área urbana ou rural
	Trabalho	- Condição de trabalho atual da mãe da criança	- Relato verbal da condição de trabalho no momento da entrevista
Sociodemográficas	Raça/ Cor	- Raça/ Cor da pele autodeclarada pela participante	- Cor da pele
	Faixa etária	- Idade em anos completos da mãe da criança no momento da entrevista	- Idade em anos no momento da entrevista
	Número de partos com nascidos vivos	- Número de nascidos vivos incluindo a criança inclusa na pesquisa	- Número de filhos nascidos vivos referidos no dia da entrevista
	Escolaridade	- Grau de instrução da mãe da criança	- Grau de instrução
	Índice de Massa Corporal (IMC) da mãe	- Cálculo do IMC a partir da altura medida em metros e o peso em quilogramas através da divisão do peso pela altura elevada ao quadrado	- Aferição do peso e altura da mãe da criança e posterior cálculo do IMC
Assistência à saúde	Pré-natal	- Realização de consulta de pré-natal por um profissional de saúde durante gestação da criança inclusa no estudo	- Pré-natal na gravidez da criança inclusa no estudo

continua

continuação

Assistência à saúde	Número de consultas pré-natal	- Quantidade de consultas individuais realizadas durante o pré-natal da criança inclusa na pesquisa	- Relato do número de consultas pré-natal realizadas
	Exame das mamas no pré-natal	- Exame das mamas realizado durante as consulta de pré-natal	- Relato da mãe de realização de exame das mamas durante consultas de pré-natal
	Orientação do aleitamento materno no pré-natal	- Orientação sobre o aleitamento materno durante consulta de pré-natal ou palestras	- Relato da mãe de orientação recebida por um profissional de saúde no âmbito individual ou coletivo em um serviço de saúde
	Tempo de aleitamento materno exclusivo orientado no pré-natal	- Tempo orientado para realizar o aleitamento materno exclusivo, categorizado: 6 meses; outro; não sabe	- Orientação no pré-natal sobre meses de vida do bebê para manter aleitamento materno exclusivo
	Aleitamento materno na 1ª hora de vida	-Após o parto a criança foi amamentada na primeira hora de vida	-Relato da criança ter mamado na sala de parto na primeira hora de vida
	Contato pele na 1ª hora de vida	- A criança foi colocada imediatamente após o parto, em contato pele a pele com a mãe, na primeira hora de vida	- Relato da criança ter tido contato pele a pele com a mãe na primeira hora de vida
	Tipo de parto	- Forma de nascimento do bebê, se parto vaginal ou cirúrgico	- Relato da mãe sobre o tipo de parto da criança
	Alojamento conjunto	- Acomodação do tipo enfermaria hospitalar que aloja mãe e recém nascido no mesmo ambiente	- Relato da criança após o nascimento ter ficado em alojamento conjunto com a mãe
	Consulta puerperal	- Realização de pelo menos uma consulta com profissional de saúde até 42 dias depois do parto	- Relato da mãe ter realizado uma consulta com profissional de saúde até 42 dias depois do parto no posto de saúde

continua

continuação

Individuais da criança	Sexo	- Sexo da criança	- Sexo da criança
	Faixa Etária	- Idade em meses da criança no momento da entrevista e, quando disponível checagem da idade no cartão de vacinas	- Idade no dia da entrevista
	Chupeta	- Objeto de silicone ou borracha que imita o bico do seio materno, que é oferecido a criança	-Relato atual ou pregresso de uso de chupeta
	Interrupção do Aleitamento Materno	- Criança que no dia da entrevista não está sendo amamentada	- Relato verbal que criança não está sendo amamentada

Fonte: A autora (2020).

3.9 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS

A partir dos bancos de dados originais foram construídos bancos secundários com as variáveis de interesse para a análise da interrupção do aleitamento materno e excesso de peso em lactentes. Para cada inquérito foi criado um banco de dados *ad hoc* no programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 20, sendo analisadas as inconsistências e quando necessário, a checagem de informações nos instrumentos de coleta de dados.

O Quadro 3 descreve as variáveis utilizadas de cada inquérito. Devido a mudanças no perfil populacional, a IV PESN ampliou o conjunto de variáveis sociodemográficas, assistenciais e individuais da criança, por tal motivo as variáveis: tempo de aleitamento materno exclusivo orientado no pré-natal, aleitamento materno na primeira hora de vida, contato pele a pele na primeira hora de vida, alojamento conjunto, consulta puerperal e uso de chupeta, foram avaliadas somente nesse inquérito.

Caso semelhante ocorreu com a variável classe econômica, que não foi possível ser construída para o banco de 2006, pois não estavam disponíveis todos os critérios necessários para a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep), ano de referência 2008. Os critérios de classificação econômica são ajustados periodicamente. A alternativa encontrada foi avaliar a renda familiar mensal total em salários mínimos da época, que correspondia a R\$350,00 (Quadro 3).

Quadro 3- Resumo das variáveis utilizadas em cada pesquisa e ano, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020

Variável	III PESN 2006	IV PESN 2015/2016
Classe econômica		
Renda familiar		
Local do domicílio		
Trabalho da mãe		
Raça/cor da pele da mãe		
Idade da mãe		
Peso atual da mãe		
Altura da mãe		
Número de partos com nascidos vivos		
Escolaridade da mãe		
Pré-natal		
Nº de consultas pré-natal		
Exame das mamas no pré-natal		
Orientação do aleitamento materno no pré-natal		
Tempo de aleitamento materno exclusivo orientado no pré-natal		
Tipo de parto		
Aleitamento materno na primeira hora de vida		
Contato pele a pele na primeira hora de vida		
Alojamento conjunto		
Consulta puerperal		
Sexo da criança		
Idade da criança		
Aleitamento materno		
Peso atual da criança		
Altura/ comprimento atual da criança		
Uso atual ou progresso de chupeta		

Fonte: A autora (2020).

3.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20, onde inicialmente as variáveis foram descritas através de frequência simples. Foi identificado que 11 variáveis (número de consultas pré-natal, exame das mamas no pré-natal, orientação do aleitamento materno no pré-natal, tempo de aleitamento materno exclusivo orientado no pré-natal, consulta puerperal, faixa etária, raça/cor da mãe, escolaridade, trabalho da mãe e número de partos com nascidos vivos) do inquérito de 2015-2016 apresentavam mais de 5% dos dados como “*missing system*”, visando a não exclusão desses indivíduos do estudo foi realizada a imputação desses dados.

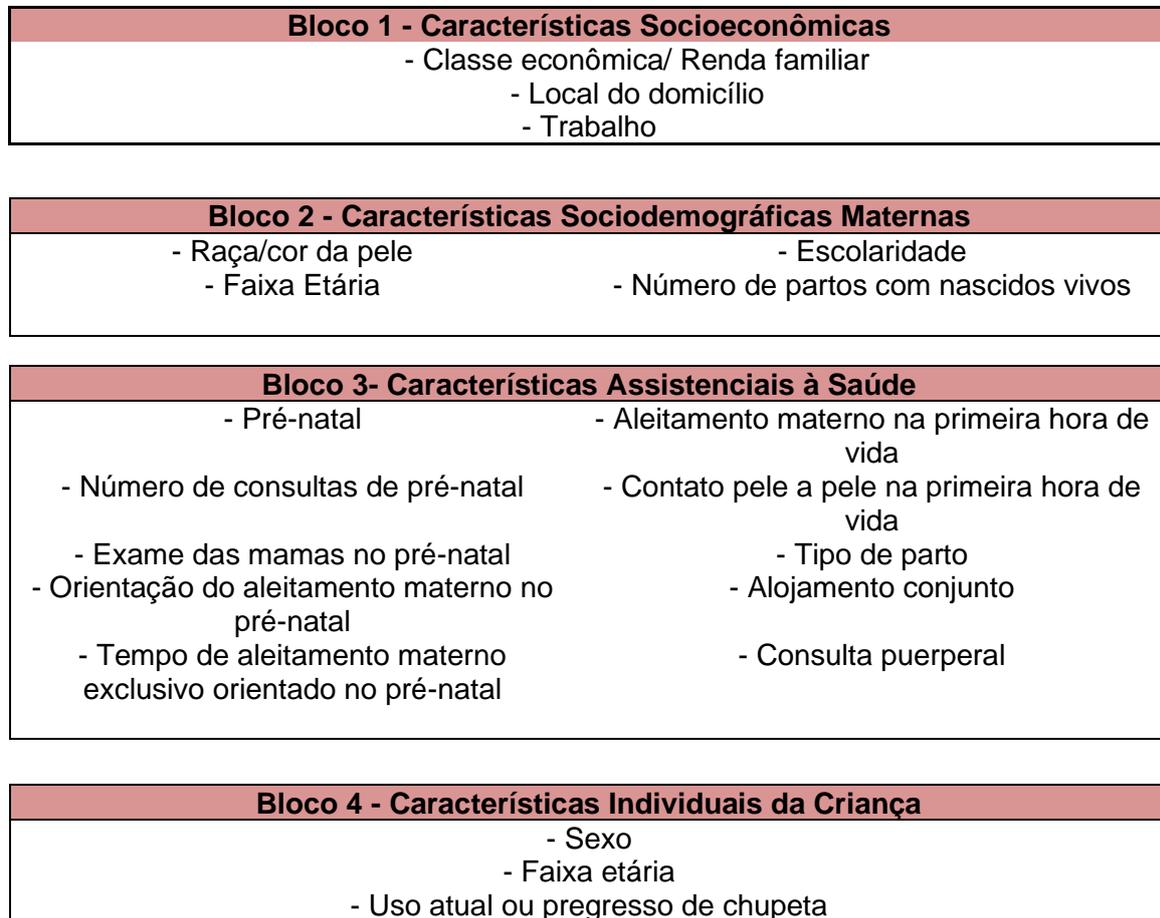
Em seguida, realizou-se a análise bivariada utilizando a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%), entre as variáveis dependentes e exploratórias, através da regressão simples de Poisson para os dois períodos de estudo.

A partir do levantamento bibliográfico sobre os temas de estudo e a identificação das variáveis disponíveis nos bancos de dados de cada ano de pesquisa, foram construídos dois modelos conceituais hierarquizados dos possíveis fatores associados à interrupção do aleitamento materno, do aleitamento materno exclusivo e ao excesso de peso em lactentes nos anos de 2006 e 2015-2016, descritos nas figuras 2 e 3, respectivamente.

Depois foi realizada a análise de regressão de Poisson multivariada com ajuste robusto de Wald, adotando-se como estratégia para introdução das variáveis um processo de modelagem por blocos, de modo que, inicialmente o primeiro bloco constou das variáveis socioeconômicas, no segundo bloco, foram introduzidas as variáveis sociodemográficas, no terceiro bloco, as variáveis de assistência à saúde e no quarto bloco as variáveis da criança.

Para a análise multivariada adotou-se uma abordagem hierarquizada de entrada das variáveis nos modelos selecionando aquelas que apresentavam na análise bivariada um valor de $p \leq 0,25$. Para a estimativa da Razão de Prevalência (RP) ajustada e não ajustada e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) foi definida como categoria de referência aquela com menor proporção de crianças que interromperam o aleitamento materno ou que apresentaram excesso de peso, considerando como significantes valores de $p < 0,05$, e como significância limítrofe ($0,05 \geq p < 0,10$).

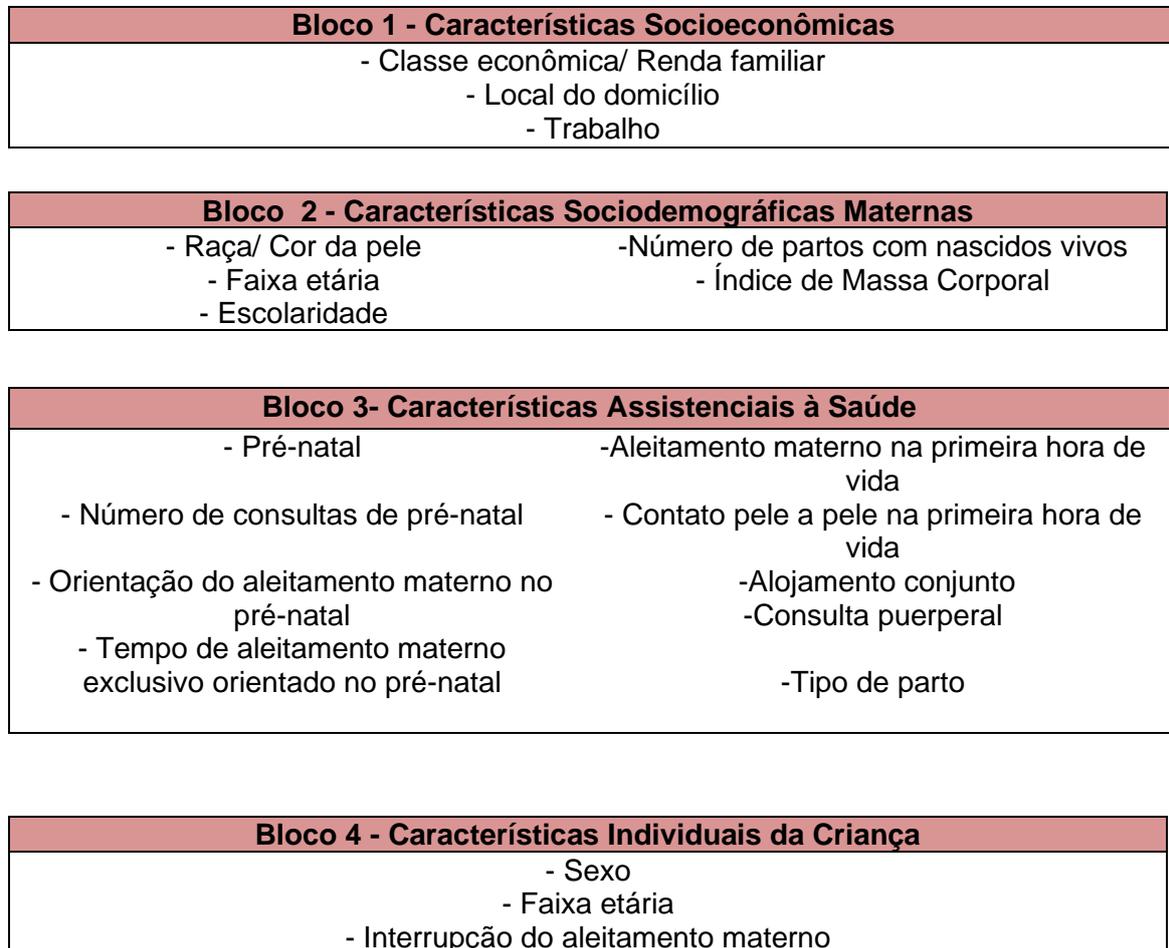
Figura 2 - Modelo conceitual dos fatores associados à interrupção do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo



Interrupção do aleitamento materno/aleitamento materno exclusivo

Fonte: A autora (2020).

Figura 3 - Modelo conceitual dos fatores associados ao excesso de peso em lactentes



Excesso de peso

Fonte: A autora (2020).

3.11 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta limitações que devem ser descritas. As pesquisas estaduais foram planejadas para investigar diversos desfechos e não exclusivamente a interrupção do aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo e o excesso de peso em lactentes, por esse motivo a análise dos bancos de dados fica restrita ao conjunto de variáveis neles contidos.

As amostras de estudo da III e IV PESN foram coletadas em municípios diferentes no interior. Em 2006 a pesquisa foi realizada em 18 municípios, e em 2015-2016, somente 13, considerando o redimensionamento da amostra devido as restrições do financiamento do projeto. Adicionalmente, a coleta de dados do último inquérito foi planejada para ocorrer apenas durante o ano de 2015, contudo, além da redução do financiamento, houve atraso no repasse dos recursos das fontes financiadoras para o grupo de pesquisa, o que exigiu a prorrogação do período de coleta de dados para o ano de 2016.

Por se tratar de um estudo com dados secundários, o instrumento de pesquisa pode não ter sido estruturado adequadamente para a coleta de informações específicas sobre a interrupção do aleitamento materno e o excesso de peso. As informações acerca desses temas poderiam ser fornecidas tanto pelas mães das crianças quanto por responsáveis, cujas respostas poderiam não refletir a realidade das genitoras. E, o instrumento de coleta de dados da IV PESN foi acrescido de novas variáveis que não existiam na III PESN, não sendo possível a comparação de todas as variáveis presentes no estudo em tela.

Além disso, deve-se considerar o viés de memória dos respondentes, principalmente entre aqueles com crianças de mais idade, que poderiam não recordar sobre fatos ocorridos durante a assistência pré-natal, parto e puerpério, assim como características da criança.

Outra limitação foi a perda de informações de algumas medidas de peso e comprimento dos lactentes, o que ocasionou a exclusão na amostra de indivíduos que compuseram o banco de dados secundário para a análise do excesso de peso.

3.12 FINANCIAMENTO

Todos os inquéritos estaduais receberam financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processos nº 505540/2004-5 e 501989/2005-4 em 2006 e processo nº 483380/2012-1 em 2015-2016.

Ainda, a autora deste estudo contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de concessão de bolsa de doutorado.

3.13 ASPECTOS ÉTICOS

Os inquéritos foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, sob os CAAE 44508215.7.0000.5201 em 2015-2016, **anexos B e C**

Todas as mães ou responsáveis foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, bem como, a confidencialidade dos dados. Assim, ao concordar em participar do inquérito assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo D**), assegurando o cumprimento das normas das Resoluções 196/1996 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

Os bancos de dados originais das PESN contam com uma amostra de 1650 (2006) e 875 (2015-2016) menores de cinco anos. Para o presente estudo foi selecionado exclusivamente crianças com idade inferior a 24 meses, compondo uma amostra final de 626 e 358 lactentes, referentes ao terceiro e quarto inquérito, respectivamente. Para melhor visualização da evolução temporal das associações as análises foram iniciadas pelo ano de 2006, seguido por 2015-2016.

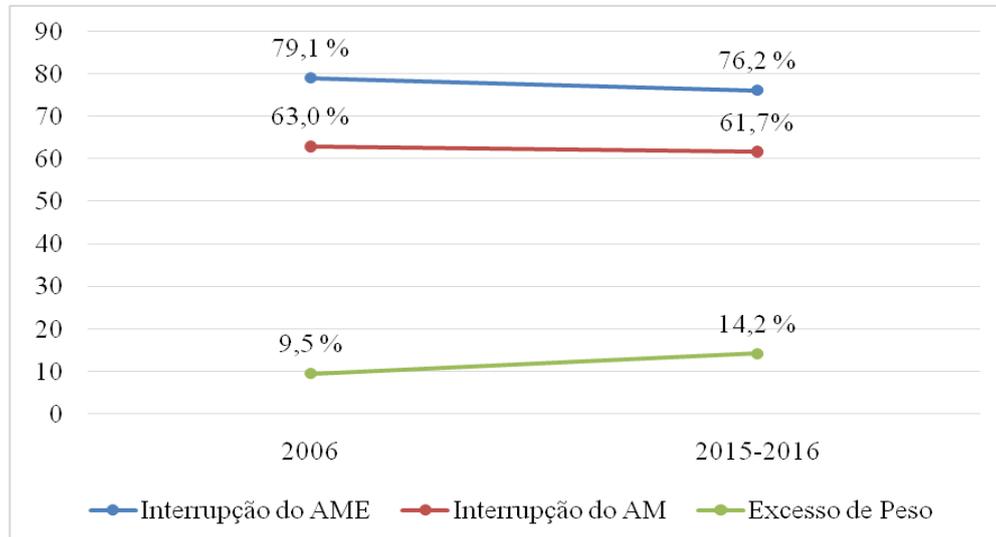
Os resultados estão apresentados da seguinte forma:

- 1) Tendência temporal da prevalência da interrupção do aleitamento materno e do excesso de peso em menores de 24 meses
- 2) A interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses e fatores associados em 2006 e 2015-2016;
- 3) A interrupção do aleitamento materno em crianças de 6 a 24 meses e fatores associados em 2006 e 2015-2016;
- 4) A evolução do excesso de peso e fatores associados em menores de 24 meses em 2006 e 2015-2016.

4.1 TENDÊNCIA TEMPORAL DA PREVALÊNCIA DA INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E DO EXCESSO DE PESO EM MENORES DE 24 MESES

A Figura 4 apresenta a tendência temporal da prevalência da interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses e o excesso de peso no conjunto de lactentes menores de 24 meses. Observa-se redução de 3,7% na interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses e de 2% no aleitamento materno em lactentes entre 6 e 24 meses. Enquanto a prevalência do excesso de peso segundo o IMC/idade apresentou incremento de 49,4% ao longo da década de estudo.

Figura 4 - Tendência temporal da interrupção do aleitamento materno e do excesso de peso em menores de 24 meses em Pernambuco, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020.



4.2 A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES ASSOCIADOS EM 2006 E 2015-2016

No inquérito realizado em 2006 participaram 626 mães e/ou responsáveis de crianças menores de 24 meses, das quais 139 (22,2%) eram menores de 6 meses e 487 (77,8%) tinham entre 6 e 24 meses de idade. Do universo de crianças menores de 6 meses, 110 (79,1%) já haviam interrompido o AME no momento da entrevista e 3 (2,2%) nunca haviam sido amamentadas (dado não apresentado em tabela).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das crianças menores de 6 meses que haviam interrompido o aleitamento materno exclusivo e os fatores associados com os correspondentes RP e IC 95%. A proporção de interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses em 2006 destacou-se entre as famílias com renda igual ou superior a um salário mínimo (85,9%); mães na faixa etária de 15 a 20 anos (88,6%); sem consulta de pré-natal (100,0%) e crianças de 3 a 6 meses (81,7%).

Na regressão simples de *Poisson* obtiveram valor de $p \leq 0,25$, as seguintes variáveis: renda familiar, local de domicílio, faixa etária da mãe, pré-natal, orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e faixa etária da criança.

Tabela 1 - Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo a interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses. Pernambuco, Brasil, 2006

Variáveis	Total		Interrupção do AME*				p
	n=139	%	n=110	79,1%	RP	IC 95%	
Bloco 1 - Características socioeconômicas							
Renda Familiar (SM**)							
1 e mais	71	51,1	61	85,9	1,08	(1,00-1,16)	0,04
Menor que 1	68	48,9	49	72,1	1		
Local do domicílio							
Urbano	76	54,7	64	84,2	1,06	(0,98-1,15)	0,11
Rural	63	45,3	46	73,0	1		
Trabalho							
Sim	5	3,6	4	80,0	1,00	(0,82-1,22)	0,96
Não	134	96,4	106	79,1	1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas							
Raça/ Cor da pele							
Preta/Parda	98	70,5	80	81,6	1,04	(0,96-1,14)	0,29
Branca	41	29,5	30	73,2	1		
Faixa etária (anos)							
15 a 20	44	31,7	39	88,6	1,08	(1,00-1,15)	0,03
21 a 46	95	68,3	71	74,7	1		
Número de partos com nascidos vivos							
1 a 2	93	66,9	75	80,6	1,02	(0,94-1,11)	0,54
3 e mais	46	33,1	35	76,1	1		
Escolaridade							
Médio (C***) e superior (C/I****)	29	20,9	23	79,3	1,00	(0,91-1,09)	0,97
Nunca estudou / Fundamental (C/I****) e Médio (I****)	110	79,1	87	79,1	1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde							
Pré-natal							
Não	6	4,3	6	100,0	1,12	(1,07-1,16)	<0,001
Sim	133	95,7	104	78,2	1		
Número de consultas de pré-natal							
7 e mais	69	49,6	56	81,2	1,02	(0,94-1,10)	0,56
1 a 6	70	50,4	54	77,1	1		
Exame das mamas no pré-natal							
Não	81	58,3	66	81,5	1,03	(0,95-1,11)	0,43
Sim	58	41,7	44	75,9	1		
Orientação sobre AM*** no pré-natal							
Não	27	19,4	25	92,6	1,09	(1,02-1,17)	0,009
Sim	112	80,6	85	75,9	1		
Tipo de parto							
Normal	99	71,2	79	79,8	1,01	(0,93-1,10)	0,76
Cesáreo	40	28,8	31	77,5	1		
Bloco 4- Características individuais da criança							
Sexo							
Feminino	69	49,6	55	79,7	1,00	(0,93-1,08)	0,86

continua

continuação

Masculino	70	50,4	55	78,6	1		
Faixa etária (meses)							
3 a 6	104	74,8	85	81,7	1,06	(0,96-1,16)	0,23
0 a 2	35	25,2	25	71,4	1		

*Aleitamento Materno Exclusivo

**Salário Mínimo do ano de 2006 (R\$ 350,00)

***Completo

****Completo ou Incompleto

*****Incompleto

*****Aleitamento Materno

As razões de prevalência não ajustada e ajustada no modelo multivariado dos fatores socioeconômicos, sociodemográficos, assistenciais e individuais da criança associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em 2006 são apresentadas na Tabela 2. As variáveis dos blocos 1 e 4 na análise multivariada perderam significância estatística.

Para o bloco das características sociodemográficas (bloco 2), o estrato de maior risco para interrupção do aleitamento materno exclusivo foi: faixa etária da mãe de 15 a 20 anos (RP = 1,10; IC 95%= 1,02 - 1,18). No bloco 3, das características assistenciais à saúde, os estratos de maiores riscos foram: não realização de pré-natal (RP = 1,10; IC 95%= 1,00-1,22) e a não orientação do aleitamento materno durante o pré-natal (RP = 1,10; IC 95% = 1,01-1,21).

Tabela 2 - Análise multivariada da associação entre as características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança e a interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses. Pernambuco, Brasil, 2006

Variáveis	Interrupção do AME*					
	Não Ajustadas			Ajustadas		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Bloco 1 - Características socioeconômicas						
Renda Familiar (SM**)						
1 e mais	1,08	(1,00-1,16)	0,04	1,06	(0,98-1,15)	0,12
Menor que 1	1			1		
Local do domicílio						
Urbano	1,06	(0,98-1,15)	0,11	1,04	(0,95-1,13)	0,34
Rural	1			1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas						
Faixa etária (anos)						
15 a 20	1,08	(1,00-1,15)	0,03	1,10	(1,02-1,18)	0,008
21 a 46	1			1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde						
Pré-natal						
Não	1,12	(1,07-1,16)	<0,001	1,10	(1,00-1,22)	0,04
Sim	1			1		
Orientação sobre AM*** no pré-natal						
Não	1,09	(1,02-1,17)	0,009	1,10	(1,01-1,21)	0,02
Sim	1			1		
Bloco 4 - Características individuais da criança						
Faixa etária (meses)						
3 a 6	1,06	(0,96-1,16)	0,23	1,06	(0,97-1,16)	0,19
0 a 2	1					

*Aleitamento Materno Exclusivo

**Salário Mínimo do ano de 2006 (R\$ 350,00)

***Aleitamento Materno

No inquérito realizado em 2015-2016 358 mães e/ou responsáveis foram entrevistadas, das quais 84 (23,5%) das crianças selecionadas eram menores de 6 meses e 274 (76,5%) tinham entre 6 e 24 meses de idade. Do total de menores de 6 meses, 64 (76,2%) já haviam interrompido o AME no momento da entrevista e 5 (6,0%) nunca haviam sido amamentadas (dado não apresentado em tabelas).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das crianças menores de 6 meses sem aleitamento materno exclusivo, segundo os fatores associados à interrupção do AME e seus correspondentes RP e IC 95% para 2015-2016. Destaca-se a maior proporção de interrupção em crianças cujas mães residem na zona rural (84,6%), tem raça/ cor da pele autodeclarada preta ou parda ou amarela ou indígena (80,6%) e com menor escolaridade (83,3%). E, em lactentes em uso atual ou pregresso de chupeta (90,7%).

Na análise bivariada obtiveram valor de $p \leq 0,25$, as seguintes variáveis: local de domicílio; raça/cor da pele e escolaridade da genitora; faixa etária da criança e uso de chupeta.

Tabela 3 - Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo a interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Total		Interrupção do AME*				p
	n=84	%	n=64	76,2%	RP	IC 95%	
Bloco 1 - Características socioeconômicas							
Classe econômica							
B1+B2+C1+C2	50	59,5	40	80,0	1,05	(0,94-1,17)	0,33
D+E	34	40,5	24	70,6	1		
Local do domicílio							
Rural	26	31,0	22	84,6	1,07	(0,96-1,18)	0,18
Urbano	58	69,0	42	72,4	1		
Trabalho							
Não	63	75,0	48	76,2	1,00	(0,88-1,12)	1,00
Sim	21	25,0	16	76,2	1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas							
Raça/cor da pele							
Preta/Parda/Amarela/Indígena	62	73,8	50	80,6	1,10	(0,96-1,26)	0,14
Branca	22	26,2	14	63,6	1		
Faixa etária (anos)							
16 a 24	42	50,0	34	81,0	1,05	(0,95-1,17)	0,30
25 a 41	42	50,0	30	71,4	1		
Número de partos com nascidos vivos							
1 a 2	49	58,3	39	79,6	1,04	(0,94-1,16)	0,39
3 e mais	35	41,7	25	71,4	1		
Escolaridade							
Nunca estudou e Fundamental(C/I**) e Médio (I***)	48	57,1	40	83,3	1,10	(0,98-1,22)	0,08
Médio (C****) e Superior (C/I**)	36	42,9	24	66,7	1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde							
Pré-natal							
Não	6	7,1	5	83,3	1,04	(0,87-1,23)	0,62
Sim	78	92,9	59	75,6	1		
Número de consultas de pré-natal							
1 a 6	31	36,9	25	80,6	1,04	(0,93-1,15)	0,44
7 e mais	53	63,1	39	73,6	1		
Exame das mamas no pré-natal							
Sim	30	35,7	23	76,7	1,00	(0,90-1,11)	0,93
Não	54	64,3	41	75,9	1		
Orientação sobre AM***** no pré-natal							
Sim	61	72,6	47	77,0	1,01	(0,90-1,14)	0,76
Não	23	27,4	17	73,9	1		
Tempo de AME* orientado no pré-natal							
Até 6 meses	58	69,0	45	77,6	1,02	(0,91-1,15)	0,66

continua

continuação

Outro	26	31,0	19	73,1	1		
AM**** na 1ª hora de vida							
Sim	37	44,0	29	78,4	1,02	(0,92-1,13)	0,67
Não	47	56,0	35	74,5	1		
Contato pele a pele na 1ª hora de vida							
Sim	67	79,8	53	79,1	1,08	(0,93-1,26)	0,27
Não	17	20,2	11	64,7	1		
Tipo de parto							
Cesáreo	44	52,4	34	77,3	1,01	(0,91-1,12)	0,80
Normal	40	47,6	30	75,0	1		
Alojamento conjunto							
Sim	77	91,7	60	77,9	1,13	(0,89-1,43)	0,30
Não	7	8,3	4	57,1	1		
Consulta puerperal							
Não	48	57,1	37	77,1	1,01	(0,91-1,12)	0,82
Sim	36	42,9	27	75,0	1		
Bloco 4 - Características individuais da criança							
Sexo							
Masculino	35	41,7	27	77,1	1,00	(0,90-1,12)	0,86
Feminino	49	58,3	37	75,5	1		
Faixa etária (meses)							
3 a 6	35	41,7	31	88,6	1,12	(1,01-1,24)	0,01
0 a 2	49	58,3	33	67,3	1		
Uso atual ou progresso de chupeta							
Sim	43	51,2	39	90,7	1,18	(1,06-1,31)	<0,001
Não	41	48,8	25	61,0	1		

* Aleitamento Materno Exclusivo

**Completo ou Incompleto

***Incompleto

****Completo

*****Aleitamento Materno

As razões de prevalência não ajustada e ajustada no modelo multivariado hierarquizado dos fatores socioeconômicos, sociodemográficos e individuais da criança associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em 2015-2016 são apresentadas na Tabela 4. As variáveis dos blocos 1 e 2 na análise multivariada perderam significância estatística.

Para as condições relacionadas a criança (bloco 4), os estratos de maior risco para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo foram: a faixa etária da criança de 3 a 6 meses (RP=1,10; IC 95%=1,01-1,21) e o uso atual ou progresso de chupeta (RP=1,18; IC 95%=1,07-1,30).

Tabela 4 - Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança segundo a interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Interrupção do AME*					
	Não Ajustadas			Ajustadas		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Bloco 1 - Características socioeconômicas						
Local do domicílio						
Rural	1,07	(0,96-1,18)	0,18	1,07	(0,96-1,18)	0,18
Urbano	1			1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas						
Raça/cor da pele						
Parda/Preta/Amarela/Indígena	1,10	(0,96-1,26)	0,14	1,09	(0,96-1,24)	0,17
Branca	1			1		
Escolaridade						
Nunca estudou+Fundamental (C/I**) + Médio (I***)	1,10	(0,98-1,22)	0,08	1,07	(0,96-1,19)	0,19
Médio (C****)+Superior (C/I**)	1			1		
Bloco 4- Características individuais da criança						
Faixa etária (meses)						
3 a 6	1,12	(1,02-1,24)	0,01	1,10	(1,01-1,21)	0,02
0 a 2	1			1		
Uso atual ou progresso de chupeta						
Sim	1,18	(1,06-1,31)	<0,001	1,18	(1,07-1,30)	<0,001
Não	1			1		

*Aleitamento Materno Exclusivo

**Completo ou Incompleto

***Incompleto

****Completo

4.3 - A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS ENTRE 6 E 24 MESES DE IDADE EM 2006 E 2015-2016

A Tabela 5 apresenta a distribuição das crianças de 6 a 24 meses sem aleitamento materno, segundo os fatores associados à interrupção do AM e seus correspondentes RP e IC 95%, no ano de 2006. Entre as 487 crianças, 307 (63,0%) haviam interrompido o AM no momento da entrevista e 27 (5,5%) nunca haviam sido amamentadas (dado não apresentado em tabela).

Observou-se que 54% das mães tinham renda familiar maior que 1 salário mínimo por mês, e destas, 68,1% interromperam o AM, apresentando diferença estatisticamente significativa quando comparadas às mães de menor renda familiar. Pouco mais da metade das famílias (53,2%) residia na área urbana e 93,2% das mães não estavam trabalhando fora do domicílio.

A maior proporção de interrupção ocorreu entre filhos de mães de até 2 filhos (66,5%), que não realizaram pré-natal (89,5%). Quanto a idade da criança observou-se que quanto maior a idade do lactente maior a proporção de desmame, com 71,5% entre 18 e 24 meses, 63,2% entre 12 e 18 meses, essas diferenças foram estatisticamente significantes em relação ao estrato de referência (6 a 11 meses).

Na análise de regressão simples de Poisson obtiveram valor de $p \leq 0,25$, as seguintes variáveis: renda familiar, faixa etária da mãe, número de partos com nascidos vivos, pré-natal, número de consultas de pré-natal e faixa etária da criança.

Tabela 5- Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo a interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006

Variáveis	Total		Interrupção do AM*				p
	n=487	%	n=307	63,0%	RP	IC 95%	
Bloco 1 - Características socioeconômicas							
Renda Familiar (SM**)							
1 e mais	263	54,0	179	68,1	1,06	(1,01-1,12)	0,01
Menos de 1	224	46,0	128	57,1	1		
Local do domicílio							
Rural	228	46,8	146	64,0	1,01	(0,96-1,06)	0,66
Urbano	259	53,2	161	62,2	1		
Trabalho							
Não	454	93,2	287	63,2	1,01	(0,91-1,13)	0,76
Sim	33	6,8	20	60,6	1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas							
Raça/ cor da pele							
Branca	126	25,9	88	69,8	1,05	(0,90-1,23)	0,48
Preta/Parda/Amarela	361	74,1	219	60,7	1		
Faixa etária (anos)							
20 a 24	130	26,7	88	67,7	1,06	(0,97-1,16)	0,18
25 a 58	293	60,2	182	62,1	1,02	(0,94-1,11)	0,53
15 a 19	64	13,1	37	57,8	1		
Número de partos com nascidos vivos							
1 a 2	313	64,3	208	66,5	1,06	(1,00-1,12)	0,04
3 e mais	174	35,7	99	56,9	1		
Escolaridade							
Médio (C***) e Superior (C/I****)	90	18,5	57	63,3	1,00	(0,93-1,07)	0,94
Nunca estudou + Fundamental (C/I****) e Médio (I****)	397	81,5	250	63,0	1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde							
Pré-natal							
Não	19	3,9	17	89,5	1,17	(1,08-1,26)	<0,001
Sim	468	96,1	290	62,0	1		
Número de consultas de pré-natal							
1 a 6	264	54,2	173	65,5	1,03	(0,98-1,09)	0,21

continua

continuação

7 e mais	223	45,8	134	60,1	1		
Exame das mamas no pré-natal							
Sim	229	47,0	167	64,7	1,02	(0,97-1,07)	0,41
Não	258	53,0	140	61,1	1		
Orientação sobre AM* no pré-natal							
Não	84	17,2	57	67,9	1,03	(0,96-1,10)	0,29
Sim	403	82,8	250	62,0	1		
Tipo de parto							
Cesáreo	150	30,8	98	65,3	1,02	(0,96-1,07)	0,47
Normal	337	69,2	209	62,0	1		
Bloco 4 - Características individuais da criança							
Sexo							
Masculino	240	49,3	157	65,4	1,02	(0,97-1,08)	0,28
Feminino	247	50,7	150	60,7	1		
Faixa etária (meses)							
19 a 24	151	31,0	108	71,5	1,11	(1,04-1,18)	0,002
12 a 18	185	38,0	117	63,2	1,05	(0,99-1,13)	0,09
6 a 11	151	31,0	82	54,3	1	1	

*Aleitamento Materno

**Salário Mínimo do ano de 2006 (R\$ 350,00)

***Completo

****Completo ou Incompleto

*****Incompleto

As razões de prevalência não ajustada e ajustada no modelo multivariado dos fatores socioeconômicos, sociodemográficos, assistenciais e da criança associados à interrupção do aleitamento materno em lactentes entre 6 e 24 meses no ano de 2006 são apresentados na Tabela 6.

Para o bloco socioeconômico os estratos com maior probabilidade para interrupção do aleitamento materno foram: renda familiar mensal de mais de 1 salário mínimo (RP=1,06; IC95%=1,01-1,12). No bloco sociodemográfico atingiu significância limítrofe ($0,05 \geq p < 0,10$) mãe com 1 a 2 nascidos vivos (RP=1,05; IC 95% 0,99-1,12) .

O bloco assistencial apresentou como estrato de maior probabilidade para a interrupção do aleitamento materno a não realização de pré-natal (RP=1,16; IC 95%= 1,07-1,25) e , no bloco das características individuais da criança, a idade entre 19 e 24 meses (RP= 1,11; IC 95%= 1,04-1,18).

Tabela 6- Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança e a interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006

Variáveis	Interrupção do AM*					
	Não Ajustadas			Ajustadas		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Bloco 1 - Características socioeconômicas						
Renda Familiar (SM**)						
1 e mais	1,06	(1,01-1,12)	0,01	1,06	(1,01-1,12)	0,01
Menos de 1	1			1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas						
Faixa etária (anos)						
25 a 58	1,02	(0,94-1,11)	0,53	1,04	(0,95-1,14)	0,31
20 a 24	1,06	(0,97-1,16)	0,18	1,06	(0,97-1,16)	0,15
15 a 19	1			1		
Número de partos com nascidos vivos						
1 a 2	1,06	(1,00-1,12)	0,04	1,05	(0,99-1,12)	0,09
3 e mais	1			1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde						
Pré-natal						
Não	1,17	(1,08-1,26)	<0,001	1,16	(1,07-1,25)	<0,001
Sim	1			1		
Número de consultas de pré-natal						
1 a 6	1,03	(0,98-1,09)	0,21	1,04	(0,98-1,10)	0,13
7 e mais	1			1		
Bloco 4 - Características individuais da criança						
Faixa etária (meses)						
19 a 24	1,11	(1,04-1,18)	0,002	1,11	(1,04-1,18)	0,002
12 a 18	1,05	(0,99-1,13)	0,09	1,04	(0,97-1,11)	0,19
6 a 11	1	1		1		

*Aleitamento Materno

**Salário Mínimo do ano de 2006 (R\$ 350,00)

A Tabela 7 apresenta a distribuição das crianças entre 6 e 24 meses sem aleitamento materno, segundo os fatores associados à interrupção do AM e seus correspondentes RP e IC 95%, no biênio 2015-2016. Dentre as crianças de 6 a 24 meses, 169 (61,7%) já haviam interrompido o AM no momento da entrevista e 21 (7,7%) nunca haviam sido amamentadas (dado não apresentado em tabelas).

As mulheres de famílias das classes D ou E e que trabalhavam fora do domicílio apresentavam maior percentual de desmame precoce e a diferença foi estatisticamente significativa em relação àquelas das classe B ou C e que não trabalhavam.

Dentre as entrevistadas 205 (74,8%) se autodeclararam preta, parda, amarela ou indígena, das quais 58% pararam de amamentar, proporção ainda maior no grupo de mulheres brancas que atingiu 72,5%, sendo observada associação

estatística. E, 57 (20,8%) não receberam orientação sobre AM durante consultas de pré-natal ou atividades educativas, atingindo maior proporção de desmame (71,9%) quando comparadas às orientadas (59,0%) com associação estatística.

Também ocorreu maior percentual de interrupção do AM entre crianças que não tiveram o contato pele a pele na primeira hora de vida (67,9%) e em uso atual ou progresso de chupeta (87,2%).

Na regressão simples de Poisson obtiveram valor de $p \leq 0,25$, as seguintes variáveis: classe econômica, trabalho da mãe, cor da mãe, faixa etária da mãe, número de partos com nascidos vivos, orientação sobre aleitamento materno, tempo de aleitamento materno exclusivo orientado no pré-natal, contato pele a pele na 1ª hora de vida, consulta puerperal, faixa etária da criança e uso de chupeta.

Tabela 7 - Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo a interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Total		Interrupção do AM*			p	
	n=274	%	n=169	61,7%	RP IC 95%		
Bloco 1 - Características socioeconômicas							
Classe econômica							
D+E	120	43,8	82	68,3	1,07	(1,00-1,15)	0,04
B1+B2+C1+C2	154	56,2	87	56,5	1		
Local do domicílio							
Rural	71	25,9	47	66,2	1,03	(0,96-1,12)	0,35
Urbano	203	74,1	122	60,1	1		
Trabalho							
Sim	77	28,1	55	71,4	1,08	(1,00-1,16)	0,02
Não	197	71,9	114	57,9	1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas							
Raça/ cor da pele							
Branca	69	25,2	50	72,5	1,08	(1,00-1,07)	0,02
Preta/Parda/Amarela/Indígena	205	74,8	119	58,0	1		
Faixa etária (anos)							
20 a 24	74	27,0	51	68,9	1,07	(0,97-1,19)	0,15
25 a 47	142	51,8	85	59,9	1,01	(0,92-1,12)	0,70
15 a 19	58	21,2	33	56,9	1		
Número de partos com nascidos vivos							
1 a 2	198	72,3	128	64,6	1,06	(0,98-1,16)	0,11
3 e mais	76	27,7	41	53,9	1		
Escolaridade							
Médio (C**) e Superior (C/I***)	115	42,0	75	65,2	1,03	(0,96-1,11)	0,30
Nunca estudou e Fundamental (C/I***) e Médio (I****)	159	58,0	94	59,1	1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde							
Pré-natal							
Sim	268	97,8	166	61,9	1,08	(0,82-1,41)	0,57

continua

continuação

Não	6	2,2	3	50,0	1		
Número de consultas de pré-natal							
1 a 6	101	36,9	64	63,4	1,01	(0,94-1,09)	0,65
7 e mais	173	63,1	105	60,7	1		
Exame das mamas no pré-natal							
Sim	80	29,2	50	62,5	1,00	(0,93-1,08)	0,85
Não	194	70,8	119	61,3	1		
Orientação sobre AM* no pré-natal							
Não	57	20,8	41	71,9	1,08	(0,99-1,17)	0,05
Sim	217	79,2	128	59,0	1		
Tempo de AME***** orientado no pré-natal							
Outro	74	27,0	54	73,0	1,09	(1,02-1,18)	0,01
Até 6 meses	200	73,0	115	57,5	1		
AM* na 1ª hora de vida							
Não	162	59,1	101	62,3	1,01	(0,93-1,08)	0,78
Sim	112	40,9	68	60,7	1		
Contato pele a pele na 1ª hora de vida							
Não	81	29,6	55	67,9	1,05	(0,98-1,13)	0,15
Sim	193	70,4	114	59,1	1		
Tipo de parto							
Cesáreo	141	51,5	88	62,4	1,00	(0,94-1,16)	0,79
Normal	133	48,5	81	60,9	1		
Alojamento conjunto							
Não	29	10,6	20	69,0	1,05	(0,94-1,16)	0,36
Sim	245	89,4	149	60,8	1		
Consulta puerperal							
Não	159	58,0	109	68,6	1,10	(1,02-1,19)	<0,001
Sim	115	42,0	60	52,2	1		
Bloco 4 - Características individuais da criança							
Sexo							
Masculino	143	52,2	92	64,3	1,03	(0,96-1,11)	0,34
Feminino	131	47,8	77	58,8	1		
Faixa etária (meses)							
19 a 24	93	33,9	62	66,7	1,05	(0,96-1,15)	0,22
6 a 11	93	33,9	56	60,2	1,01	(0,92-1,11)	0,75
12 a 18	88	32,1	51	58,0	1		
Uso atual ou progresso de chupeta							
Sim	148	54,0	129	87,2	1,42	(1,32-1,52)	<0,001
Não	126	46,0	40	31,7	1		

*Aleitamento Materno

**Completo

***Completo ou Incompleto

****Incompleto

*****Aleitamento Materno Exclusivo

As razões de prevalência não ajustada e ajustada no modelo multivariado dos fatores socioeconômicos, sociodemográficos, assistenciais e individuais da criança associados à interrupção do aleitamento materno no biênio 2015-2016 são apresentadas na Tabela 8.

Para o bloco socioeconômico os estratos com maior probabilidade para interrupção do aleitamento materno foram: pertencer as classes econômicas D e E

(RP=1,08; IC 95%=1,01-1,16) e o trabalho materno (RP=1,10; IC 95%=1,02-1,18). No bloco sociodemográfico as variáveis com maior probabilidade de interrupção do aleitamento materno foram: cor da mãe preta, parda, amarela ou indígena (RP=1,07; IC 95%=1,00-1,15) e significância limítrofe ($0,05 \geq p < 0,10$) a faixa etária da mãe de 20 a 24 anos (RP=1,09; IC95%=0,99-1,21)

O bloco assistencial apresentou como estrato de maior probabilidade para o desmame: não ter realizado consulta puerperal (RP=1,09; IC95%=1,01-1,17) e apresentaram significância limítrofe ($0,05 \geq p < 0,10$) orientação do AME por tempo diferente de 6 meses (RP=1,11; IC95%=0,99-1,25) e o não contato pele a pele na primeira hora de vida (RP=1,07; IC95%=0,99-1,15). No último bloco, das características da criança, identificou-se associação com a idade da criança 19 a 24 meses (RP=1,10; IC95%=1,21-1,18) e entre o uso ou história de uso de chupeta à interrupção do aleitamento materno (RP=1,41; IC95%=1,32-1,51).

Tabela 8 - Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança e a interrupção do aleitamento materno em crianças entre 6 e 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Interrupção do AM*					
	Não Ajustada			Ajustada		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Bloco 1 - Características socioeconômicas						
Classe econômica						
D+E	1,07	(1,00-1,15)	0,04	1,08	(1,01-1,16)	0,02
B1+B2+C1+C2	1			1		
Trabalho						
Sim	1,08	(1,00-1,16)	0,02	1,10	(1,02-1,18)	0,01
Não	1			1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas						
Faixa etária (anos)						
20 a 24	1,07	(0,97-1,19)	0,15	1,09	(0,99-1,21)	0,06
25 a 47	1,01	(0,92-1,12)	0,70	1,05	(0,95-1,16)	0,26
15 a 19	1			1		
Raça/Cor da pele						
Preta/Parda/Amarela/Indígena	1,08	(1,00-1,07)	0,02	1,07	(1,00-1,15)	0,04
Branca	1	1		1		
Número de partos com nascidos vivos						
1 a 2	1,06	(0,98-1,16)	0,11	1,07	(0,98-1,17)	0,10
3 e mais	1			1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde						
Orientação sobre AM* no pré-natal						
Não	1,08	(0,99-1,17)	0,05	1,00	(0,87-1,14)	0,98
Sim	1			1		

continua

continuação

Tempo de AME** orientado no pré-natal						
Outro	1,09	(1,02-1,18)	0,01	1,11	(0,99-1,25)	0,05
Até 6 meses	1			1		
Contato pele a pele na 1ª hora de vida						
Não	1,05	(0,98-1,13)	0,15	1,07	(0,99-1,15)	0,05
Sim	1			1		
Consulta puerperal						
Não	1,10	(1,02-1,19)	<0,001	1,09	(1,01-1,17)	0,01
Sim	1			1		
Bloco 4 - Características individuais da criança						
Faixa etária (meses)						
19 a 24	1,05	(0,96-1,15)	0,22	1,10	(1,02-1,18)	0,01
6 a 11	1,01	(0,92-1,11)	0,75	1,01	(0,94-1,08)	0,76
12 a 18	1			1		
Uso atual ou progresso de chupeta						
Sim	1,42	(1,32-1,52)	<0,001	1,41	(1,32-1,51)	<0,001
Não	1			1		

*Aleitamento Materno

**Aleitamento Materno Exclusivo

O quadro 4 sintetiza os fatores que apresentaram diferença estatisticamente significativa na análise multivariada para a interrupção do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno nos anos de 2006 e 2015-2016.

Quadro 4- Resumo comparativo dos fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno nos anos de 2006 e 2015-2016, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020

Desfechos	2006		2015/2016	
	p<0,05	Limítrofe	p<0,05	Limítrofe
AME*	- Faixa etária materna - Pré-natal - Orientação sobre AM** no pré-natal	Não houve	-Faixa etária da criança - Uso de chupeta	Não houve
AM**	- Renda familiar - Pré-natal - Faixa etária da criança	- Número de partos com filhos nascidos vivos	- Classe econômica - Trabalho materno - Raça/cor da pele - Consulta puerperal - Idade da criança - Uso de chupeta	- Idade materna - Tempo de AME* orientado no pré-natal - Contato pele a pele na 1ª hora de vida

*Aleitamento Materno Exclusivo

**Aleitamento Materno

4.4 A EVOLUÇÃO DO EXCESSO DE PESO E FATORES ASSOCIADOS EM MENORES DE 24 MESES EM 2006 E 2015-2016

A tabela 9 apresenta o estado nutricional, mensurado a partir da relação de comprimento/idade, peso/ idade, peso/comprimento e IMC/idade das crianças de até 24 meses e a sua relação com a interrupção do aleitamento materno no ano de 2006. Para a análise do estado nutricional das 626 crianças de até 24 meses, 18 foram excluídas, pois suas informações antropométricas não estavam disponíveis, assim a amostra final foi 608 crianças.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre o grupo que estava em aleitamento materno e o que havia interrompido para o peso/idade e IMC/idade. Em relação ao excesso de peso estimado através do IMC/idade, verificou-se 12,5% de prevalência no grupo de crianças que tiveram o aleitamento materno interrompido e de 6,1% naquelas que mantinham a amamentação.

Tabela 9 - Estado nutricional e a interrupção do aleitamento materno em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006

Variáveis	Interrupção do AM*						p**
	Total		SIM		NÃO		
	n	%	n	%	n	%	
	608	100	328	53,9	280	46,1	
Comprimento/Idade							
Déficit (< -2,0 EZ)	50	8,2	26	7,9	24	8,6	0,77
Normal (-2,0 a 1,9 EZ)	558	91,8	302	92,1	256	91,4	
Peso/Idade							
Déficit (< -2,0 EZ)	22	3,6	11	3,4	11	3,9	0,03
Normal (-2,0 a 1,9 EZ)	556	91,4	294	89,6	262	93,6	
Excesso de Peso (>= 2,0 EZ)	30	4,9	23	7,0	7	2,5	
Peso/Comprimento							
Déficit (< -2,0 EZ)	10	1,6	5	1,5	5	1,8	0,53
Normal (-2,0 a 1,9 EZ)	537	88,3	286	87,2	251	89,6	
Excesso de peso (>= 2,0 EZ)	61	10,1	37	11,3	24	8,6	
IMC/Idade							
Déficit (< -2,0 EZ)	13	2,1	6	1,8	7	2,5	0,02
Normal (-2,0 a 1,9 EZ)	537	88,3	281	85,7	256	91,4	
Excesso de peso (>= 2,0 EZ)	58	9,5	41	12,5	17	6,1	

*Aleitamento Materno

** Teste qui-quadrado

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos lactentes com excesso de peso no momento da entrevista, segundo os fatores associados e seus correspondentes RP e IC 95% no ano de 2006. O trabalho materno apresentou diferença estatisticamente significativa entre os estratos, os filhos de mães que não trabalhavam fora do domicílio apresentavam maior proporção de excesso de peso (10%) do que aqueles cujas mães eram trabalhadoras (2,6%).

A maior proporção de excesso de peso em menores de 24 meses em 2006 destacou-se entre mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos (11,4%), com mais de três filhos (13,1%), que não realizaram pré-natal (12,5%) e, entre crianças nascidas de parto cesariano (13,5%).

A interrupção do aleitamento materno havia ocorrido com 53,9% dos lactentes, dos quais, 12,5% apresentavam excesso de peso, o dobro do observado entre os ainda amamentados apresentando diferença estatisticamente significativa.

Na regressão simples de Poisson obtiveram valor de $p \leq 0,25$, as seguintes variáveis: renda familiar, trabalho da mãe, faixa etária da mãe, número de partos com nascidos vivos, tipo de parto, faixa etária da criança, interrupção do aleitamento materno.

Tabela 10 - Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo excesso de peso em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006

Variáveis	Total		IMC*/Idade ($\geq +2,0$ EZ)			p	
	n=608	%	n=58	9,5%	RP IC 95%		
Bloco 1 - Características socioeconômicas							
Renda Familiar (SM**)							
1 e mais	316	52,0	36	11,4	1,03	(0,99 - 1,08)	0,10
Menos de 1	292	48,0	22	7,5	1		
Local do domicílio							
Rural	324	53,3	31	10,9	1,02	(0,98 - 1,06)	0,28
Urbano	284	46,7	27	8,3	1		
Trabalho							
Não	570	93,8	57	10,0	1,07	(1,01 - 1,13)	0,01
Sim	38	6,2	1	2,6	1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas							
Raça/ cor da pele							
Preta/Parda/Amarela	447	73,5	45	10,1	1,01	(0,97-1,06)	0,44
Branca	161	26,5	13	8,1	1		
Faixa etária (anos)							
15 a 24	254	41,8	29	11,4	1,03	(0,98 - 1,07)	0,19
25 a 58	354	58,2	29	8,2	1		
Número de partos com nascidos vivos							
3 e mais	213	35,0	28	13,1	1,05	(1,00 - 1,10)	0,03
1 a 2	395	65,0	30	7,6	1		
Escolaridade							
Fundamental (C***) e Médio (I****)	96	15,8	12	12,5	1,03	(0,95-1,11)	0,39
Nunca estudou e Fundamental (I****)	399	65,6	36	9,0	1,00	(0,94-1,05)	0,95
Médio (C***) e Superior (C/I*****)	113	18,6	10	8,8	1		
IMC* materno							
25 e mais	254	41,8	27	10,6	1,01	(0,97-1,06)	0,44
Até 24,99	354	58,2	31	8,8	1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde							
Pré-natal							
Não	24	3,9	3	12,5	1,02	(0,91-1,15)	0,64

continua

continuação

Sim	584	96,1	55	9,4	1		
Número de consultas de pré-natal							
7 e mais	282	46,4	28	9,9	1,00	(0,96 -1,05)	0,76
1 a 6	326	53,6	30	9,2	1		
Orientação sobre AM***** no pré-natal							
Sim	502	82,6	49	9,8	1,01	(0,95-1,06)	0,67
Não	106	17,4	9	8,5	1		
Tipo de parto							
Cesáreo	185	30,4	25	13,5	1,05	(1,00-1,10)	0,04
Normal	423	69,6	33	7,8	1		
Bloco 4 - Características individuais da criança							
Sexo							
Masculino	304	50,0	33	10,9	1,02	(0,98 - 1,06)	0,26
Feminino	304	50,0	25	8,2	1		
Faixa etária (meses)							
12 a 24	329	54,1	38	11,6	1,04	(0,99 - 1,08)	0,06
Menor 12	279	45,9	20	7,2	1		
Interrupção do AM*****							
Sim	328	53,9	41	12,5	1,06	(1,01 - 1,10)	0,005
Não	280	46,1	17	6,1	1		

*Índice de Massa Corporal

**Salário Mínimo do ano de 2006 (R\$ 350,00)

***Completo

****Incompleto

*****Completo ou Incompleto

*****Aleitamento Materno

As razões de prevalência não ajustada e ajustada no modelo multivariado dos fatores socioeconômicos, sociodemográficos e da criança associados ao excesso de peso para o ano de 2006 são apresentados na Tabela 11.

Para o bloco socioeconômico os estratos com maior probabilidade para o excesso de peso foram: mais de um salário mínimo de renda mensal (RP=1,03; IC95%=0,99-1,08), obtendo significância limítrofe ($0,05 \geq p < 0,10$), e o não trabalho materno (RP=1,07; IC95%=1,01-1,13). No bloco sociodemográfico os estratos com maior risco foram: faixa etária da mãe de 15 a 24 anos (RP=1,06; IC95%=1,01-1,11) e mais de três nascidos vivos (RP=1,08; IC95%=1,03-1,14).

No bloco assistencial e da criança, os estratos com maior probabilidade para excesso de peso foram: parto cesáreo (RP=1,06; IC95%=1,00-1,11) e interrupção do AM (RP=1,05; IC95%=1,00-1,09), respectivamente.

Tabela 11 - Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo excesso de peso em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2006

Variáveis	IMC*/Idade ($\geq + 2,0$ EZ)					
	Não Ajustadas			Ajustadas		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Bloco 1 - Características socioeconômicas						
Renda Familiar (SM**)						
1 e mais	1,03	(0,99 - 1,08)	0,10	1,03	(0,99 - 1,08)	0,09
Menos de 1	1			1		
Trabalho						
Não	1,07	(1,01 - 1,13)	0,01	1,07	(1,01 - 1,13)	0,01
Sim	1			1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas						
Faixa etária (anos)						
15 a 24	1,03	(0,98 - 1,07)	0,19	1,06	(1,01 - 1,11)	0,01
25 a 58	1			1		
Número de partos com nascidos vivos						
3 e mais	1,05	(1,00 - 1,10)	0,03	1,08	(1,03 - 1,14)	0,002
1 a 2	1			1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde						
Tipo de parto						
Cesáreo	1,05	(1,00-1,10)	0,04	1,06	(1,01 - 1,11)	0,01
Normal	1			1		
Bloco 4 - Características individuais da criança						
Faixa etária (meses)						
12 a 24	1,04	(0,99 - 1,08)	0,06	1,02	(0,98 - 1,07)	0,20
Menor 12	1			1		
Interrupção do AM***						
Sim	1,06	(1,01 - 1,10)	0,005	1,05	(1,00 - 1,09)	0,02
Não	1			1		

*Índice de Massa Corporal

**Salário Mínimo do ano de 2006 (R\$ 350,00)

***Aleitamento Materno

A tabela 12 apresenta o estado nutricional, mensurado a partir da relação de comprimento/idade, peso/ idade, peso/comprimento e IMC/idade das crianças de até 24 meses e a sua relação com a interrupção do aleitamento materno no biênio 2015-2016. Para a análise do estado nutricional das 358 crianças de até 24 meses, 20 foram excluídas pois suas informações antropométricas não estavam disponíveis, portanto, para esta análise o universo foi composto por 338 crianças.

A prevalência de déficit peso/idade, peso/comprimento e IMC/idade em escores Z variou de 0,9% a 2,4% e não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo que estava em aleitamento materno e o que havia interrompido. Em relação ao excesso de peso estimado através do IMC/idade, verificou-se 16,2% de

prevalência no grupo de não amamentadas e de 11,9% naquelas que ainda recebiam o leite materno.

Tabela 12 - Estado nutricional e a interrupção do aleitamento materno em menores de 24 meses. Pernambuco, 2015-2016

Variáveis	Total		Interrupção do AM*				P**
	n	%	SIM		NÃO		
			n	%	n	%	
	338	100	159	47,0	179	53,0	
Comprimento/Idade							
Déficit (< -2,0 EZ)	24	7,1	11	6,1	13	8,2	0,46
Normal (-2,0 a 1,9 EZ)	314	92,9	168	93,9	146	91,8	
Peso/Idade							
Déficit (< -2,0 EZ)	8	2,4	4	2,2	4	2,5	0,76
Normal (-2,0 a 1,9 EZ)	312	92,3	164	91,6	148	93,1	
Peso Elevado (>= 2,0 EZ)	18	5,3	11	6,1	7	4,4	
Peso/Comprimento							
Déficit (< -2,0 EZ)	3	0,9	2	1,1	1	0,6	0,86
Normal (-2,0 a 1,9 EZ)	291	86,1	153	85,5	138	86,8	
Excesso de peso (>= 2,0 EZ)	44	13,0	24	13,4	20	12,6	
IMC/Idade							
Déficit (< -2,0 EZ)	5	1,5	3	1,7	2	1,3	0,49
Normal (-2,0 a 1,9 EZ)	285	84,3	147	82,1	138	86,8	
Excesso de peso (>= 2,0 EZ)	48	14,2	29	16,2	19	11,9	

*Aleitamento Materno

** Teste qui-quadrado

A Tabela 13 apresenta a distribuição dos lactentes com excesso de peso no momento da entrevista, segundo os fatores associados e seus correspondentes RP e IC 95% no biênio 2015-2016. No bloco 1, das características socioeconômicas maternas verificou-se que 57,4% das famílias eram das classes B ou C, 72,5% viviam em área urbana. As crianças cujas mães não trabalhavam (76%) tiveram maior proporção de excesso de peso em relação ao estrato que trabalhava, com 16% e 8,6%, respectivamente, e a diferença foi estatisticamente significativa.

O bloco 2 refere-se às características sociodemográficas das mães, 53% tinham entre 25 e 47 anos, das quais 19,6% tinham crianças com excesso de peso, no estrato de mães mais jovens (15 a 24 anos) a proporção de excesso de peso foi de 8,2%, essa diferença foi estatisticamente significativa. As mães com IMC até 24,99 (53,8%) tinham 9,6% de crianças com excesso de peso, enquanto as com IMC acima de 25 a proporção de excesso de peso em seus filhos dobrou (18,1%), essas diferenças entre os estratos foram estatisticamente significantes.

Nenhuma variável do bloco de assistência a saúde obteve associação estatística. O bloco 4 trata das características individuais da criança, 173 (51,2%) eram do sexo feminino, entretanto maior proporção de excesso de peso foi evidenciado entre os meninos (18,2%), a faixa etária de 12 a 24 meses apresentou de forma semelhante maior proporção de excesso de peso atingindo 18,7%, com associação estatística.

Na regressão simples de Poisson obtiveram valor de $p \leq 0,25$, as seguintes variáveis: trabalho materno, faixa etária da mãe, escolaridade da mãe, IMC da mãe, número de consultas de pré-natal, contato pele a pele na primeira hora de vida, tipo de parto, sexo da criança, faixa etária da criança, interrupção do aleitamento materno.

Tabela 13 - Características socioeconômicas, sociodemográficas, assistenciais e da criança, segundo excesso de peso em menores de 24 meses. Pernambuco, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Total		n=48	IMC*/Idade (\geq +EZ)			p
	n=338	%		14,2 %	RP	IC 95%	
Bloco 1 - Características socioeconômicas							
Classe econômica							
D+E	144	42,6	22	15,3	1,01	(0,95-1,08)	0,62
B1+B2+C1+C2	194	57,4	26	13,4	1		
Local do domicílio							
Rural	93	27,5	15	16,1	1,02	(0,95-1,10)	0,54
Urbano	245	72,5	33	13,5	1		
Trabalho materno							
Não	257	76,0	41	16,0	1,06	(0,99-1,14)	0,06
Sim	81	24,0	7	8,6	1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas							
Raça/ cor da pele							
Branca	82	24,3	13	15,9	1,01	(0,94-1,10)	0,63
Preta/Parda/Amarela/Indígena	256	75,7	35	13,7	1		
Faixa etária (anos)							
25 a 47	179	53,0	35	19,6	1,10	(1,03-1,17)	0,002
15 a 24	159	47,0	13	8,2	1		
Número de partos com nascidos vivos							
1 a 2	224	66,3	34	15,2	1,02	(0,95-1,09)	0,45
3 e mais	114	33,7	14	12,3	1		
Escolaridade							
Nunca estudou e Fundamental (I**)	113	33,7	18	16,1	1,06	(0,97-1,15)	0,15
Médio (C***) e Superior (C/I****)	138	40,8	22	15,6	1,05	(0,97-1,14)	0,16
Fundamental (C***) e Médio (I**)	85	25,4	8	9,4	1		

continua

continuação

IMC* materno								
25 e mais	156	46,2	33	18,1	1,07	(1,01-1,14)	0,02	
Até 24,99	182	53,8	15	9,6	1			
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde								
Pré-natal								
Sim	328	97,0	47	14,3	1,03	(0,87-1,23)	0,66	
Não	10	3,0	1	10,0	1			
Número de consultas de pré-natal								
7 e mais	220	65,1	35	15,9	1,04	(0,97-1,11)	0,19	
1 a 6	118	34,9	13	11,1	1			
Orientação sobre AM***** no pré-natal								
Não	74	21,9	12	16,2	1,02	(0,94-1,10)	0,58	
Sim	264	78,1	36	13,6	1			
Tempo de AME***** orientado no pré-natal								
Até 6 meses	253	74,9	38	15,0	1,02	(0,95-1,10)	0,43	
Outro	85	25,1	10	11,8	1			
AM***** na 1ª hora de vida								
Não	198	58,6	30	15,2	1,02	(0,95-1,08)	0,54	
Sim	140	41,4	18	12,9	1			
Contato pele a pele na 1ª hora de vida								
Não	95	28,1	17	17,9	1,04	(0,97-1,12)	0,24	
Sim	243	71,9	31	12,8	1			
Tipo de parto								
Cesáreo	174	51,5	29	16,7	1,04	(0,98-1,11)	0,17	
Normal	164	48,5	19	11,6	1			
Alojamento Conjunto								
Não	33	9,8	6	18,2	1,03	(0,92- 1,16)	0,52	
Sim	305	90,2	42	13,8	1			
Consulta Puerperal								
Não	147	43,5	23	15,6	1,02	(0,95-1,09)	0,50	
Sim	191	56,5	25	13,1	1			
Bloco 4 - Características individuais da criança								
Sexo								
Masculino	165	48,8	30	18,2	1,07	(1,00-1,14)	0,03	
Feminino	173	51,2	18	10,4	1			
Faixa etária (meses)								
12 a 24	171	50,6	32	18,7	1,08	(1,01-1,15)	0,01	
Menor de 12	167	49,4	16	9,6	1			
Interrupção do AM*****								
Sim	179	53,0	29	16,2	1,03	(0,97-1,10)	0,25	
Não	159	47,0	19	11,9	1			

*Índice de Massa Corporal

**Incompleto

***Completo

****Completo ou Incompleto

*****Aleitamento Materno

*****Aleitamento Materno Exclusivo

As razões de prevalência não ajustada e ajustada no modelo multivariado dos fatores socioeconômicos, sociodemográficos e da criança associados ao excesso de peso no biênio 2015-2016 são apresentados na Tabela 14. As variáveis do bloco 3 na análise multivariada perderam significância estatística.

Para as condições sociodemográficas, o estrato com maior probabilidade foi o de mães com faixa etária de 25 a 47 anos (RP=1,10, IC95% = 1,03-1,17). E, nas características individuais da criança, o estrato de meninos (RP=1,07, IC 95% = 1,00-1,14) apresentou maior probabilidade para o excesso de peso.

Obtiveram significância limítrofe ($0,05 \geq p < 0,10$) o não trabalho materno (RP=1,06; IC95%=0,99-1,14), IMC materno (RP=1,06, IC95% = 0,99-1,18) e faixa etária da criança de 12 a 24 meses (RP=1,07, IC95%=0,99-1,14). As características assistenciais à saúde na análise multivariada perderam significância estatística.

Tabela 14 - Análise multivariada da associação entre características socioeconômicas, sociodemográficas e da criança e o excesso de peso em menores de 24 meses. Pernambuco, 2015-2016

Variáveis	IMC*/Idade \geq 2,0 EZ)					
	Não Ajustadas			Ajustadas		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Bloco 1 - Características socioeconômicas						
Trabalho						
Não	1,06	(0,99-1,14)	0,06	1,06	(0,99-1,14)	0,06
Sim	1			1		
Bloco 2 - Características sociodemográficas maternas						
Faixa etária (anos)						
25 a 47	1,10	(1,03-1,17)	0,002	1,10	(1,03-1,17)	0,003
15 a 24	1			1		
Escolaridade						
Nunca estudou e Fundamental (I**)	1,06	(0,97-1,15)	0,15	1,02	(0,94-1,11)	0,52
Médio (C***) e Superior (C/I****)	1,05	(0,97-1,14)	0,16	1,02	(0,94-1,11)	0,50
Fundamental (C***) e Médio (I**)	1			1		
IMC*materno						
25 e mais	1,07	(1,01-1,14)	0,02	1,06	(1,00-1,13)	0,05
Até 24,99	1			1		
Bloco 3 - Características assistenciais à saúde						
Número de consultas de pré-natal						
7 e mais	1,04	(0,97-1,11)	0,19	1,03	(0,97-1,10)	0,24
1 a 6	1			1		
Contato pele a pele na 1ª hora de vida						
Não	1,04	(0,97-1,12)	0,24	1,04	(0,97-1,12)	0,25
Sim	1			1		
Tipo de parto						
Cesáreo	1,04	(0,98-1,11)	0,17	1,02	(0,96-1,09)	0,42
Normal	1			1		
Bloco 4 - Características individuais da criança						
Sexo						
Masculino	1,07	(1,00-1,14)	0,03	1,07	(1,00-1,14)	0,03
Feminino	1			1		

continua

continuação

Faixa etária (meses)						
12 a 24	1,08	(1,01-1,15)	0,01	1,06	(0,99-1,14)	0,05
Menor de 12	1			1		
Interrupção do AM*****						
Sim	1,03	(0,97-1,10)	0,25	1,02	(0,96-1,09)	0,45
Não	1			1		

*Índice de Massa Corporal

**Incompleto

***Completo

****Completo/Incompleto

*****Aleitamento Materno

O quadro 5 sintetiza os fatores que apresentaram diferença estatisticamente significativa na análise multivariada para o excesso de peso segundo o IMC/idade ($\geq +2$ EZ) nos anos de 2006 e 2015-2016.

Quadro 5 - Resumo comparativo dos fatores associados ao excesso de peso em lactentes nos anos de 2006 e 2015-2016, Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), 2020

Desfecho	2006		2015/2016	
	p<0,05	Limítrofe	p<0,05	Limítrofe
Excesso de peso	-Trabalho materno			- Trabalho materno
	-Faixa etária materna		-Faixa etária materna	- IMC** materno
	-Número de partos com nascidos vivos	- Renda familiar		- Faixa etária da criança
	-Tipo de parto		-Sexo da criança	
	-Interrupção do AM*			

*Aleitamento Materno

**Índice de Massa Corporal

5 DISCUSSÃO

5.1 INTERRUPTÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM LACTENTES

O presente estudo analisou os fatores associados à interrupção do aleitamento materno em menores de 24 meses, em uma década num estado do Nordeste brasileiro e foram identificadas discretas reduções nas frequências do desmame. Em 2006 a interrupção do AME em menores de seis meses era de 79,1%. No biênio 2015-2016 foi de 76,2%, tendência semelhante observada no aleitamento materno de crianças entre 6 e 24 meses de idade, com prevalência de 63% em 2006 e 61,7% em 2015-2016. E, os fatores associados à interrupção da amamentação sofreram mudanças ao longo dos dez anos de estudo.

As características socioeconômicas não exerceram influência sobre o aleitamento materno exclusivo nos dois períodos analisados, porém estiveram associadas à interrupção da amamentação entre os 6 e 24 meses de idade. O abandono dessa prática esteve associado à maior renda familiar mensal, representado pelo estrato que ganhava um salário mínimo ou mais, equivalente a R\$ 350,00 no ano de 2006 e entre as famílias pertencentes às classes sociais D e E, com menor renda (R\$485) no ano de 2015/2016. As informações do banco de dados de 2006 não permitiram a construção de classes sociais conforme os critérios da Abep de 2008 (ABEP, 2008).

Inquéritos e revisão sistemática conduzidos no Brasil e na Etiópia demonstraram que a duração do aleitamento materno por até dois anos é inversamente proporcional a renda familiar (FLORES et al., 2017; SANTANA et al., 2018; WOLDEAMANUEL, 2020). Enquanto pesquisa realizada no Qatar, identificou que as mães com menor renda mensal tinham maior chance de interromper o aleitamento continuado, corroborando com o encontrado no estudo em tela (NASSER et al., 2018).

Apesar dessa variável não ter exercido influência sobre o aleitamento materno exclusivo, há evidências de que quanto menor a renda maior a chance do desmame antes do sexto mês de vida (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018; GONZÁLEZ et al., 2018; SANTOS et al., 2019). Tal associação pode ser devido às dificuldades de acesso aos meios de comunicação e internet, que poderiam melhorar o

conhecimento e a informação acerca da importância e benefícios dessa prática (JAMA et al., 2020).

Nesta investigação, o trabalho materno fora do domicílio apresentou aumento expressivo entre os períodos estudados e as mães que trabalhavam amamentaram por menos tempo, corroborando com resultados nacionais e internacionais (NARDI et al., 2020; WOLDEAMANUEL, 2020; ZITKUTE et al., 2020). Possivelmente essas mulheres se inseriram no mercado de trabalho para complementar ou até mesmo prover o sustento familiar.

Estudo conduzido no Brasil identificou que a manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais foi duas vezes mais frequente entre mães que não trabalharam durante os primeiros seis meses de vida do neonato (MARTINS e GIUGLIANI, 2012). Resultado análogo ao de uma coorte de nascimentos francesa, na qual as mães que demoravam mais tempo para retornar ao trabalho tinham maior período de aleitamento total (CASTETBON; BOUDET-BERQUIER; SALANAVE, 2020).

Embora o estudo em tela não tenha distinguido o tipo de trabalho desempenhado pelas mulheres, esse elemento também tem sido relacionado à interrupção do aleitamento, sendo mais comum naquelas com empregos informais e autônomas (CHEN et al., 2019).

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) brasileira, garante à trabalhadora formal o direito à licença-maternidade de 120 dias, remunerada integralmente. Com o intuito de proteger a amamentação, em 2008 foi criado o Programa Empresa Cidadã, que prorroga a licença maternidade por 60 dias para trabalhadoras de empresas privadas, assim como garantido às servidoras públicas, mediante concessão de incentivo fiscal (BRASIL, 1967; BRASIL, 2002; BRASIL, 2008).

O impacto da proteção legal da amamentação foi apontado em estudo conduzido no Rio de Janeiro com 429 mães de menores de 1 ano. As trabalhadoras formais em gozo de licença-maternidade tinham prevalência de AME 91% maior do que aquelas que não usufruíam do direito. A garantia da renda durante o período da licença propicia a mulher segurança para dedicar-se exclusivamente a amamentação e aos cuidados com o bebê (RIMES; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2019).

A importância da duração da licença-maternidade remunerada para a continuidade da amamentação foi constatada em pesquisas realizadas nos Estados Unidos, França, Geórgia, Etiópia, Índia e Brasil (DAGHER et al., 2016; CHHETRI;

RAO; GUDDATTU, 2018; MANGRIO;PERSSON; BRAMHAGEN, 2018; CASTETBON; BOUDET-BERQUIER; SALANAVE, 2020; KEBEDE et al., 2020; LANDE;NEDBERG;ANDA, 2020). Uma coorte realizada na Austrália, com 1450 crianças revelou o efeito protetor do afastamento do trabalho por um ano (conforme política daquele país) sobre a continuação do aleitamento materno no 12º e 24º mês de vida do lactente (SCOTT et al., 2019).

O retorno ao trabalho é um fator que reconhecidamente compromete a continuidade do aleitamento devido a barreiras como: jornadas integrais, não havendo flexibilização dos horários de trabalho; trabalho longe do filho, impossibilitando a amamentação durante intervalos; a inexistência de sala privativa e limpa para a extração e armazenamento do leite materno; além do não apoio dos colegas de trabalho e empregadores (SARI, 2016; LAUER et al., 2019; NARDI et al., 2020).

Dentre os fatores sociodemográficos associados à interrupção da amamentação figura a raça/cor da pele materna, cuja influência é controversa em estudos brasileiros. Nos quatro recortes temporais da coorte de Pelotas, as mães negras ou pardas tendiam a manter o aleitamento por 12 meses ou mais, semelhante ao verificado nas macrorregiões brasileiras em 2014 (WENZEL e SOUZA, 2014; SANTOS et al., 2019). Já Flores et al., em 2017 identificaram associação inversa: mães negras ou pardas tinham menor probabilidade de amamentar seus filhos por até dois anos, semelhante ao resultado aqui encontrado.

Ainda no conjunto de variáveis sociodemográficas a paridade e a idade materna apresentaram-se como fatores associados ao desfecho. Em nosso estudo as mães com menor número de filhos interromperam mais precocemente a amamentação. A relação da paridade com o aleitamento materno tem sido amplamente investigada. Alguns estudos constataram que as multíparas são mais propensas a iniciar e prosseguir a amamentação por longos períodos (PEREIRA-SANTOS et al., 2017; CHANG et al., 2019; SCOTT et al., 2019). Entretanto outros estudos não evidenciaram qualquer interação ou até mesmo impacto negativo naquele evento (LOK et al., 2015; WOLDEAMANUEL, 2020; XIALING et al., 2020).

Essa inconsistência entre paridade e os desfechos da amamentação resultou em um estudo que identificou a repercussão das experiências prévias no aleitamento. As multíparas que nunca haviam amamentado seus filhos tinham

menor chance de iniciar e manter o aleitamento do que as primíparas, pois tendiam a repetir o comportamento nos filhos subsequentes (WAGNER et al., 2019).

Quanto a faixa etária das mães, as adolescentes ofereceram menos o leite materno de forma exclusiva em 2006. Para esse período, a faixa etária de 15 a 20 anos foi estatisticamente significativa para a interrupção precoce do AME. Uma metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros transversais corrobora com este achado, pois concluíram que mães com idade inferior a vinte anos tinham maior chance de interromper a amamentação exclusiva antes do sexto mês de vida do lactente (PEREIRA-SANTOS et al., 2017).

Entretanto, em 2015-2016 as mães adolescentes representaram a categoria de menor probabilidade de abandono do aleitamento materno. É possível que para este recorte a menor experiência com a amamentação tenha exercido maior influência no desfecho independentemente da idade materna. Em um ensaio clínico randomizado com mães adolescentes no sul do país, foi observado maior tempo de aleitamento entre as múltiparas, confirmando o encontrado no presente estudo, onde ter até dois filhos representou significância estatística limítrofe para a interrupção (MUELBERT e GIUGLIANI, 2018).

Estudos realizados na Itália e Espanha identificaram maior risco de abandono do aleitamento materno exclusivo entre as mães acima dos 35 anos. Esta associação não foi investigada no presente estudo, pois menos de 8% da amostra correspondia a essa faixa etária. Os autores não especificaram a faixa etária dos 15 aos 19 anos, provavelmente porque em países desenvolvidos ocorre menor quantidade de gestações durante a adolescência (COLOMBO et al., 2018; SANTACRUZ-SALAS et al., 2020).

A idade materna e a maior paridade são elementos reconhecidos na literatura como fatores que influenciam o processo de amamentar. A vivência e a maturidade emocional conquistada com os filhos anteriores promovem maior segurança e habilidade tanto para o início quanto para a manutenção da amamentação por mais tempo. Além de reduzir a possibilidade de interferências de terceiros, como avós e companheiros, na tomada de decisões deletérias à amamentação (ROCHA et al., 2018; SANTANA et al., 2018; SILVA et al., 2019).

A ausência de acompanhamento pré-natal acarreta prejuízos à saúde materno-infantil, representado nesse estudo pelo abandono do aleitamento materno exclusivo em 2006. Contudo, essa associação não se repetiu no biênio 2015-2016

possivelmente pelo aumento progressivo da cobertura assistencial. Em 1991, na I Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição constatou-se que do total de mães de menores de cinco anos, 27% não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal, com variações na cobertura entre a capital e interior (PERNAMBUCO, 1992).

Inquérito nacional sobre gestação e parto encontrou 98,7% de cobertura da assistência pré-natal no Brasil, e apontou que mulheres com desfechos gestacionais prévios negativos e aquelas que não queriam engravidar tendiam a não realizar o acompanhamento. Apesar da alta cobertura, a qualidade da assistência pré-natal ainda se encontra aquém do esperado, e em relação ao número de consultas apenas 70% das mulheres brasileiras realizam seis ou mais, conforme o recomendado (VIELLAS et al., 2014).

A ausência de abordagem do tema aleitamento materno nas consultas de pré-natal ou atividades em grupo constitui relevante perda de oportunidade de realizar orientação e educação em saúde, um dos pilares da Atenção Primária a Saúde. Esses espaços são essenciais para a aproximação do profissional de saúde das angústias, crenças e mitos que a mulher trás do meio sociocultural em que vive. Assim como permite elucidar os benefícios da prática para o binômio mãe-bebê (QUEIROZ et al., 2016; LIVRAMENTO et al., 2019).

Está bem explicitado na literatura mundial o impacto positivo da orientação pré-natal sobre o aleitamento materno para o início e a sua manutenção (LYELLU et al., 2020; MALLICK; BENEDICT; WANG, 2020; NABOWER et al., 2020). Em Pernambuco, um estudo caso-controle, demonstrou que não receber orientações durante o pré-natal aumentou em 3,9 vezes a chance da criança nunca ser amamentada durante a vida (CAMINHA et al., 2015).

Todavia uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados analisando o impacto da intervenção educativa sobre amamentação, identificou que em países ricos como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália, essas ações não exerciam qualquer efeito sobre o aleitamento em menores de seis meses. A análise contemplou diversos tipos de abordagem, desde a orientação tradicional na consulta de pré-natal, vídeos, folhetos, consultores em amamentação até o envio semanal de mensagens de texto sobre o tema para o celular da gestante (LUMBIGANON et al., 2016).

Para que essas orientações sejam eficazes faz-se necessário que os profissionais de saúde utilizem linguagem clara e acessível. Devem ser adotadas

abordagens acolhedoras e empáticas, evitando o uso de condutas prescritivas. Objetivando a construção de vínculo e ambiente confortável para que a mulher se sinta à vontade para expressar suas dúvidas e ansiedades (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2020).

Nossos achados sobre o tempo recomendado para o aleitamento exclusivo, como outro, diferente de seis meses, estão em consonância com os apresentados no Nepal e Bangladesh (DHAREL et al., 2020; RANA et al., 2020). Isto pode ser o reflexo da compreensão imprecisa da usuária acerca do significado do AME ou tempo recomendado para a oferta exclusiva do leite materno nas orientações dos profissionais de saúde. Também pode ter levado as mães a aleitar exclusivamente por menos de seis meses e, por conseguinte, a não manutenção da amamentação até os dois anos de idade ou mais (MARTINS e GIUGLIANI, 2012).

Conforme recomendações internacionais, o contato pele a pele na primeira hora de vida é um importante indicador de qualidade da atenção e deve ser estimulado. Está fortemente associado ao início precoce do aleitamento materno e a redução dos riscos de hospitalização nos primeiros meses de vida (ABDULGHANIID et al., 2018; COZMA-PETRUT et al., 2019; KARIMI et al., 2020). No estudo em tela os recém-nascidos que não tiveram este contato interromperam o aleitamento antes do preconizado.

A consulta puerperal constitui-se como um momento de cuidado ao binômio mãe-bebê, permitindo que as mães sanem as suas dúvidas. O apoio de um profissional de saúde, por meio da escuta qualificada e atenção humanizada, contribui para que a mulher inicie e continue o aleitamento de forma mais efetiva. Não ter realizado consulta puerperal foi associado ao abandono do aleitamento em menores de dois anos. Os estudos têm demonstrado os efeitos benéficos das intervenções pós-neonatais no aleitamento materno exclusivo (OLUFUNLAYO et al., 2019; FRANCO-ANTONIO et al., 2020; PEVEN et al., 2020). Não foi possível observar o mesmo neste estudo em relação ao AME nos menores de seis meses devido ao pequeno tamanho amostral.

Os primeiros dias após o parto são críticos para a implementação das boas práticas de nutrição do lactente. É quando surgem problemas comuns como: trauma mamilar, mastite, pega incorreta e a dificuldade do bebê na adaptação a vida extrauterina. Adicionalmente, é um momento em que há insegurança e fragilidade

emocional da mulher (MEKURIAL e EDRIS, 2015; CHEHAB et al., 2020; PUHARIC et al., 2020).

Diferente da orientação sobre o aleitamento materno no período pré-natal, após o nascimento da criança, o aconselhamento sobre o aleitamento materno exige contornos mais específicos de cada díade mãe-bebê. Neste momento, a proximidade do profissional de saúde pode identificar problemas relativos ao processo de aleitar, propor intervenções que atendam àquelas particularidades, e ainda auxiliar na tomada de decisão (MCFADDEN et al., 2019).

Dentre as características individuais da criança, a maior faixa etária esteve associada à interrupção do aleitamento materno, tanto exclusivo quanto continuado. Esse achado se mostrou consistente a outros estudos que também investigaram os fatores associados àqueles desfechos (ALCASTAGNÊI et al., 2018; MORAES et al., 2016; HAGOS e TADESSE, 2020).

Em inquéritos realizados em Angola e no Brasil observou-se que a duração do aleitamento materno exclusivo era inversamente proporcional a idade, a cada mês de vida do bebê, foram estimadas reduções de 33% e 22%, respectivamente da sua prevalência (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018; DALCASTAGNÊI et al., 2018).

Esses resultados podem ser devido ao desconhecimento das mães sobre o tempo recomendado de duração do aleitamento exclusivo, a crença de que o leite materno não é suficiente conforme o crescimento da criança, levando a introdução precoce de água, chá, suco, leite de vaca ou fórmula infantil antes do sexto mês de vida (CARVALHO et al., 2017; MENDES et al., 2019b; ZARSHENAS et al. 2020).

Ou ainda refletir a falta do apoio dos companheiros e co-habitantes do domicílio na amamentação. No pós-parto imediato as genitoras geralmente estão mais dedicadas ao bebê, e com o passar das semanas vão assumindo tarefas domésticas e o cuidado com os filhos mais velhos, reduzindo o tempo disponível para a amamentação (HAGOS e TADESSE, 2020). Essa associação não foi possível de ser avaliada em nosso estudo, pois nos instrumentos não havia informação sobre a divisão dos cuidados com o bebê e o lar.

A idade da criança se associou a interrupção do AME e do AM nos dois períodos investigados. Para Leone e Sadeck (2012), o impacto da idade da criança no AME pode estar relacionado ao efeito da agregação de outros fatores como, socioeconômicos e demográficos ao longo do tempo.

A história e/ou uso atual de chupeta apresentou alta prevalência e associação aos dois desfechos de interesse. O seu uso tem sido justificado como um hábito cultural passado de geração em geração como algo positivo e característico do bebê. Configurando como um instrumento para conforto, redução da agitação e satisfação da criança nos intervalos da amamentação, constituindo um auxílio materno (ISERHARD et al., 2009; DALDATO e ROSA, 2013; MENDES et al., 2019a).

O uso de chupeta é reconhecido como fator associado ao desmame precoce ou a redução do tempo de aleitamento materno exclusivo em estudos observacionais no Brasil e no mundo (RIUS et al., 2014; BUCCINI; PÉREZ-ESCAMILLA; VENANCIO, 2015; FIGUEIREDO et al., 2015; VIEIRA et al., 2015; BUCCINI et al., 2018; GIUGLIANI et al., 2019; MOSQUERA et al., 2019). Recente estudo conduzido em um conglomerado subnormal no Nordeste brasileiro identificou uma relação crescente e significativa entre o tempo de início do uso da chupeta e a menor duração do aleitamento materno independente do tipo (SILVA et al., 2019).

Outro estudo conduzido em um ambulatório de puericultura de um hospital universitário com 427 bebês de até 120 dias, observou que aqueles submetidos ao uso de chupeta apresentavam comportamentos considerados desfavoráveis a amamentação. Tais como dificuldade no ajuste da pega e sucção adequada, o que poderia ocasionar o desmame precoce (BATISTA et al., 2018).

Entretanto, revisões sistemáticas acerca da influência da chupeta no aleitamento materno têm demonstrado resultados conflitantes. Jaafar et al., em 2016 compararam o impacto de duas formas de uso de chupeta sobre a amamentação: restrito e irrestrito. No uso restrito a chupeta era utilizada apenas em situações em que o bebê precisasse ser acalmado e no irrestrito era oferecida por muitas horas consecutivas. O resultado encontrado foi que o uso de chupeta não exerceu efeito significativo na proporção de bebês em AME aos 3 e 4 meses de idade. Diferentemente, uma metanálise contemplando 46 estudos evidenciou associação negativa entre o uso de chupeta e o AME. Os autores apontam a existência de uma heterogeneidade nos métodos dos artigos que avaliam a associação, dificultando a elucidação desta rede de causalidade (BUCCINI et al., 2017).

Os efeitos deletérios do emprego da chupeta não se restringem ao aleitamento materno. O hábito de sucção não nutritiva proporcionado pela chupeta, prejudica o desenvolvimento adequado de todo o sistema estomatognático. Logo, o

seu uso altera precocemente as estruturas orais, levando ao surgimento de problemas oclusais, sendo os mais comuns a mordida aberta e mordida cruzada, prejudicando a dentição decídua e mista (LING et al., 2018; SCHMID et al., 2018; ROSA et al., 2020; TRAEBERT et al., 2020; ZEN et al., 2020).

Os estudos têm associado o desmame precoce à baixa escolaridade materna, entretanto na análise em tela, isso não foi identificado. O impacto da baixa escolaridade materna no desfecho pode estar relacionada à menor compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, pouca conscientização sobre a importância do aleitamento, menor busca por informações e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CAMINHA et al., 2010; MACHADO et al., 2014; LOGAN et al., 2016; SANTANA et al., 2018; FINNIE; PERÉZ-ESCAMILLA; BUCCINI, 2019; RAGUSA et al., 2020).

Semelhante a escolaridade, o tipo de parto também não se associou à interrupção do aleitamento. Entretanto há evidências contundentes sobre o impacto negativo que a cesárea exerce sobre o início precoce e continuidade ao longo da vida do recém-nascido (CATO et al., 2017; TAKAHASHI et al., 2017; ZHAO et al., 2017; CHEHAB et al., 2020 A54; ZARSHENAS et al. 2020). O prejuízo deve-se a dificuldade de manter o contato pele a pele na primeira hora de vida; o maior volume de intervenções no bebê; a anestesia; o cansaço e dor maternas; a demora na descida do leite, além de ser fator de risco para complicações neonatais (ERBAYDAR e ERBAYDAR, 2020; LYELLU et al., 2020; MIRAHMADIZADEH et al., 2020).

5.2 EXCESSO DE PESO EM LACTENTES

Na década em estudo também foi avaliado a prevalência do excesso de peso e os fatores associados em menores de 24 meses. Ao longo dos anos houve aumento na sua prevalência segundo o IMC/idade em escore Z, sendo de 9,5 e 14,2%, em 2006 e 2015-2016, respectivamente. E, os fatores associados ao excesso de peso modificaram-se ao longo da década de estudo.

Dentre as características socioeconômicas, a maior renda familiar mensal teve associação limítrofe com o excesso de peso em 2006, tendência temporal análoga à observada na coorte de nascimentos de Pelotas. No recorte de 1982 da coorte, a maior renda familiar foi fator de risco para o excesso de peso em lactentes,

entretanto ao longo do tempo os de baixa renda acompanharam a tendência ao excesso de peso daqueles de famílias mais abastadas (GONÇALVES et al., 2019).

Diversos padrões de associação entre renda e excesso de peso em crianças têm sido identificados de acordo com o grau de desenvolvimento das nações. Países desenvolvidos como Estados Unidos, Japão e Dinamarca, apresentam o excesso de peso associado à menor renda familiar, enquanto países em desenvolvimento como Brasil, China e Vietnã é mais prevalente entre as de famílias com maior renda (MOREIRA et al., 2014; CARVALHO et al., 2017; JI et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018; BEAL et al., 2020; SATO et al., 2020).

Contrariando resultados nacionais e internacionais, em que a variável trabalho materno ou não obteve associação ou esteve associada positivamente ao excesso de peso, neste estudo de forma específica os lactentes cujas mães não trabalhavam tinham maior risco de excesso de peso (DATAR; NICOSIA; SHIER, 2014; NIE e SOUZA-POZA, 2014; TCHOUBI et al., 2015; GÉA-HORTA et al., 2016; ODDO et al., 2017; YOUNG e WANG, 2017).

Essa diferença pode estar relacionada à idade das crianças inclusas neste estudo. Enquanto os inquéritos sobre excesso de peso utilizaram a faixa etária de zero a cinco anos, o estudo em tela contempla apenas os menores de dois anos, os quais, podem não ter sido suficientemente expostos aos efeitos do trabalho materno. Além disso, as mães que não trabalhavam poderiam ter menor renda familiar e expor seus filhos a maior quantidade de produtos industrializados, que por vezes tem menor preço do que alimentos saudáveis, tais como vegetais, frutas, carnes e legumes (SOTERO, CABRAL e SILVA, 2015).

Culturalmente os cuidados a criança têm sido atribuídos às mães, entretanto com a inserção das mulheres no mercado de trabalho os pais têm exercido papel ativo na criação de seus filhos. Estudo conduzido no Japão identificou que apesar do trabalho materno estar associado ao excesso de peso, o envolvimento paterno nos cuidados com a criança esteve inversamente associado ao excesso de peso. E, no grupo de trabalhadoras, os pais amplamente envolvidos nos cuidados tinham 30% menos chance de ter filhos obesos quando comparados àqueles pouco envolvidos (SATO et al., 2020).

A idade materna foi associada ao excesso de peso em lactentes. Em 2006, assim como em pesquisa realizada no semi-árido nordestino, os filhos de mães mais jovens tiveram maior probabilidade de apresentar IMC acima de + 2 EZ. Isso pode

estar relacionado a imaturidade e inseguranças na condução da alimentação da criança, principalmente entre adolescentes ou aquelas recém saídas da adolescência (RAMOS; DUMITH; CÉSAR, 2015). Contudo, no biênio 2015-2016, essa relação foi inversa, e as genitoras com idade acima de 25 anos obtiveram 10% mais probabilidade de ter filhos com excesso de peso.

O número de filhos nascidos vivos se associou ao excesso de peso somente no inquérito de 2006. As mães dos lactentes com maior probabilidade de excesso de peso tinham 3 ou mais nascidos vivos. Esse achado corrobora com pesquisa realizada no Nordeste brasileiro, em que as famílias com menor número de filhos apresentavam 30% menos chance de ter crianças com excesso de peso (ROCHA et al., 2020).

Entretanto, a influência do número de filhos no excesso de peso ainda não se encontra completamente elucidada na literatura, que aponta uma relação inversamente proporcional entre o excesso de peso e o número de filhos (SCHUCH et al., 2013; TCHOUBI et al., 2015; GOMES et al, 2017; MARKOWSKA et al, 2017)..

Estudos realizados por Gomes et al., 2017 e Markowska et al., 2017 assinalaram, respectivamente, chances 3,3 e 2 vezes maiores de excesso de peso em filhos únicos, quando comparado as famílias com maior prole. Os pais de filhos únicos tendem a ofertar maior quantidade de alimentos às crianças devido à inexperiência e a necessidade de controle sobre o consumo diário. E, ainda, como não existem outros filhos a renda empregada para a compra de alimentos pode ser direcionada às preferências desta criança, o que levaria ao acesso a maior diversidade de alimentos, incluindo os industrializados.

Ainda no bloco das características sociodemográficas maternas, o índice de massa corporal acima de 25kg/m² foi associado de forma limítrofe ao excesso de peso em lactentes. Este resultado está de acordo com outros estudos realizados na Colômbia, no Brasil, nos Estados Unidos e na Turquia. Este último demonstrou um risco duas vezes maior de excesso de peso entre menores de dois anos quando as mães também eram obesas (CARLING et al., 2015; CONTARATO et al., 2016; DİKMEN; ÜNLÜ; ÖZCEBE, 2019; ALDANA-PARRA; VEJA; FEWTRELL, 2020).

Um crescente de evidências tem mostrado a importância dos primeiros 1000 dias de vida da criança para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. A exposição perinatal a desordens metabólicas aumenta o risco do desenvolvimento da obesidade ao longo da vida. O IMC pré-gestacional e o ganho de peso excessivo

durante a gestação também tem sido associados àquele desfecho (JOSEY et al., 2019; LIU et al., 2019; PAGE et al., 2019; VOERMAN et al., 2019; LIU, et al., 2019). Contudo, devido ao recorte transversal do presente estudo essa associação não pode ser investigada.

Os contornos explicativos dessas associações ainda não são completamente conhecidos. Para Li, Sloboda e Vickers (2011) a obesidade seria transferida a criança através de mecanismo não mendeliano. Já Isganaitis et al., 2019, Sims et al., 2020 e Ellsworth et al., 2020 descrevem que mães com sobrepeso ou obesas apresentam alterações metabólicas no leite materno e maior concentração de leptina e insulina. (LI; SLOBODA; VICKERS, 2011; ISGANAITIS et al., 2019; ELLSWORTH et al., 2020; SIMS et al., 2020).

Os aspectos ambientais e comportamentais também são considerados, o ambiente familiar obesogênico, caracterizado como a presença de condições e oportunidades que predispõe a obesidade, compreendendo elementos físicos, econômicos e culturais (BROWN e ROWAN, 2016; SANTOS; LIRA; SILVA, 2017; SCAGLIONI et al., 2018; DANTAS e SILVA, 2019). Estudos recentes também têm demonstrado a influência do IMC paterno da criança e a sua associação com o peso da criança (WANG et al., 2017b; PANDEY et al., 2019).

Das características assistenciais à saúde apenas o parto cesáreo obteve associação estatisticamente significativa, os efeitos prejudiciais desse tipo de parto no estado nutricional infantil tem sido consistentemente demonstrados na literatura (RAMOS;DUMITH;CÉSAR, 2015; GOMES et al, 2017; VEILE e KRAMER, 2017; CAI et al., 2018; MUSUKUME et al., 2019; BEAL et al., 2020; ZHOU et al., 2020).

Veile e Kramer em 2017 investigaram a influência da cesárea no excesso de peso em uma comunidade agrícola de subsistência, em que o acesso a assistência hospitalar era recente. E, apesar da grande adesão ao aleitamento materno, do consumo alimentar ser baseado na produção familiar, da baixa exposição da criança a televisão e a exposição a muita atividade física, a cesariana foi forte preditor do sobrepeso em menores de cinco anos.

Dentre as características individuais da criança, a interrupção do aleitamento apresentou associação significativa com excesso de peso em 2006. Os lactentes que já haviam cessado o aleitamento materno no dia da entrevista apresentavam maior tendência ao desfecho de estudo. O efeito protetor dessa prática parece ser do tipo dose-resposta, quanto maior o tempo de exposição ao leite materno, menor o risco

do sobrepeso e obesidade (SILVA et al., 2016; BELLS et al., 2018; LOURENÇO, et al., 2018; PATTINSON et al., 2019; ROCHA et al., 2020).

A interrupção do aleitamento materno exclusivo também tem sido associada a maior tendência de sobrepeso ou obesidade infantil (CONTARATO et al, 2016; ARDIC et al, 2019). Carvalho et al., em 2020 calcularam risco 3,6 maior desse desfecho entre os menores de seis meses que já não estavam em amamentação exclusiva.

Devido ao instrumento de coleta de dados utilizado neste inquérito pernambucano não foi possível especificar o tempo de AME entre os lactentes com idade entre 6 e 24 meses. Contudo para os menores de 6 meses, dada a baixa prevalência dessa modalidade de amamentação é possível inferir que nesse subgrupo amostral os achados sejam análogos: o tempo de AME seja inversamente proporcional ao excesso de peso entre os menores pernambucanos.

As crianças com idade entre 12 e 24 meses representaram a categoria de maior probabilidade de excesso de peso quando comparados aos mais novos, tal resultado é consistente com os de outros estudos transversais com grupo etário semelhante (ROCHA et al., 2020; DÍKMEN; ÜNLÜ; ÖZCEBE, 2019). É possível que este resultado reflita a repercussão da introdução precoce da alimentação semi sólida e sólida e o emprego de fórmula infantil ou outro leite, dada a alta prevalência do desmame precoce (FLORES et al., 2015; TIAN et al. 2019; YU; BINNS; LEE, 2019).

Uma coorte chinesa demonstrou que entre crianças de 1 ano de idade a alimentação láctea baseada em fórmula infantil aumenta em mais de 2 vezes o risco de sobrepeso ou obesidade segundo o IMC/idade (HUANG et al., 2018). O leite artificial proporciona um ganho de peso mais rápido em comparação ao leite materno devido ao maior aporte calórico e alta concentração de proteínas, o que justificaria o maior risco para o excesso de peso (MAMELI; MAZZATINI; ZUCOTTI et al, 2016; TANY, 2018).

Além disso, como a fórmula infantil geralmente é ofertada a criança através da mamadeira, o volume de leite consumido costuma ser maior do que se a criança fosse aleitada no seio materno. Conseqüentemente ocasiona oferta energética além das necessidades diárias e dificulta a autorregulação de consumo e da percepção de fome e saciedade dos bebês (WANG et al., 2016; TANY, 2018).

O início precoce da alimentação de transição, antes do quarto mês de vida, aumenta o risco para o excesso de peso na infância. Este impacto negativo foi visualizado até mesmo entre os lactentes que não suspenderam a amamentação, e o efeito perdurou durante fase pré-escolar, escolar e adolescência (WANG et al., 2016; MANNAN, 2018; PLUYMEN et al., 2018; YU; BINNS; LEE, 2019).

Esse estudo revela ainda maior prevalência do excesso de peso em crianças do sexo masculino. Outros trabalhos encontraram resultados semelhantes e isto pode ser resultado da interação entre fatores genéticos, ambientais, comportamentais e sociais (MIULLER et al, 2014; GEBREMEDHIN, 2015; PEREIRA et al, 2017; JI et al., 2018; WELDEAREGAY et al., 2019; YARDIM et al., 2019; BEAL et al, 2020). Como por exemplo, a concepção equivocada de que os meninos têm necessidades nutricionais superiores a das meninas, provocando a introdução precoce de outros alimentos logo nos primeiros meses de vida, em detrimento ao aleitamento materno (DALCASTAGNÊI et al., 2018; SANTOS et al., 2019; JAMA et al., 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo ao investigar os elementos envolvidos com a interrupção do aleitamento materno e o excesso de peso observaram-se mudanças nos fatores associados, que podem ser o reflexo das transformações das condições de vida e saúde dessa população na última década.

Apesar disso a prevalência do aleitamento materno, independentemente do tipo, encontra-se muito aquém do recomendado pelas autoridades sanitárias nacionais e internacionais. E, o estado nutricional das crianças pernambucanas é o reflexo da transição nutricional experienciada em nosso país, com o crescente aumento do sobrepeso e obesidade, inclusive nos primeiros anos de vida, momento crucial para o crescimento adequado e melhor qualidade de vida na idade adulta.

A maior frequência do trabalho materno fora do domicílio, seja na formalidade ou informalidade, pode representar independência, empoderamento feminino e incremento na renda familiar. Contudo, essas mães acabam sobrecarregadas com a dupla jornada de trabalho, principalmente entre as de classes sociais mais baixas. É necessário o incentivo para a divisão das tarefas com os cônjuges e co-habitantes do domicílio para que as mães estejam mais tempo disponíveis para o cuidado de seus filhos.

O fato da mãe não ter sido orientada sobre o aleitamento materno exclusivo durante as consultas do pré-natal ou a compreensão da mãe de que este deve ter duração diferente de seis meses pode refletir de fragilidades nas ações de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde, nível de atenção que atende aos problemas mais prevalentes na população. E, onde são realizadas as consultas de pré-natal de risco habitual no Sistema Único de Saúde. Com o grande volume de atribuições burocráticas dos profissionais de saúde dessa esfera de atenção, como o preenchimento de fichas de acompanhamento, notificações e do próprio cartão de pré-natal, é possível que as gestantes não sejam orientadas adequadamente.

Além disso, a não realização de consulta puerperal, recomendada para ser realizada o mais precoce possível, entre o 7º e o 42º dia pós-parto, ratifica aquela fragilidade e não é uma dificuldade exclusiva no estado de Pernambuco, estudos sobre a qualidade da assistência ao nascimento evidenciam a baixa frequência da realização dessas consultas. O puerpério é um momento crucial para: a continuidade da amamentação iniciada na maternidade; correção da posição e pega

do seio materno; a orientação sobre cuidados com o recém-nascido; o cuidado com a ferida operatória, em casos de parto cesariano; e ainda ser um momento de escuta para a puérpera em um momento de maior fragilidade emocional.

Outra fragilidade, percebida na assistência ao parto, foi que 30% dos bebês não tiveram contato pele a pele na sala de parto, o que também foi associado negativamente ao aleitamento materno, indicando menor qualidade do atendimento prestado.

O uso atual ou progresso de chupeta foi avaliado apenas no inquérito mais recente e foi o fator mais fortemente associado à interrupção do aleitamento, aumentando em 40% a probabilidade de a criança desmamar precocemente. Apesar da existência de leis e normas que regulamentam a sua publicidade e comercialização é necessária a conscientização dos pais e rede de apoio sobre os prejuízos para a amamentação. E, isto poderia ocorrer tanto no nível assistencial, quanto nas mídias sociais, televisão, rádio e internet, por exemplo.

Os lactentes de maior idade foram proporcionalmente mais desmamados e tinham excesso de peso, isso pode ser o reflexo do acúmulo do efeito temporal da exposição as características mais distais. Entretanto, os mais velhos têm suas consultas de puericultura e vacinas mais espaçadas, reduzindo as oportunidades para avaliação dos dados antropométricos e alimentação. E, a interrupção do aleitamento materno, leva a introdução de outros leites e da alimentação de transição inadequada, que ocasionaria o excesso de peso mediante um cenário de consumo energético acima do recomendado.

Sugere-se para aprimoramento do instrumento de coleta de dados, a inclusão de questões acerca do aleitamento materno exclusivo entre os lactentes com idade entre 6 e 24 meses, tais como se a criança mamou exclusivo e qual o tempo total desse tipo de aleitamento. Pois, seria oportuno tanto para a avaliação da amamentação, quanto da sua influência no estado nutricional, haja vista que é uma variável bastante explorada na literatura nacional e internacional sobre os temas. Além da inclusão de variáveis que sobre a divisão das atividades domésticas e cuidados com o bebê entre os entes da família.

Devido ao recorte transversal, não foi possível afirmar a relação de causa e efeito dos fatores elencados como associados aos desfechos. Para isso outras pesquisas devem ser realizadas, com recortes longitudinais, como estudos de coorte.

As Pesquisas Estaduais de Saúde e Nutrição configuram-se como interessante dispositivo para subsidiar o planejamento e desenvolvimento de ações programáticas para o incentivo do início e continuação do aleitamento materno e que visem o acompanhamento do estado nutricional e a redução do excesso de peso. A continuidade desse tipo de inquérito populacional é de grande relevância para o conhecimento e acompanhamento dos determinantes e condicionantes da saúde dos pernambucanos ao longo dos anos.

REFERÊNCIAS

- ABDULGHANIID,N.; EDVARDSSONID,K.; LISA H. AMIR,L.H. World wide prevalence of mother-infant skin to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 13, n. 10, p. 1-19, 2018.
- ALBERDI,G.; MCNAMARA,A.E.; LINDSAY,K.L.; SCULLY,H.A.; HORAN,M.H.; GIBNEY,E.R.; MCAULIFFE,F.M. The association between childcare and risk of childhood overweight and obesity in children aged 5 years and under: a systematic review. **European Journal of Pediatric**, v.175, n.1, p.1277-1294, 2016.
- ALDANA-PARRA,F.; VEJA,G.O.; FEWTRELL,M. Associations between maternal BMI, breastfeeding practices and infant anthropometric status in Colombia; secondary analysis of ENSIN 2010. **BMC Public Health**, v.20, n.232, p.1-15, 2020.
- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.119-125, 2004.
- ALVES,A.L.N.; OLIVEIRA,M.I.C.; MORAES,J.R. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1130-1140, 2013.
- ALVES,J.S.; OLIVEIRA,M.I.C.; RITO,R.V.V.F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.4, p.1077-1088, 2018.
- AMORIM, R.J.M; COELHO, A.F.C.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C. Is Breastfeeding Protective for Blood Pressure in Schoolchildren? A Cohort Study in Northeast Brazil. **Breastfeeding Medicine**, v.9, n.3, p.149-156, 2014.
- ARAÚJO,M.F.M.; FIACO,A.; WERNER,E.F.; SCHMITZ,B.A.S. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.2, p.195-204, 2003.
- ARAÚJO,M.F.M.; REA,M.F.; PINHEIRO,K.A.; SCHMITZ,B.A.S. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.3, p.513-520, 2006.
- ARAÚJO,M.F.M.; SCHMITZ,B.A.S. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.22, n.2, p.91-99, 2007.

ARDIC,C.;USTA,O.;OMAR,E.;YILDIZ,C.; MEMIS,E. Effects of infant feeding practices and maternal characteristics on early childhood obesity. **Arch Argent Pediatr**, v.117, n.1, p.26-33, 2019.

ARMOON,B.; KARIMY,M. Epidemiology of childhood overweight, obesity and their related factors in a sample of preschool children from Central Iran. **BMC**, v.19, n.1, p.1-10, 2019.

BATISTA,C.L.C.; RIBEIRO,V.S.; NASCIMENTO,M.D.S.B.; C RODRIGUES,V.P. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, v.94, n.6, p.596-601, 2018.

BATISTA-FILHO,M.; SERVA,V.B.; ARRUDA,I.K.G.; FIGUEIROA,J.N.; LIRA,P.I.C. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.2, p.240-8, 2010.

BEAL,T.; LE,T.D.; TRINH,H.T.; BURRA,D.D.; BÉNÉ,C.; HUYNH,T.T.T.; TRUONG,M.T.; NGUYEN,S.D.; TRAN,D.T.; NGUYEN,K.T.; HOANG ,H.T.T.; HAAN,S.; JONES,A.D. child overweight or obesity is associated with modifiable and geographic factors in Vietnam: implications for program design and targeting. **Nutrients**, v.12, n.1286, p.1-15, 2020.

BELL,S.; YEW,S.S.Y.; DEVENISH,G.; HÁ,D.; DO,L.; SCOTT,J. duration of breastfeeding, but not timing of solid food, reduces the risk of overweight and obesity in children aged 24 to 36 months: findings from an australian cohort study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.15, n.599, p.1-14, 2018.

BENER, A.; EHLAYEL, M.S. Exclusive breast feeding and prevention of diarrheal diseases. A study in Qatar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.11, n.1, 2011.

BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1857-1863, 2012.

BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA,M.I.C.; BOCCOLINI, P.M.M. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. **Rev Soc Bol Ped**, v.52, n.2, p.110-116, 2013.

BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, v.89, n.2, p.131-136, 2013.

BOCCOLINI,P.M.M et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista de Saúde Pública*, v.51, n.108, p.1-9, 2017.

BRANCO,M.B.L.R.; ALVES,V.H.; RODRIGUES,D.P.; SOUZA,R.M.P.; LOPES,F.O.; MARINHO,T.F. Protection and support breastfeeding: a contribution of bank of human milk. **J. Res.: fundam. care**. Online, v.8, n.2, p. 4300-4312, 2016.

BRANDÃO,D.S.; VENÂNCIO,S.I.; GIUGLIANI,E.R.J. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. **Jornal de Pediatria**, v.91, n.2, p.143-151, 2015.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, 2010.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS/2006**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 693/2000**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília, 2000.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 193, de 23 de fevereiro de 2010**. Aprova a Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 Anvisa e Ministério da Saúde, que tem por objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 322,de 26 de maio de 1988**. Estabelece normas gerais para Bancos de Leite Humano. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução INAMPS/MS nº 18, de 25 de outubro de 1983**. Estabelece obrigatoriedade de alojamento conjunto nas maternidades próprias, contratadas e conveniadas ao INAMPS. Brasília, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde,Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta – Primeiros Passos**, Brasília, 2011.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Textos básicos de saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas**. Brasília, 1984.

BRASILb. Presidência da República. **Lei nº 11.770/2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. Brasília, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 1325 de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.421/2002**. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991. Brasília, 2002.

BRASILa. Presidência da República. **Lei nº13435 de 12 de abril de 2017**. Institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno. Brasília, 2017.

BROWN,A.; ROWAN,H. Maternal and infant factors associated with reasons for introducing solid foods. **Maternal and Child Nutrition**, v.12; n.1, p.500–515, 2016.

BUCCINI,G.; PEREZ-ESCAMILLA,R.; BENICIO,M.H.A.; GIUGLIANI,E.R.J.; VENANCIO,S.I. Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. **Plos One**, v.13, n. 12, p.1-14, 2018.

BUCCINI, G.S.; PÉREZ-ESCAMILLA,R.; PAULINO, L.M.; ARAÚJO,C.L.; VENANCIO,S.I. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. **Maternal & Child Nutrition**, v.13, n. 12384, p. 1-19, 2017.

BUCCINI,G.S.; PÉREZ-ESCAMILLA,R.; VENANCIO,S.I. Pacifier use and exclusive breastfeeding in Brazil. **Journal of Human Lactation**, v.1, n.10, p.1-10, 2015.

BUENO,L.G.S.; TERUYA,K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J. Pediatria**, v.80, n.5, p.126-130, 2004.

CAI,M.; LOY,S.L.; TAN,K.H.; GODFREY, K.M.; GLUCKMAN,P.D.; CHONG,Y.P.; SHEK, L.P.C.; CHEUNG,Y.B.; LEK,N.; LEE,Y.S.; CHAN,S.Y.; CHAN,J.K.Y.; YAP, F.; ANG, S.B. Association of elective and emergency cesarean delivery with early childhood overweight at 12 months of age. **JAMA Network Open**, v. 1, n. 7, p.1-14, 2018.

CAMINHA,M.F.C.;CRUZ,R.S.B.L.C.;ACIOLY,V.M.C.;NASCIMENTO,R.R.;AZEVEDO, P.T.A.C.C.; LIRA,P.I.C.; BATISTA-FILHO,M. Fatores de risco para a não amamentação:um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.15, n. 2, p.193-199, 2015.

CAMINHA, M.F.C.; FILHO-BATISTA, M.; SERVA,V.B.; ARRUDA, I.K.G.; FIGUEIROA, J.N.; LIRA, P.I.C. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.2, p.240-248, 2010.

CARVALHO,C.A.; FONSECA,P.C.A.; NOBRE,L.N.; SILVA,M.A.; PESSOA,M.C.; RIBEIRO,A.Q.; PRIORE,S.E.; FRANCESCINI,S. Fatores associados aos padrões alimentares no segundo semestre de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p.449-459, 2020.

CARVALHO,C.A.;FONSÊCA,P.C.A.;NOBRE,L.N.;SILVA,M.A.;PESSOA,M.C.; RIBEIRO,A.Q.; PRIORE,S.E.; FRANCESCINI,S.C.C. Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento.**Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.11, p.3699-3709, 2017.

CARVALHO,K.E.G; CARVALHO,M.E.G.; CAVALCANTI,S.H.; ARAUJO,E.C. História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) em Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, n.4, p.477-481, 2010.

CARVALHO,T.B.; FERREIRA,H.C.; SANTOS, L.R.O. Educação para o parto na atenção primária: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v.9, n 4, p.1-21, 2020.

CASTETBON,K.; BOUDET-BERQUIER,J.; SALANAVE,B. Combining breastfeeding and work: findings from the Epifane population-based birth cohort. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.20, n.10, p.1-10, 2020.

CATO,K.; SYLVEN,S.M.; LINDBACK, J.; SKALKIDOU,A.; RUBERTSSON,C. Risk factors for exclusive breastfeeding lasting less than womonths—Identifying women in need of targeted breastfeeding support. **PLoS ONE**, v.12, n.6, p.1-13, 2017.

CHANG,P.; LI,S.; YANG,H.; WANG,L.; WENG,C.; CHEN,K.; CHEN,W.; FAN,S. Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. **International Breastfeeding Journal**, v.14, n.18, p.1-7, 2019.

CHEHAB,R.F.; NASREDDINE,L.; ZGHEIB,R.; FORMAN,M.R. Exclusive breastfeeding during the 40-day rest period and at six months in Lebanon: a cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v.15, n.45, p.1-10, 2020.

CHEN,J.; XIN,T.; GAOSHAN,J.; LI,Q.; ZOU,K.; TAN,S.; CHENG,Y.; LIU,Y.; CHEN,J.; WANG,H.; UM,Y.; JIANG,L.; TANG,K.The association between work related factors and breastfeeding practices among Chinese workingmothers: a mixed-method approach. **International Breastfeeding Journal**, v.14, n.28, p.1-13, 2019.

CHHETRI,S.; RAO,A.P.; GUDDATTU,V. Factors affecting exclusive breastfeeding (EBF) among working mothers in Udupaluk, Karnataka. **Clinical Epidemiology and Global Health**, v.6, n.1, p.216-219, 2018.

COLOMBO,L.; CRIPPA,B.L.; CONSONNI,D.; BETTINELLI,M.E.; AGOSTI,V.; MANGINO,G.; BEZZE,E.N.; MAURI,P.A.;ZANOTTA,L.; ROGGERO,P.; PLEVANI,L.; BERTOLI,D.; GIANNÌ,M.L.; FABIO MOSCA,F. Breastfeeding determinants in healthy term newborns. **Nutrients**, v.10, n.48, p.1-10, 2018.

CONTARATO,A.A.P.F.;ROCHA,E.D.M.;CZARNOBAY,S.A.;MASTROENI,S.S.BEUG ELMERS,P.J.; MASTROENI,M.F. Independent effect of type of breastfeeding on overweight and obesity in children aged 12-24 months. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, n.12, p.1-10, 2016.

COUTINHO,S.B.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C.; ASWORTH, A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **Lancet**, v. 366, p. 1094-1100, 2005.

COUTINHO, S.B.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C.; FRIAS, P.G.; EICKMANN, S.H.; ASHWORTH, A. **Public Health Nutrition**, v. 17, n.4, p. 948-955, 2013.

COUTO, G.R.; DIAS,V.; OLIVEIRA,I.J. Benefits of exclusive breastfeeding: An integrative review. **Nursing Practice Today**, v.7, n.4, p.1-10, 2020.

COZMA-PETRUT,A.; BADIU-TISA,I.; STANCIU, O.; FILIP,L.; BANC,R.; GAVRILAS,L.; CIOBÂRCĂ, D.; HEGHE,S.C.; MIERE,D. Determinants of early initiation of breastfeeding among mothers of children aged less than 24 months in northwestern Romania. **Nutrients**, v.11, n.2988, p.1-13, 2019.

DADALTO, E.C.V.; ROSA,E.M. Aspectos culturais para a oferta da chupeta às crianças. **Journal of Human Growth and Development**, v.23, n.2, p.231-23, 2013.

DAGHER,R.K.;MCGOVERN,P.M.; SCHOLD,J.D.; RANDALL,X.J. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.16, n. 194, p. 1-11, 2016.

DALCASTAGNÊI,S.V.; GIUGLIANI,E.R.J.; NUNES,L.N; HAUSER,L.; GIUGLIANI,C. Practice of exclusive breastfeeding and its associated factors in a suburban area in Angola: a cross-sectional study. **São Paulo Med. J.**, v.136, n.6, p.533-42, 2018.

DANTAS,R.R.; SILVA,G.A.P.Papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v.37, n.3, p.363-371, 2019.

DATAR,A.; NICOSIA,N.; SHIER,V. Maternal work and children's diet, activity, and obesity. **Social Science e Medicine**, v.107, n.4, p.196-204, 2014.

DEDE,K.S.; BRAS,H. Exclusive breastfeeding patterns in Tanzania: Do individual, household, or community factor matter?. **International Breastfeeding Journal**, v.15, n.32, p.1-11, 2020.

DHAREL, D.; , DHUNGANA,R.; BASNET,S.; GAUTAM,S.; DHUNGANA,A. DUDANI,R.; BHATTARAI,A. Breastfeeding practices within the first six months of age in mid-western and eastern regions of Nepal: a health facility-based cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.20, n.59, p.1-9, 2020.

DİKMEN,A.U; ÜNLÜ,H.K.; ÖZCEBE,L.H. Evaluation of being overweight/obese and related sociodemographic factors in 0-5 year age group in Turkey: Turkey Demographic Health Survey 2013 advanced analysis. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v.49, n.1, p.879-887, 2019.

ELLSWORTH,L.; PERNG,W.; HARMAN, E.; DA,A.; PENNATHUR,S.; GREGG,B. Impact of maternal overweight and obesity on milk composition and infant growth. **Matern Child Nutr**, 2020, e12979.

ERBAYDAR,N.P.; ERBAYDAR,T. Relationship between caesarean section and breastfeeding: evidence from the 2013 Turkey demographic and health survey. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.20, n.55, p.1-9, 2020.

FERREIRA,N.A.E.S.; SOUZA,M.C.M.R. O método mãe-canguru como instrumento de promoção do aleitamento materno exclusivo. **NBC - Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, v.1, n.1, p.1-8, 2011.

FIGUEIREDO,M.C.D.; BUENO,M.P.; RIBEIRO,C.C.; LIMA,P.A.; SILVA,I.T. Banco de leite humano: o apoio à amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.2, p.204-210, 2015.

FIGUEREDO,S.F. MATTAR,M.J.G; ABRÃO,A.C.F.V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.3, p.459-463, 2012.

FLORES,L.C.; VILLARREAL,E.R.; RANGEL,B.P.; GALICIA,L.R.; VARGAS,E.D.; MARTINEZ,L.G. Factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en lactantes. **Revista Chilena de Nutrição**, v.42, n.2, p.1-6, 2015.

FLORES,T.R.; NUNES,B.P; NEVES,R.G; WENDT,A.T.; COSTA,C.S.; WEHRMEISTER,F.C.; BERTOLDI,A.D. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.11, p.1-15, 2017.

FINNIE,S.; PERÉZ-ESCAMILLA,R; BUCCINI,G. Determinants of early breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding in Colombia. **Public Health Nutrition**, v.23, n.3, p.496–505, 2019.

FONSECA, A.L.M.;ALBERNAZ,E.P.; KAUFMANN,C.C.; NEVES,I.H.; FIGUEIREDO, V.L.M. Impact of breastfeeding on the intelligence quotient of eight-year-old children. **Jornal de Pediatria**, v.89, n.4, p.346-353.

FRANCO-ANTONIO,C.; CALDERÓN-GARCÍA,J.F.; ESPERANZA SANTANO-MOGENA,E.; RICO-MARTÍN,S.; CORDOVILLA-GUARDIAN,S. Effectiveness of a brief motivational intervention to increase the breastfeeding duration in the first 6 months postpartum: randomized controlled trial. **J AdvNurs.**, v. 76, n. 1, p. 888–902, 2020.

GASPARIN,V.A.Fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no pós-parto tardio. **Rev Gaúcha Enferm**, v.41, e20190060, 2020.

GÉA-HORTA,T.; FELISBINO-MENDES,M.S.; ORTIZ,R.J.; VELASQUEZ-MELENDZ,G. Association between maternal socioeconomic factors and nutritional outcomes in children under 5 years of age. **Jornal de Pediatria**, v.92, n.4, p.574-580, 2016.

GEBREMEDHIN,S. Prevalence and differentials of overweight and obesity in preschool children in SubSaharan Africa. **BMJ Open**, v. 5, n. 1, p. 1-7, 2015.

GEIB, L.T.C.; FRÉU, C.M.; BRANDÃO, M.; NUNES, M.L. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.363-370, 2010.

GIUGLIANI,E.R.J.; NUNES,L.M.; ISSLER,R.M.S.; SANTO,L.C.E.; OLIVEIRA,L.D. Involvement of maternal grandmother and teenage mother in intervention to reduce pacifier use: a randomized clinical trial. **Jornal de Pediatria**, v.95, n.2, p.166-172, 2019.

GOMES,A.T.; NOVAES,T.G.; SILVEIRA,K.G.; SOUZA,C.L.; LAMOUNIER,J.A.; NETTO,M.P.; CAPANEMA,F.D.; ROCHA,D.S. Excesso de peso e fatores associados em pré-escolares do sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.17, n.2, p.375-383, 2017.

GONÇALVES,H.; BARROS,F.C.; BUFFARINI,R.; HORTA,B.L.; MENEZES,A.M.B.; BARROS,A.J.D.; DOMINGUES,M.R.; VICTORIA,C.G. Infant nutrition and growth: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. **International Journal of Epidemiology**, v.48, supl.1, p.80-88, 2019.

GONZÁLEZ,M.D.R.;MARRÓN,H.O.;CANEDOARGÜELLES,C.A.;OLCINA,M.J.E.; RICO,O.C.; CLARAMONTE,M.T.; GAVÍN,M.O. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva em la Comunidad de Madrid entre los participantes em el estudio ELOIN. **Anales de Pediatria**, v.89, n.1, p.32-43, 2018.

GUSMÃO, A.M.; BÉRIA, J.U.; GIGANTE, L.P.; LEAL,A.F; SCHERMANN,L.B. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3357-3368, 2013.

HAGOS,D.; TADESSE,A.W. Prevalence and factors associated with exclusive

breastfeeding among rural mothers of infants less than six months of age in Southern Nations, Nationalities, Peoples (SNNP) and Tigray regions, Ethiopia: a cross-sectional study. **International Breast feeding Journal**, v.15, n.25, p.1-8, 2020.

HENDAUS, M.; ALHAMMADI, A.H.; KHAN, S.; OSMAN, S.; HAMAD, A. Breastfeeding rates and barriers: a report from the state of Qatar. **International Journal of Women's Health**, v.10, n.1, p.467-475, 2018.

HORTA, B.L. Breastfeeding: Investing in the Future. **Breastfeeding Medicine**, v.14, sup.1, p.1-3, 2019.

HUANG, J.; ZHANG, Z.; WU, Y.; WANG, Y.; WANG, J.; ZHOU, L.; NI, Z.; HAO, L.; YANG, N.; YANG, X. Early feeding of larger volumes of formula milk is associated with greater body weight or overweight in later infancy. **Nutrition Journal**, v.17, n.4, p.1-9, 2018.

IGUACEL, I. et al. Feeding patterns and growth trajectories in breast-fed and formula-fed infants during the introduction of complementary food. **Nutricion Hospitalaria**, v.36, n.4, p.777-785, 2019.

ISERHARD, A.R.M.; NEVES, E.T.; BUDO, M.L.D.; BADKE, M.R. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Ver. Esc. Enf. Anna Nery**, v.13, n.1, p.116-122, 2009.

ISGANAITIS, E.; VENDITTI, S.; MATTHEWS, T.J.; LERIN, C.; DEMERATH, E.W.; DAVID A FIELDS, D.A. Maternal obesity and the human milk metabolome: associations with infant body composition and postnatal weight gain. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v.110, n.1, p.111-120, 2019.

JAAFAR, S.H.; HO, J.J.; JAHANFAR, S.; ANGOLKAR, M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.8, p. 1-25, 2016.

JAMA, A.; GEBREYESU, H.; WUBAYEHU, T.; GEBREGYORGIS, T.; TEWELDEMEDHIN, M.; BERHE, T.; BERHE, N. Exclusive breastfeeding for the first six months of life and its associated factors among children age 6-24 months in Burao district, Somaliland. **International Breastfeeding Journal**, v.15, n.5, p.1-8, 2020.

JI, M.; TANG, A.; ZHANG, Y.; ZOU, J.; ZHOU, G.; DENG, J.; YANG, L.; LI, M.; CHEN, J.; QIN, H.; LIN, Q. The relationship between obesity, sleep and physical activity in chinese preschool children. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.15, n.1, p.1-10 2018.

JOSEY, M.J., MCCULLOUGH, L.E., HOYO, C.; WILLIAMS-DEVANE, C. Overall gestational weight gain mediates the relationship between maternal and child obesity. **BMC Public Health**, v.19, n.1, p.1-9, 2019.

KARIMI,F.Z.; MIRI,H.H.; KHADIVZADEH,T.; MALEKI-SAGHOONI,N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding:a systematic review and meta-analysis. **J Turk Ger Gynecol Assoc**, v.21, n.1, p.46-56, 2020.

KEBEDE,T.; WOLDEMICHAEL,K.; JARSO,H.; BEKELE,B.B. Exclusive breast feeding cessation and associated factors among employed mothers in Dukemtown, Central Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**, v.15, n.6, p.1-10, 2020.

LAMBERTI, L.M.; WALKER, C.L.F.; NOIMAN, A.; VICTORA, C.; BLACK, R.E. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. **BMC Public Health**, v.11, sup.3, 2011.

LANDE,M.S.; NEDBERG,I.H.; ANDA,E.E. Factors associated with exclusive breastfeeding at hospital discharge: a study using data from the Georgian Birth Registry. **International Breastfeeding Journal**, v.15, n.39, p.1-10, 2020.

LAUER,E.A.; ARMENTI,K.; HENNING,K.; SIROIS,L. Identifying barriers and supports to breastfeeding in the work place experienced by mothers in the new hampshire special supplemental nutrition program for women, infants, and children utilizing the total worker health framework. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.16, n.529, p.1-18, 2019.

LEONE,C.R.; SADECK,L.S.R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v.30, n.1, p.21-6, 2012.

LI,M.; SLOBODA,D.M.; VICKERS,M.H. Maternal obesity and developmental programming of metabolic disorders in offspring: Evidence from animal models. **Experimental Diabetes Research**, 592408, 2011.

LING,H.T.; SUM,F.H.K.M.; ZHANG,L.; YEUNG,C.P.W.; LI,K.Y.; WONG,H.M.;YANG,Y. The association between nutritive, non nutritive sucking habits and primary dental occlusion.**BMC Oral Health**, v.18, n.145, p.1-10, 2018.

LIU,H.; WU,C.; YANG,Y.; WU,P.; HE,Z.; YANG,S.; TEY,S. Association between maternal pre-delivery body mass index and offspring overweight/obesity at 1 and 2 years of age among residents of a suburb in Taiwan. **Peer J.**, sup.10.7717, 2019.

LIU,J.; BOGHOSSIAN,N.S.; FRONGILLO,E.A.; CAI,B.; HAZLETT,L.J.; LIN,J. Associations of maternal gestational weight gain with the risk of offspring obesity and body mass index Z scores beyond the mean. **Annals of Epidemiology**, v.32, n.2, p.64-71, 2019.

LIVRAMENTO, D.V.P.; BACKES,M.T.S.; DAMIANI,P.R.; CASTILLO,L.D.R.; BACKES,D.S.; SIMÃO,M.A.S. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, n.1, p.1-12, 2019.

LOGAN,C.; ZITTEL,T.; STRIEBEL,S.; REISTER,F.; BRENNER,H.; ROTHENBACHER,D.; GENUNEIT,J. Changing societal and lifestyle factors and breastfeeding patterns over time. **Pediatrics**, v.137, n. 5, p.1-12, 2016.

LOK,K.Y.W.; DOROTHY LI BAI,D.L.; TARRANT,M. Predictors of breastfeeding initiation in Hong Kong and Mainland China bornmothers. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.15, n.286, p.1-10, 2015.

LOPES, C.R.C.; BEREZIN, E.N. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.6, p.1030-1034, 2009.

LOURENÇO,A.S.N.; NERIA,D.A.; Konstantynera, T.; PALMA,D.; OLIVEIRA,F.L.C. Fatores associados ao ganho de peso rápido em pré-escolares frequentadores de creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**,v.36, n.3, p.292-300, 2018.

LUMBIGANON,P.; MARTIS,R.; LAOPAIBOON,M.; FESTIN,M.R.; HO,J.J.; HAKIMI,M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews** v.12, p.1-82, 2016.

LYELLU, H.Y.; HUSSEIN,T.H.; WANDEL,M.; STRAY-PEDERSEN,B.; GONGO,M.; SUYA,S.E. Prevalence and factors associated with early initiation of breastfeeding among women in Moshi municipal, northern Tanzania. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.20, n.285, p.1-10, 2020.

MA,J. et al. Breastfeeding and childhood obesity: A 12-country study. **Maternal Child Nutrition**, v.16, e12984, 2020.

MACÊDO, R.C. et al. Associação entre aleitamento materno e excesso de peso em pré-escolares. **Acta Paul Enferm.**, eAPE20190025, 2020.

MACEDO, S.E.C.; MENEZES, A.M.B.; ALBERNAZ, E.; POST, P.; KNORST, M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, p.351-358, 2007.

MACHADO,M.M.C.; ASSIS,K.F.; OLIVEIRA,F.C.C.; RIBEIRO,A.Q.; ARAUJO,R.M.A.; CURY,A.F.; PRIORE,S.E.; FRANCESCINI,S.C.C. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista de Saúde Pública*, v.48, n.6, p.985-994, 2014.

MAIA,P.R.S.; ALMEIDA,J.A.G.; NOVAK,F.R.; SILVA,D.A. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.6, n.3, p.285-292, 2006.

MALLICK,L.; BENEDICT,R.K.; WANG,W. Facility readiness and counseling during antenatal care and the relationship with early breastfeeding in Haiti and Malawi. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.20, n.325, p.1-15, 2020.

MAMELI,C.; MAZZANTINI,S.; ZUCCOTTI,G.V.Nutrition in the First 1000 Days: The origin of childhood obesity. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.13, n.838, p.1-9, 2016.

MANGRIO,E.; PERSSON,K.; BRAMHAGEN,A. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. **Scandinavian Journal of Caring Science**, v.31, n.1, p.451–465, 2018.

MANNAN,H. Early infant feeding of formula or solid foods and risk of childhood overweight or obesity in a socioeconomically disadvantaged region of Australia: a longitudinal cohort analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.15, n.1685, p.1-11, 2018.

MARKOWSKA,M.;PRZYCHODNI,A.M.; NOWAK-STARZ,G.; CIEŚLA,E. The frequency of overweight and obesity occurrence among Polish children (age 6–7 years) in relation to the place of residence, the education level of parents and the number children in the family. **Anthropological Review**, v.80, n.4, p.381-392, 2017.

MAROJA,M.C.S.; SILVA,A.T.M.C.; CARVALHO,A.T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma análise a partir das concepções de profissionais quanto às suas práticas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.32, n.1, p.3-9, 2014.

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.

MASUKUME,G.; KHASHAN,A.S.; MORTON,S.M.B.; BAKER,P.N.; KENNY,L.C.; MCCARTHY,F.P. Caesarean section delivery and childhood obesity in a British longitudinal cohort study. **PLoS ONE**, v.14, n.10, p.1-13, 2019.

MCFADDEN,A.; SIEBELT,L.; MARSHALL,J.L.; GAVINE, A.; LISA-CHRISTINE GIRARD,L.C.;SYMON,A.; MACGILLIVRAY,S. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. **International Breastfeeding Journal**, v.14, n.42, p.1-19, 2019.

MEKURIAL,G.; EDRIS,M. Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Debre Markos, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v.10, n. 1, p.1-7, 2015.

MENDES,M.LM. et al.a.. A influência da reprodução cultural sobre o hábito de sucção de chupeta. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.7, n.13, p.89-116, 2019.

MENDES,S.C. et al.b. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.5, p1821-29, 2019.

MEYER,S.C.. Maternal employment and childhood overweight in Germany. **Economics and Human Biology**, v.23, n.1, p.84-102, 2016.

MIRAHMADIZADEH,A.; MORADI,F.; ZAHMATKESH,S.;ABASI,A.; SALARI,A.; L HASSANIPOUR,S.; MOKHTARI,A.M. Evaluation of breastfeeding patterns in the first

24 h of life and associated factors in south of Iran: A cross-sectional study. **Clinical Epidemiology and Global Health**, v.8, p.33-37, 2020.

MONTEIRO,J.C.S.; NAKANO,A.M.S.; GOMES,F.A. O Aleitamento Materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Invest. Educ. Enferm.**, v.29, n.2, p.315-321, 2011.

MORAES,B.A.; GONÇALVES,A.C.; STRADA,J.K.R.; GOUVEIA,H.G. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, p.1-10, 2016.

MOREIRA,M.A.; CABRAL, P.C.; FERREIRA,H.S.; LIRA,P.I.C. Prevalence and factors associated with overweight and obesity in children under five in Alagoas, Northeast of Brazil; a population-based study. **Nutricion Hospitalaria**, v.29, n.6, p.1320-1326, 2014.

MOSQUERA,P.S.; LOURENÇO,B.H.; GIMENO,S.G.A.; MALTA,M.B.; CASTRO,M.C.; CARDOSO,M.A. Factors affecting exclusive breastfeeding in the first month of life among Amazonian children. **PLoS ONE**, v.14, n.7, p.1-12, 2019

MOTA, T.T.A.G.; CAMINHA, M.F.C.; FIGUEIROA,J.N.; LIRA, P.I.C.; BATISTA FILHO,M. Influência do aleitamento materno na hospitalização de menores de dois anos no estado de Pernambuco, Brasil, em 1997 e 2006. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p.2347-2358, 2015.

MUELBERT,M.; GIUGLIANI,E.R.J. Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12, and 24 months in adolescent mothers. **BMC Public Health**, v.18, n.675, p.1-11, 2018.

MÜLLER,R.M.; TOMASI,E.; FACCHINI,L.A.;PICCINI,R.X.; SILVEIRA,D.S.; SIQUEIRA,F.V.; THUMÉ,E.; SILVA,S.M.; DILÉLIO,A.S.. Excesso de peso e fatores associados em menores de cinco anos em populações urbanas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.3, p.285-296, 2014.

NABOWER,A.M.; LYDEN,E.R.; RODRIGUEZ,F.J.;DELAIR,S.F. Breastfeeding practices in Masaya, Nicaragua: a facility based cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v.15, n.21, p.1-10, 2020.

NARDI,A.L.; FRANKENBERG,A.D.; FRANZOSI,O.S.; ESPÍRITO SANTO,L.C. Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.4, p.1445-1462, 2020.

NASSER,A.; OMER,F.; AL-LENQAWI, F.; AL-AWWA,R.; KHAN,T.; EL-HENEIDY,A.; KURDI,R.; AND AL-JAYYOUS,G. Predictors of continued breastfeeding at one year among women attending primary healthcare centers in Qatar: a cross-sectional study. **Nutrients**, v.10, n.983, p.1-15, 2018.

NIE,P.; SOUZA-POZA,A. Maternal employment and childhood obesity in China: evidence from the China Health and Nutrition Survey. **Applied economics**, v.46, n.20, p.2418-2428, 2014.

NIGATU, D.; AZAGE, M.; MOTBAINOR, A. Effect of exclusive breastfeeding cessation time on childhood morbidity and adverse nutritional outcomes in Ethiopia: Analysis of the demographic and health surveys. **PLoS ONE**, v. 14, n.10, p.1-10, 2019.

NOGUEIRA, Z.D.; BOA-SORTE, N.; LEITE, M.E.Q.; KIYA, M.M.; AMORIM, T.; FONSECA, S.F. Aleitamento materno e perfil antropométrico de crianças com doença falciforme acompanhadas em serviço de referência em triagem neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**, v.33, n.2, p.154-159, 2015.

ODDO,V.M.; BLEICH,S.N.; POLLACK,K.M.; SURKAN,P.J.; MUELLER,N.T.; JONES-SMITH,J.C. The weight of work: the association between maternal employment and overweight in low- and middle-income countries. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.14, n.66, p.1-10, 2017.

ODDO,V.M.; MUELLER,N.T.; POLLACK,K.M.; SURKAN,P.J.; BLEICH,S.N.; JONES-SMITH,J.C. Maternal employment and childhood overweight in low-and middle-income countries. **Public Health Nutrition**, v.20, n.14, p.2523–2536, 2017.

OLIVEIRA,C.S.; IOCCA,F.A.; CARRIJO,M.L.R.; GARCIA,R.A.T.M. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.26, n.1, p.16-23, 2015.

OLIVEIRA, M.G.O.A.; LIRA, P.I.C.; BATISTA-FILHO,M.; LIMA,M.C. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.1, p.178-189, 2013.

OLUFUNLAYO,T.F.; ROBERTS,A.A.; MACARTHUR,C.; THOMAS,N.; ODEYEMI,K.A.; PRICE,M.; JOLLY,K. Improving exclusive breastfeeding in low and middle-income countries: A systematic review. **Maternal Child Nutrition**, v.15, n.1, p.1-26, 2019.

OMS. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel essencial dos serviços materno-infantis**/Organização Mundial da Saúde. Genebra, 1989.

OMS. **Declaração de Innocenti**/ Organização Mundial da Saúde. Florença, 1990.

PAGE,K.A.; LUO,S.; WANG,X.; CHOW,T.; ALVES,J.; BUCHAMAN,T.A.; XIANG,A.H. Children exposed to maternal obesity or gestational diabetes mellitus during early fetal development have hypothalamic alterations that predict future weight gain. **Diabetes Care**, v.42, n.8, p.1473-1480, 2019.

PANDEY,S.; RAI,S.; PAUDEL,N.; SHRESTHA,A.; GAUTAM,S. Parental child feeding practices and their relationship with children's dietary intake and weight status in Nepal. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v.12, n.2, p.325-333, 2019.

PASSANHA,A.; BENÍCIO,M.H.D; VENÂNCIO,S.I; REIS,M.C.G. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1141-1148, 2013.

PATTISON,K.L.; KRASCHNEWSKI,J.L.; LEHMAN,E.; SAVAGE,J.S.; DOWNS,D.S.; LEONARD,K.S.; ELIZABETH L. ADAMS,E.L.; PAUL,I.M.; KJERULFF,K.H. Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the first baby study. **Preventive Medicine**, v.118, n.1, p.1-6, 2019.

PEREIRA,F.P.; ALFENAS,R.C.; ARAÚJO,R.M.A. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. **Jornal de Pediatria**, v.90, n.1, p.7-15,2014.

PEREIRA,I.F.S.; ANDRADE, L.M.B.; SPYRIDES,M.H.C.;LYRA,C.O. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.10, p.3341-3352, 2017.

PEREIRA-SANTOS,M.; SANTANA,M.S.; OLIVEIRA,D.S.; NEPOMUCENO-FILHO,R.A.; LISBOA,C.S.; ALMEIDA,L.M.R.; GOMES,D.R.; QUEIROZ,V.A.O.; DEMETRIO,F.; OLIVEIRA,A.M. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, n.1, p.69-78, 2017.

PEREIRA,T.A.M et al. Exclusive breastfeeding and underweight in children under six months old monitored in Primary Health Care in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v.39, e2019293, 2021.

PERNAMBUCO, Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria de Saúde. **Crianças e Adolescentes de Pernambuco: Saúde, educação e trabalho**. Recife, 2002, 153p.

PEVEN,K.; PURSSELL,E.; TAYLOR,C.; BICK,D.; LOPEZ,V.K. Breastfeeding support in low and middle-income countries: Secondary analysis of national survey data. **Midwifery**, v.82, n.1, p.1-9, 2020.

PLUYMEN,L.P.M.; WIJGA,A.H.; GEHRING,U.; KOPPELMAN,G.H.; SMIT,H.A.; ROSSEM,L. Early introduction of complementary foods and childhood overweight in breastfed and formula-fed infants in the Netherlands: the PIAMA birth cohort study. **European Journal of Nutrition**, v.57, n.12, p.1985-1993, 2018.

PUHARIC,D.; MALICKI,.M.; BOROVARAC,J.A.; SPARAC,V.; POLJAK,B.; ARAIC,N.; MARINOVIC,N.; LUETIC,N.; ZAKARIJA-GRKOVIC,I. The effect of a combined intervention on exclusive breastfeeding in primiparas: a randomised controlled trial. **Maternal and Child Nutrition**, e.12948, p.1-12, 2020.

QUEIROZ,M.V.O.; MENEZES,G.M.D.; SILVA,T.J.P.; BRASIL, E.G.M; SILVA,R,M. Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.1, p.1-9, 2016.

RAGUSA,R.; GIORGIANNI,G.; MARRANZANO,M.; CACCIOLA,S.; LA ROSA,V.L.; GIARRATANA,A.; ALTADONNA,V.; GUARDABASSO,V. Breastfeeding in hospitals: factors influencing maternal choice in Italy. **Int. J. Environ. Res. Public Health** , v.17, n.1, p.1-14, 2020.

RAMOS,C.V.; DUMITH,S.C.; CÉSAR,J.A. Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. **Jornal de Pediatria**, v.91, n.2, p.175-182, 2015.

RANA,M.M.; ISLAM, M.R.; KARIM, M.R.; ISLAM, A. Z.; HAQUE, M.A.; SHAHIDUZZAMAN, M.; HOSSAIN,G. Knowledge and practices of exclusive breastfeeding among mothers in rural areas of Rajshahi district in Bangladesh: A community clinic based study. **PLoS ONE**, v.15, n.5, p.1-11, 2020.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, supl.1, p.37-45, 2003.

RIEDLOVÁ,J. et al. The Low Prevalence of Overweight and Obesity in Czech Breastfed Infants and Young Children:An Anthropological Survey. **International Journal of Environmental Research Public Health**, v.16, n.21. e4198, 2019.

RIMES,K.A.; OLIVEIRA,M.I.C.; BOCCOLINI,C.S. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v.53, n.10, p.1-12, 2019.

RITO, A.S. et al. Association between characteristics at birth,breastfeeding and obesity in 22 countries: the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017. **Obes Facts**, v.12, n.1, p.226-243,2019.

RIUS,J.M.; ORTUNO,J.; RIVAS,C.; MARAVALL,M.; CALZADO,M.A.; LOPEZ,A.; AGUAR,M.; VENTO,M. Factores asociados al abandono precoz de lactancia materna en una región del este de España. **An Pediatr (Barc)**, v.80, n.1, p.6-15, 2014.

ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influencia no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.1, p.22-27, 2014.

ROCHA,I.S.; LOLLI,L.F.; FUJIMAKI,M.; GASPARETTO,A.; ROCHA,N.B. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.11, p.3609-19, 2018.

ROCHA,S.G.M.O.; ROCHA,H.A.L.; LEITE,A.J.M.; MACHADO,M.M.T.; LINDSAY,A.C.; CAMPOS,J.S.; CUNHA,A.J.L.A.; SILVA,A.C.; CORREIA,L.L. Environmental, socioeconomic, maternal,and

breastfeeding factors associated with childhood overweight and obesity in Ceará, Brazil: a population-based study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, p.17, n. 1557, p.1-11, 2020.

ROSA,D.P.; BONOW,M.L.M.; GOETTEMES, M.L.; DEMARCO,F.F; SANTOS,I.S.; MATIJASEVICH,A.B.; BARROS,A,J.; PERES,K.G. The influence of breastfeeding and pacifier use on the association between preterm birth and primary-dentition malocclusion: A population-based birth cohort study. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v.157, n.6, p.754-763, 2020.

SANTACRUZ-SALAS,E.; ARANDA-RENEO,I.; SEGURA-FRAGOSO,A.;COBO-CUENCA,A.I.; LAREDO-AGUILERA,J.A.; CARMONA-TORRES,J.M. Mothers' expectations and factors influencing exclusive breastfeeding during the first 6 Months. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17, n.77, p.1-10, 2020.

SANTANA,G.S.; GIUGLIANI,E.R.J.; VIEIRA,T.O.; VIEIRA,G.O.Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v.94, n.2, p.104-122, 2018.

SANTOS,D.R.L.; LIRA,P.I.C; SILVA,G.A.P. Excess weight in preschool children: The role of food intake. **Revista de Nutrição**, v.30, n.1, p.45-56, 2017.

SANTOS,E.M.; SILVA,L.S.; RODRIGUES,B.F.S.; AMORIM,T.M.A.X.; SILVA,C.S.; BORBA,J.M.C.; TAVARES,F.C.L.P. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. **Ciência& Saúde Coletiva**, v.24, n.3, p1211-22, 2019.

SANTOS, F.S.; SANTOS, F.C.S.; SANTOS, L.H.; LEITE, A.M.; MELLO, D.F. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. **Einstein online**, 2015.

SANTOS,I.S.; BARROS,F.C.; HORTA,B.L.; MENEZES,A.M.B.; BASSANI,D.; TOVO-RODRIGUES,L.; LIMA,N.P.; CESAR G VICTORA,C.G. Breastfeeding exclusivity and duration: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. **International Journal of Epidemiology**, v.48, supl.1, p.72-79, 2019.

SARI,Y.Lackof Exclusive Breastfeeding among working mothers in Indonesia. **Kesmas: National Public Health Journal**, v.11, n.2, p.61-68, 2016.

SATO,R.; FUJIWARA,T.; KINO,S.; KAWACHI,I.The association between father involvement in caregiving and early childhood overweight or obesity. **Pediatric Obesity**,v.15, n.9, p.1-10 2020.

SCAGLIONI,S.; COSMI,V.; CIAPPOLINO ,V.; PARAZZINI,F.; BRAMBILLA,P.; AGOSTONI,C. Factors influencing children's eating behaviours. **Nutrients**, v.10, n.706, p.1-16, 2018.

SCHMID,K.M.; KUGLER,R.; NALABOTHU,P.; BOSCH,C.; VERNA,C.The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. **Progress in Orthodontics**, v.19, n.8, p.1-11, 2018.

SCHUCH,I.; CASTRO,T.G.; VASCONCELOS,F.A.G.; DUTRA,C.L.C.; GOLDANI,M.Z. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. **Jornal de Pediatria**, v.89, n.2, p.179-188, 2013.

SCOTT,J.; AHWONG,E; DEVENISH,G.; HA,D; DO,L. Determinants of continued breastfeeding at 12 and 24 months: results of a australian cohort study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.16, n.398, p.1-13, 2019.

SEKYIA,S.R.; LUZ,T.R. Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p.1263-1273, 2010.

SERVA,V.M.S.B.D. Semana Mundial da Amamentação: 20 anos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.11, n.3, p.213-216, 2011.

SHARMA,S.; TALUKDAR,B. Protective Effects of Exclusive Breastfeeding against Childhood Obesity: Finding Evidences from India. **Journal of Obesity and Overweight**, v.5, n.1, p.1-10, 2019.

SILVA,H.A.M.; COSTA, E.C.; SOUZA,P.H.M.; ALMEIDA,P.C. Vigilância nutricional de crianças menores de dois anos do município de redenção, ceará: a importância do diagnóstico para planejamento das políticas públicas nesse grupo etário. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.10, n.56, p.62-73, 2016.

SILVA,L.M.P.; VENANCIO,S.I.; MARCHIONI,D.M.L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v.23, n.6, p.983-992, 2010.

SILVA,V.A.A.L.; CAMINHA,M.F.C.; SILVA,S.L.; SERVA,V.M.S.B.D.; AZEVEDO,P.T.A.C.C.; BATISTA-FILHO,M. Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. **Jornal de Pediatria**, v.95, n.3, p.298-305, 2019.

SILVERS,K.M. et al. Breastfeeding protects against current asthma up to 6 years of age. **The Journal of Pediatrics**, v.160, n.6, p.991-996, 2012.

SIMS,C.; LIPSMAYER,M.; TURNER,D.; ANDRES,A. Human Milk Composition Differs by Maternal BMI in the First 9 Months Postpartum. **Current Developments in Nutrition**, v.4, n.2, p.1080-1088, 2020.

SOTERO,A.M.; CABRAL,P.C.; SILVA,G.A.P. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v.33, n.4, p.445-452, 2015.

SOUTO,D.C.; JAGER,M.E.; PEREIRA,A.S.; DIAS,A.C.G. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Ciência e Saúde**, v.7, n.1, p.35-46, 2014.

SOUZA,M.F.L.; ORTIZ,P.N.; SOARES,P.L.; VIEIRA,T.O.; VIEIRA,G.O.; SILVA,L.R. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. **Revista Paulista de Pediatria**, v.29, n.4, p.502-8, 2011.

SOUZA,S.N.D.H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina – PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.1, p.29-35, 2012.

TAKAHASHI,K.; GANCHIMEG,T.; OTA,E.; VOGEL,J.P.; SOUZA,J.P.; LAOPAIBOON,M.; CASTRO,C.P.; JAYARATNE,K.;ORTIZ-PANOZO,E.; LUMBIGANON,P.; MORI,R. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. **Scientific Reports**, v.7, n.1, p.1-10, 2017.

TANG,M. Protein intake during the first two years of life and its association with growth and risk of overweight. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.15, n.1742, p.1-8, 2018.

TCHOUBI,S.; SOBNGWI-TAMBEKOU,J.; NOUBIAP, J.J.N.; SANGBEH,S.L.; NKOUM,B.A.; SOBNGWI,E. Prevalence and risk factors of overweight and obesity among children aged 6–59 months in Cameroon: a multistage, stratified cluster sampling nationwide survey. **PLoS ONE**, v.10, n.12, p.1-16, 2015.

TIAN,Q.; GAO,X.; SHA,T.; CHEN,C.; LI, L.; HE, Q.; CHENG,G.; WU,X.; YANG,F.; YAN,Y. Effect of feeding patterns on growth and nutritional status of children aged 0-24 months: A Chinese cohort study. **PLoS ONE**, v.14, n.11, p.1-9, 2019.

TRAEBERT,E.; ZANINI, F.A.;NUNES,R.D.; TRAEBERT,J. Nutritional and non-nutritional habits and occurrence of malocclusions in the mixed dentition. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v.92, n.1, p.1-13, 2020.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – **ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020.

UNGERERL,R.L.S.; MIRANDA,A.T.C. História do alojamento conjunto. **Jornal de Pediatria**, v.75, n.1, p.1-10, 1999.

UNICEF. **Situação mundial da infância - 2012**. Brasília (DF): Escritório da Representação do UNICEF no Brasil; 2012.

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 Materno Infantil**, v.6, n.1, p.99-105, 2006.

VEILE,A.; KRAMER,K.L.Childhood body mass is positively associated with cesarean birth in Yucatec Maya subsistence farmers. **American Journal of Human Biology**, v.29, n.1, p.1-13, 2017.

VENANCIO,S.I.; MARTINS,M.C.N.; SANCHES,M.T.C.; ALMEIDA,H.; RIOS,G.S.; FRIAS,P.G. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.11, p.2261-2274, 2013.

VENANCIO,S.I.; MONTEIRO,C.A.A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1, n.1, p.40-49, 1998.

VENANCIO, S.I.; SALDIVA, S.R.D.M.; MONTEIRO, C.A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1205-1208, 2013.

VICTORA, C.G. et al. Breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**, v.330, n.8554, p.319-322, 1987.

VICTORA,C.G.et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet: Saúde no Brasil 2** [online], 2011.

VICTORA, C.G.; HORTA,B.L.; MOLA, C.L.; QUEVEDO, L.; PINHEIRO, R.T.; GIGANTE, D.P.; GONÇALVES, H.; BARROS, F.C. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health**, v.3, p. 199-205, 2015.

VIEIRA,G.O.; REIS,M.R.; VIEIRA,T.O.; OLIVEIRA,N.F.; SILVA,L.R.; GIUGLIANI,E.R. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. **Jornal de Pediatria**, v.91, n.3, p.270-7, 2015.

VIELLAS,E.F.; DOMINGUES,R.M.S.M.; DIAS,M.A.B.; GAMA,S.G.N.;THEME-FILHA,M.M.; COSTA,J.V.; BASTOS,M.H.; LEAL,M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, supl:S85-S100, 2014.

VOERMAN,E.; SANTOS,S.; PATROGOLAB,B.; AMIANO,P.; BALLESTER,F.; BARROS,H. Maternal body mass index, gestational weight gain, and the risk of overweight and obesity across childhood: An individual participant data metaanalysis. **PLoS Med**, v.16, n.2, p.1-22, 2019.

WAGNER,S.; KERSUZAN,C.; GOJARD,S.; TICHIT,C.; NICKLAUS,S.; HIERRY,X.; CHARLES,M.A.; LIORET,S.; LAUZON-GUILLAIN,B. Breastfeeding initiation and duration in France: The importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences — results from the nation wide ELFE study. **Midwifery**, v.60, n.1, p.67-75, 2019.

WANG,J.; WU,Y.; XIONG,G.; CHAO,T.; JIN, Q.; LIU, R.; HAO,L.; WEI,S.; YANG,N.; YANG,X.Introduction of complementary feeding before 4 months of age increases

the risk of childhood overweight or obesity: a metaanalysis of prospective cohort studies. **Nutrition Research**, v.36, n.7, p.759–770, 2016.

WANG,Y.; MIN,J.; KHURI,J.; LI,M. A systematic examination of the association between parental and child obesity across countries. **Adv Nutr**, v.8, n.10, p.1-13, 2017.

WELDEAREGAY,H.G.; GEBREHIWOT,T.G.; ABRHA,M.W.; MULUGETA,A. Overweight and obesity among children under five in Ethiopia: further analysis of 2016 national demographic health survey: a case control study. **BMC Resources Notes**, v.12, n.716, p.1-6, 2019.

WENZEL,D.; SOUZA,S.B. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.14, n.3, p.241-49, 2014.

WHO. World Health Organization. Dept. of Child and Adolescent Health and Development. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva, 2008.

WILLIAMS,A.S.;GE,B.; PETROSKI,G.; KRUSE,R.L.; MCELROY,J.A.; KOOPMAN,R.J. Socioeconomic Status and Other Factors Associated with Childhood Obesity. **J Am Board Fam Med.**, v. 31, n. 4, p. 514-521, 2018.

WOLDEAMANUEL,B.T. Trends and factors associated to early initiation of breastfeeding, exclusive breastfeeding and duration of breastfeeding in Ethiopia: evidence from the Ethiopia Demographic and Health Survey 2016. **International Breastfeeding Journal**, v.15, n.3, p.1-13, 2020.

WU,X.;GAO,X.; SHA,T.; ZENG,G.; SHIPING L.; LI,L.; CHENG,C.;YAN,Y. Modifiable individual factors associated with breastfeeding: a cohort study in China. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.16, n.820, p.1-12, 2020.

YARDIM,M.S.; ÖZCEBE,L.H.; ARAZ,O.M.; UNER,S.; LI,S.; UNLU,H.K.; ARSLAN,U.E.; BILIR,N.; HUANG,T.T. Prevalence of childhood obesity and related parental factors across socioeconomic strata in Ankara, Turkey. **East Mediterr Health** v.25, n.6, p.374-384, 2019.

YOUNG,J.; WANG,Q. The impact of maternal employment on children's adiposity: evidence from China's labor policy reform. **Health Economics**, v.26, n.1, p.236–255, 2017.

YU,C.; BINNS,C.W.; LEE,A.H. The early introduction of complementary (solid) foods: a prospective cohort study of infants in Chengdu, China. **Nutrients**, v.11, n.760, p.1-10, 2019.

ZARSHENAS,M.; ZHAO, Y.; SCOTT,J.A.; BINNS,C.W. Determinants of breastfeeding duration in Shiraz,

Southwest Iran. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17, n.1192, p.1-10, 2020.

ZEN,I.; SOARES,M.; PINTO,L. M. C. P. ; FERELLE,A.;PESSAN,J.P.; DEZAN-GARBELINI,C.C. Maxillary arch dimensions in the first 6 months of life and their relationship with pacifier use. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v.21, n.1, p.313-319, 2020.

ZHAO,J.; ZHAO,Y.; DU,M.; COLIN, W.; BINNS,C.W.; H. LEE,A.H. Does Caesarean section affect breastfeeding practices in China? A systematic review and meta-analysis. **Matern Child Health Journal**, v.21, n.1, p.2008-2024, 2017.

ZHOU,Y.; ZHANG,Y.; SUN,Y.; ZHANG,D. Association of Cesarean Birth with Body Mass Index Trajectories in Adolescence. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, n.1, p.1-9, 2020.

ZIELINSKA,M.A. et al.Factors Influencing the Age of Complementary Feeding—A Cross-Sectional Study from Two European Countries. **International Journal of Environmental Research Public Health**, v.16, n.20, e3799, 2019.

ZITKUTE,V.; SNIECKUVIENE,V.; ZAKAREVICIENE,J.; PESTENYTE,A.; JAKAITE,V.; RAMASAUSKAITE,D. Reasons for breastfeeding cessation in the first year after childbirth in lithuania: a prospective cohort study. **Medicina**, v.56, n.226, p.1-12, 2020.

ANEXO A - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS DA IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO

IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO – 2015 DEPTº NUTRIÇÃO/ DEPTº MATERNO INFANTIL – UFPE/ IMIP/ SES CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPq FUNDAÇÃO DE AMPARO À CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO - FACEPE						
1.	Nº do Questionário					
2.	Município _____					
3.	Setor Censitário					
4.	Situação: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural					
5.	Há quanto tempo a família vive neste município?					
	<input type="checkbox"/> menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> mais de 5 anos					
(SE A RESPOSTA FOI “1” OU “2”, SABER A PROCEDÊNCIA):						
6.	Procedência					
	<input type="checkbox"/> do mesmo município (área urbana) <input type="checkbox"/> do mesmo município (área rural) <input type="checkbox"/> de outro município (área urbana) <input type="checkbox"/> de outro município (área rural) <input type="checkbox"/> Não se aplica (a família vive no município há mais de 5 anos)					
Endereço _____						
Ponto de referência _____						
Telefone _____						
Nome do entrevistado _____						
Data da entrevista		____/____/2015				
Entrevistador		_____				
Supervisor de campo		_____				
Total de formulários F						

RECIFE / 2015

F2 - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA e S.A.

QUESTIONÁRIO

1	TOTAL DE PESSOAS:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NPES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	TIPO DE MORADIA:			TIPO	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> Apartamento					
	<input type="checkbox"/> Quarto/Cômodo					
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:			REGIME	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Própria, já paga	<input type="checkbox"/> Alugada				
	<input type="checkbox"/> Própria, em aquisição	<input type="checkbox"/> Invadida				
	<input type="checkbox"/> Cedida/favor/emprestada	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>			
4	PAREDES:			PAREDE	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Alvenaria/Tijolo	<input type="checkbox"/> Tijolo + Outros				
	<input type="checkbox"/> Taipa	<input type="checkbox"/> Madeira/Lata/plástico/papelão				
	<input type="checkbox"/> Tijolo +Taipa	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>			
5	PISO:			PISO	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Cerâmica/ Lajota/Taco	<input type="checkbox"/> Terra (barro)				
	<input type="checkbox"/> Madeira	<input type="checkbox"/> Cimento + Cerâmica				
	<input type="checkbox"/> Cimento	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="text"/>			
6	COBERTURA:			TETO	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Laje de concreto	<input type="checkbox"/> Telha de amianto (Tipo Brasilit)				
	<input type="checkbox"/> Telha de barro	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="text"/>			
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:			ÁGUA 1	<input type="text"/>	
1	<input type="checkbox"/> Com canalização interna	<input type="checkbox"/> Com canalização até o quintal	<input type="checkbox"/> Sem canalização			
7.1	FONTE DE ABASTECIMENTO:					
	<input type="checkbox"/> Rede geral	<input type="checkbox"/> Vizinho/parente		ÁGUA 2	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Poço /Nascente/Cacimba	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> Chafariz					
	<input type="checkbox"/> Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento					
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:			TRATA	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Fervida	<input type="checkbox"/> Sem tratamento				
	<input type="checkbox"/> Filtrada	<input type="checkbox"/> Mineral				
	<input type="checkbox"/> Coada	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="text"/>			
9	DESTINO DOS DEJETOS:			DEJETOS	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Rede geral	<input type="checkbox"/> Não Sabe				
	<input type="checkbox"/> Fossa com tampa					
	<input type="checkbox"/> Fossa rudimentar (sem tampa)					
	<input type="checkbox"/> Cursos d'água					
	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="text"/>				
10	DESTINO DO LIXO:			LIXO	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Coletado	<input type="checkbox"/> Queimado	<input type="checkbox"/> Caçamba			
	<input type="checkbox"/> Enterrado	<input type="checkbox"/> Terreno baldio	<input type="checkbox"/> Outro			
	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>				
11	CÔMODOS: Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Servindo de dormitório	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				CMDTOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F2 - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA e S.A.

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

	<input type="checkbox"/> 1 Sim, comprovado <input type="checkbox"/> 2 Sim, informado <input type="checkbox"/> 3 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	INSCPBF	[
<i>Se não estiver inscrita no PBF, encerrar esta parte da entrevista</i>													
31	Se sim, recebeu o benefício no último mês?												
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	RECEBEU	[
32	Quando a família começou a receber o benefício do Bolsa Família												
	Ano: _____ <input type="checkbox"/> 8888 Não recebeu <input type="checkbox"/> 9999 Não sabe	PBFQ	[[[[
33	O que fez do dinheiro recebido no último mês ? (marcar até 3 opções)												
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Ainda não recebeu</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Comprou roupas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Comprou alimentos</td> <td><input type="checkbox"/> 7 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Pagou aluguel</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Não recebeu ainda</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Pagou dívidas</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Não sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 Comprou remédios</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 6 Comprou roupas	<input type="checkbox"/> 2 Comprou alimentos	<input type="checkbox"/> 7 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 3 Pagou aluguel	<input type="checkbox"/> 8 Não recebeu ainda	<input type="checkbox"/> 4 Pagou dívidas	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<input type="checkbox"/> 5 Comprou remédios		DINHMES	[[[[
<input type="checkbox"/> 1 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 6 Comprou roupas												
<input type="checkbox"/> 2 Comprou alimentos	<input type="checkbox"/> 7 Outro: _____												
<input type="checkbox"/> 3 Pagou aluguel	<input type="checkbox"/> 8 Não recebeu ainda												
<input type="checkbox"/> 4 Pagou dívidas	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe												
<input type="checkbox"/> 5 Comprou remédios													
34	Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, o(a) Sr(a) diria que a alimentação de vocês?												
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Melhorou muito</td> <td><input type="checkbox"/> 4 Piorou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Melhorou</td> <td><input type="checkbox"/> 5 Piorou muito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Continua igual</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não recebeu ainda</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Melhorou muito	<input type="checkbox"/> 4 Piorou	<input type="checkbox"/> 2 Melhorou	<input type="checkbox"/> 5 Piorou muito	<input type="checkbox"/> 3 Continua igual	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não recebeu ainda	DINHMES1	[
<input type="checkbox"/> 1 Melhorou muito	<input type="checkbox"/> 4 Piorou												
<input type="checkbox"/> 2 Melhorou	<input type="checkbox"/> 5 Piorou muito												
<input type="checkbox"/> 3 Continua igual	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não recebeu ainda												
35	Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, o(a) Sr(a) diria que a vida de vocês?												
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Melhorou muito</td> <td><input type="checkbox"/> 4 Piorou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Melhorou</td> <td><input type="checkbox"/> 5 Piorou muito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Continua igual</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não recebeu ainda</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Melhorou muito	<input type="checkbox"/> 4 Piorou	<input type="checkbox"/> 2 Melhorou	<input type="checkbox"/> 5 Piorou muito	<input type="checkbox"/> 3 Continua igual	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não recebeu ainda	DINHMES2	[
<input type="checkbox"/> 1 Melhorou muito	<input type="checkbox"/> 4 Piorou												
<input type="checkbox"/> 2 Melhorou	<input type="checkbox"/> 5 Piorou muito												
<input type="checkbox"/> 3 Continua igual	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não recebeu ainda												

F2 - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA e S.A.

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

(Entrevistador: preencher as caselas com os números 1, 2 ou 9)

36	Quantas refeições por dia são feitas na casa? <input type="checkbox"/> Refeições principais <input type="checkbox"/> Lanches	REFEP LANCHES	<input type="checkbox"/>
37	Como a família consegue os alimentos para seu consumo? (Até 3 respostas) <input type="checkbox"/> 1 Compra <input type="checkbox"/> 3 Recebe doações <input type="checkbox"/> 2 Produção própria <input type="checkbox"/> 4 Faz troca por serviços ou outros alimentos que produz	COMOCOM	<input type="checkbox"/>
38	Aonde o(a) Sr(a) compra a maior parte dos alimentos da família? <input type="checkbox"/> 1 Supermercado <input type="checkbox"/> 5 Taberna/ bar/ bodega/ boteco <input type="checkbox"/> 2 Mercadinho <input type="checkbox"/> 6 Outro: _____ <input type="checkbox"/> 3 Quitanda/ venda <input type="checkbox"/> 8 Não se Aplica <input type="checkbox"/> 4 Feira/ mercado livre <input type="checkbox"/> 9 Não sabe dizer	COMPRAA	<input type="checkbox"/>
39	Em relação à qualidade da alimentação da sua família, o(a) Sr(a) diria que é: <input type="checkbox"/> 1 Muito boa <input type="checkbox"/> 4 Ruim <input type="checkbox"/> 2 Boa <input type="checkbox"/> 5 Muito ruim <input type="checkbox"/> 3 Regular <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/ não respondeu	QUALALM	<input type="checkbox"/>
40	5. Em sua opinião, quais tipos de alimentos faltam para que a alimentação da sua família seja melhor? Marcar até 3 opções <input type="checkbox"/> 01 Frutas <input type="checkbox"/> 07 Iogurte <input type="checkbox"/> 02 Verduras <input type="checkbox"/> 08 Leite ou queijo <input type="checkbox"/> 03 Carnes <input type="checkbox"/> 09 Biscoitos ou outros alimentos industrializados <input type="checkbox"/> 04 Feijão <input type="checkbox"/> 10 Todos <input type="checkbox"/> 05 Arroz <input type="checkbox"/> 00 Nenhum <input type="checkbox"/> 06 Macarrão <input type="checkbox"/> 99 Não sabe/ não respondeu	FALTALI1 FALTALI2 FALTALI3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

41 - ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)		SIM (1)	NAO (2)	NS/NR (9)
** O domicílio tem algum morador menor de 18 anos?		MENOR18		
1. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?	SAN1			
2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	SAN2			
3. Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	SAN3			
4. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou.	SAN4			
Se em TODAS as perguntas 1, 2, 3 e 4 estiver assinalada a quadricula correspondente ao código (2) NÃO ou (9) NS / NR, ENCERRA ESSA PARTE DA ENTREVISTA E PASSE PARA O CONSUMO.				
		SIM (1)	NAO (2)	NS/NR (9)
5. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN5			

F2 - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA e S.A.

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

6. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?	SAN6			
7. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?	SAN7			
8. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?	SAN8			
CASA SEM MENORES DE 18 ANOS, ENCERRAR ESSA PARTE DA ENTREVISTA				
9. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?	SAN9			
10. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?	SAN10			
11. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN11			
12. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	SAN12			
13. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN13			
14. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?	SAN14			

A próxima questão só deve ser respondida se o entrevistado respondeu algum SIM nas questões de 1 a 4 da EBIA.

42. Vou ler alguns motivos que as pessoas usam como explicação por não ter a quantidade ou variedade de alimentos desejada. Após ler, gostaria que o(a) Sr(a) dissesse se uma ou mais destas razões ocorre com sua família.

		(1) Sim	(2) Não	(9) Não sabe	
1	Faltou dinheiro para a comida				DINDIN
2	Faltou variedade de sua preferência no mercado/ feira/ armazém/ venda				VARIE
3	É muito difícil chegar até o mercado/ feira/ armazém/ venda				DIFIC
4	Faltou tempo para fazer compras ou cozinhar				TEMPO
5	Faltou produção de alimentos suficiente para o sustento				PRODUC
6	Estou/ estamos endividados, sem crédito				DIVID
7	Faltou água para cozinhar				AGUAC
8	Faltou gás, lenha ou álcool para cozinhar				SEMGAS
9	Problemas de saúde impediram que pudesse cozinhar ou comer				DOENTE
10	Estou/ estamos em dieta especial				DIETA
11	Outro:				OUTROM

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--	--

NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (< >):	Nº ORDEM (criança)	Nº ORDEM (mãe/responsável)
---------------------------------	--------------------	----------------------------

1 A senhora, responsável por < > é:			RESPONS
<input type="checkbox"/> 1 Mãe biológica	<input type="checkbox"/> 2 Mãe adotiva	<input type="checkbox"/> 3 Outro: _____	<input type="text"/>
2 A mãe fez pré-natal na gravidez de < >? (Se SIM, 4)			PN
<input type="checkbox"/> 1 Sim (Pular a próxima questão e continuar na 4)	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sabe (Passar para a Questão 5)	<input type="text"/>
3 Se Não fez pré-natal, por que não fez? (assinalar UMA resposta e passar para a questão 5)			PNNAO
<input type="checkbox"/> 1 Não teve problema de saúde	<input type="checkbox"/> 2 Achou desnecessário	<input type="checkbox"/> 3 Teve dificuldade de acesso ao posto	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		<input type="text"/>

(Se a entrevistada for mãe adotiva, fazer as questões 4 a 4.12 sempre se referindo à mãe biológica)

4 SE FEZ PRÉ-NATAL, em que mês da gestação iniciou o pré-natal de < >?			PNSIM
<input type="checkbox"/> Mês	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		<input type="text"/>
4.1 Recebeu o Cartão no pré-natal?			RECARD
<input type="checkbox"/> 1 Sim, visto	<input type="checkbox"/> 2 Sim, não visto	<input type="checkbox"/> 3 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra
4.2 Quantas consultas fez?			PNCONS
<input type="text"/> Consultas	<input type="checkbox"/> 99 Não sabe/não lembra		<input type="text"/>
4.3 Quantas doses da vacina antitetânica recebeu no pré-natal de < >?			PNVACIN
<input type="checkbox"/> 1 Já estava imunizada	<input type="checkbox"/> 2 1 dose	<input type="checkbox"/> 3 2 doses	<input type="checkbox"/> 4 3 doses e mais
<input type="checkbox"/> 5 1 dose reforço	<input type="checkbox"/> 6 Nenhuma : _____	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<input type="text"/>
4.4 Fez exame no pré-natal?			PNSAN
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não (passar para a questão 4.12)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe (passar para a questão 4.12)	<input type="text"/>
4.5 Se SIM, qual desses exames fez?			PNANEMIA
1. Anemia	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
2. Sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
3. Diabetes	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
4. Tipo Sanguíneo	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
5. HIV	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
6. Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
7. Hepatite	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
8. Infecção urinária	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
9. Citologia (Preventivo)	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
4.6 Durante o pré-natal:			PNPA
1. Mediram a pressão arterial?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
2. Aferiram o peso?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
3. Mediram a altura?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
4. Mediram a barriga?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
5. Ouviram o coração do bebê?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
6. Examinaram as mamas?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe
			PNPESO
			PNALTU
			PNFUNDO
			PNCORA
			PNMAMA

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

4.7	Durante o pré-natal, recebeu orientações ou participou de palestras sobre:												
1.	Cuidados com a gravidez	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	PNCUIDA	<input type="checkbox"/>				
2.	Comparecimento às consultas agendadas	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	PNCONSUL	<input type="checkbox"/>				
3.	Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	PNALIM	<input type="checkbox"/>				
4.	Efeitos do fumo e bebida na gravidez	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	PNFUBEBE	<input type="checkbox"/>				
5.	Aleitamento materno	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	PNALEI	<input type="checkbox"/>				
6.	Estímulo ao parto Normal	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ESTPN	<input type="checkbox"/>				
SE SIM para aleitamento materno:													
4.8	Foi orientada para fazer o aleitamento materno exclusivo?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	Não sabe/NSA	ORIAMÉ	<input type="checkbox"/>				
4.9	Se sim, a orientação para o AME foi para até que mês de vida?	<input type="checkbox"/> 1	6 meses	<input type="checkbox"/> 2	Outro	<input type="checkbox"/> 8	Não sabe/NSA	AMEMES	<input type="checkbox"/>				
4.10	Foi receitado algum medicamento durante o pré-natal?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não (passar para a questão 4.12)	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe (passar para a questão 4.12)	PNMEDC	<input type="checkbox"/>				
4.11	SE SIM, para que:												
1.	Anemia	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDANE	<input type="checkbox"/>				
2.	Sífilis	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDSIF	<input type="checkbox"/>				
3.	Diabetes	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDDIA	<input type="checkbox"/>				
4.	Pressão alta	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDPRES	<input type="checkbox"/>				
5.	Vitamina	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDVITA	<input type="checkbox"/>				
6.	HIV	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDHIV	<input type="checkbox"/>				
7.	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDITU	<input type="checkbox"/>				
8.	Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDTOXO	<input type="checkbox"/>				
9.	Outro _____	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MEDOUT	<input type="checkbox"/>				
4.12	A Mãe biológica realizou uma consulta até 42 dias depois do parto no posto de saúde?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	CONSPOSP	<input type="checkbox"/>				
5	Onde nasceu < >?	<input type="checkbox"/> 1	Hospital Público	<input type="checkbox"/> 2	Hospital Privado	<input type="checkbox"/> 3	Em casa	<input type="checkbox"/> 4	Outro _____	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	LOCNAS	<input type="checkbox"/>
6	Como foi o parto?	<input type="checkbox"/> 1	Normal/natural	<input type="checkbox"/> 2	Cesáreo	<input type="checkbox"/> 3	Fórceps	<input type="checkbox"/> 4	Outro: _____	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	PARTO	<input type="checkbox"/>
7	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> 1	Médico	<input type="checkbox"/> 2	Enfermeiro (a)	<input type="checkbox"/> 3	Parteira	<input type="checkbox"/> 4	Outro (a) _____	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	FEZPARTO	<input type="checkbox"/>
7.1	A criança teve contato pele a pele com a mãe na primeira hora de vida?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	CONTAT	<input type="checkbox"/>				
7.2	A criança mamou na sala de parto na primeira hora de vida?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	PEITOP	<input type="checkbox"/>				
7.3	A criança ficou em alojamento conjunto?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ALOJA	<input type="checkbox"/>				
7.4	A mãe biológica tomou vitamina A após o parto?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	VITAPOS	<input type="checkbox"/>				
8	Quanto pesou < > ao nascer? ____ ____ ____ ____ (g)	(9999)	Não sabe	PNAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	O peso ao nascer foi:	<input type="checkbox"/> 1	Registrado	<input type="checkbox"/> 2	Só Informado	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	PREG	<input type="checkbox"/>				
10	Tem Registro de Nascimento?	<input type="checkbox"/> 1	Sim, visto	<input type="checkbox"/> 2	Sim, não visto	<input type="checkbox"/> 3	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	REGN	<input type="checkbox"/>		
11	< > usa ou usou chupeta?	<input type="checkbox"/> 1	Sim, usou	<input type="checkbox"/> 2	Sim, usa	<input type="checkbox"/> 3	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	CHUP	<input type="checkbox"/>		
11.1	Há quanto tempo usa ou, por quanto tempo usou chupeta? ____ Meses	<input type="checkbox"/> 99	Não sabe	CHUPT M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<i>(Converter em meses)</i>													

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

12	< > mama?	<input type="checkbox"/> 1 Sim (<i>passar para a questão 18</i>)	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	MAMA	<input type="checkbox"/>
----	-----------	--------------------------------------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	------	--------------------------

13	< > mamou?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não (<i>Passar para a questão 17</i>)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	MAMOU	<input type="checkbox"/>
----	------------	--------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-------	--------------------------

14	Se MAMOU, até que idade ficou em aleitamento materno exclusivo (só peito, sem receber água, chá, e qualquer outro alimento?)	<input type="checkbox"/> 9 - 99 - Não sabe	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Dias	MAMEXM	<input type="checkbox"/>
					MAMEXD	<input type="checkbox"/>

15	Até que idade < > mamou? (O tempo total de aleitamento)	<input type="checkbox"/> Ano (s)	<input type="checkbox"/> 99 - Não sabe	IMA	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Mês (es)		IMM	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Dia (s)		IMD	<input type="checkbox"/>
16	Por que deixou de mamar? (<i>até três alternativas</i>)	<input type="checkbox"/> 1 Leite insuficiente	<input type="checkbox"/> 6 Mãe trabalhava/estudava	DESMAMA	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 2 Criança não queria	<input type="checkbox"/> 7 Problemas no seio		
		<input type="checkbox"/> 3 Mãe não queria	<input type="checkbox"/> 8 Outro: _____		
		<input type="checkbox"/> 4 Criança doente	<input type="checkbox"/> 999 - Não sabe		
		<input type="checkbox"/> 5 Mãe doente			
16a	Se teve problemas no seio, quais foram esses problemas? - (<i>Até 2 alternativas</i>)	<input type="checkbox"/> 1 Fissura	<input type="checkbox"/> 3 Abscesso/Mastite	PROBSEIO	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 2 Peito pedrado/ Ingurgitamento	<input type="checkbox"/> 4 Outro: _____		
			<input type="checkbox"/> 88 NSA		
			<input type="checkbox"/> 99 Não sabe		
17	Por que nunca mamou?	<input type="checkbox"/> 1 Leite insuficiente	<input type="checkbox"/> 6 Mãe trabalhava/estudava	DESMOU	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 2 Criança não queria	<input type="checkbox"/> 7 Problemas no seio		
		<input type="checkbox"/> 3 Mãe não queria	<input type="checkbox"/> 8 Outro: _____		
		<input type="checkbox"/> 4 Criança doente	<input type="checkbox"/> 9 = Não sabe		
		<input type="checkbox"/> 5 Mãe doente			
17.a.	Se NUNCA MAMOU que alimento (s) ofereceu a < > como substituto do Leite Materno?	<input type="checkbox"/> 1 Leite em pó modificado	<input type="checkbox"/> 9= Não sabe	SUBSLM	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 2 Leite em pó integral			
		<input type="checkbox"/> 3 Leite de vaca não pasteurizado (natural)			
		<input type="checkbox"/> 4 Leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa)			
		<input type="checkbox"/> 5 Leite de cabra			
		<input type="checkbox"/> 6 Mingau			
		<input type="checkbox"/> 7 Outro: _____			

18	ENQUANTO MAMA (VA), com que idade começou a receber:	(Primeiras duas caselas meses, duas últimas caselas dias)						
		Água	<input type="checkbox"/>	Mês (es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MAGU	<input type="checkbox"/>
00	nunca recebeu	Chá	<input type="checkbox"/>	Mês (es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MCHA	<input type="checkbox"/>
88	NSA (nunca mamou)	Suco	<input type="checkbox"/>	Mês (es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MSUC	<input type="checkbox"/>
99	não sabe	Outro leite	<input type="checkbox"/>	Mês (es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MLEIT	<input type="checkbox"/>
		Mingau	<input type="checkbox"/>	Mês (es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MMIN	<input type="checkbox"/>
		Outro	<input type="checkbox"/>	Mês (es)	<input type="checkbox"/>	Dia(s)	MOUT	<input type="checkbox"/>

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES <i>(Se criança < de 6 meses, responder e passar para questão 22)</i>									
19	Nas ÚLTIMAS 24 HORAS, < > comeu ou tomou:								
	Leite do peito?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONPEI	<input type="checkbox"/>
	Água?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONAGU	<input type="checkbox"/>
	Chá?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONCHA	<input type="checkbox"/>
	Outro leite?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONOUTL	<input type="checkbox"/>
	Mingau?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONMING	<input type="checkbox"/>
	Suco?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONSUCO	<input type="checkbox"/>
	Outro alimento?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONOLEI	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS ENTRE 6 MESES E 2 ANOS <i>(Últimas 24 horas)</i>									
<i>(Se a criança for MAIOR de 6 MESES e MENOR DE 2 ANOS, responder e ir para a questão 22.)</i>									
20	Nas últimas 24 horas, < > comeu ou tomou:								
	1. Ontem , < > comeu verduras/legumes? (Não considerar os utilizados como tempero, nem cará, inhame, macaxeira ou batata).	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONPEI	<input type="checkbox"/>
	2. Ontem , < > comeu fruta?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONAGU	<input type="checkbox"/>
	3. Ontem , < > comeu carne?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONCHA	<input type="checkbox"/>
	4. Ontem , < > comeu feijão?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONOUTL	<input type="checkbox"/>
	5. Ontem , < > comeu assistindo TV?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONMING	<input type="checkbox"/>
	6. Ontem , < > comeu comida de panela no jantar?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONSUCO	<input type="checkbox"/>
	7. Ontem , < > tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONOLEI	<input type="checkbox"/>
	8. no último mês , < > tomou refrigerante?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONFARI	<input type="checkbox"/>
	9. < > recebeu mel, açúcar, rapadura ou melaço com outros alimentos ou para adoçar líquidos, antes dos 6 meses?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONPAPA	<input type="checkbox"/>
	10. < > tomou suco industrializado ou refresco em pó antes dos 6 meses de idade?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONSUIN	<input type="checkbox"/>
	11. < > recebeu papa salgada ou comida de panela antes dos 6 meses de idade?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	ONREFRI	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS ENTRE 2 E 5 ANOS <i>(Últimas 24 horas)</i>											
21	Nas ÚLTIMAS 24 HORAS, < > comeu ou tomou:										
	1. Ontem , quantos copos ou mamadeiras de leite < > tomou?	<input type="checkbox"/> 1	Não tomou	<input type="checkbox"/> 2	Até 2	<input type="checkbox"/> 3	Mais que 2	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	CMALEI	<input type="checkbox"/>
	2. Ontem , < > comeu fruta?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MFRUT	<input type="checkbox"/>		
	3. Ontem , < > comeu carne?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MCARNE	<input type="checkbox"/>		
	4. Ontem , < > comeu feijão?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MFEIJAO	<input type="checkbox"/>		
	5. Ontem , < > comeu assistindo TV?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MTV	<input type="checkbox"/>		
	6. Ontem , < > recebeu comida de panela no jantar?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	MJANTA	<input type="checkbox"/>		

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

22	Com que frequência na semana <> ingere esses alimentos? (Perguntar para todas as crianças, não importa a idade)			
Leite, chá, suco ou outras bebidas adoçadas com mel/melaço/açúcar/rapadura?				
	1	5 a 7 vezes/semana (Todos os dias)	2	3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
	3	1 a 2 vezes/semana (Às vezes)	4	Nunca
	FDOCE			
Fruta, ou bebe suco de fruta fresca?				
	1	5 a 7 vezes/semana (Todos os dias)	2	3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
	3	1 a 2 vezes/semana (Às vezes)	4	Nunca
	FFRUT			
Refrigerante?				
	1	5 a 7 vezes/semana (Todos os dias)	2	3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
	3	1 a 2 vezes/semana (Às vezes)	4	Nunca
	FREFRI			
Feijão?				
	1	5 a 7 vezes/semana (Todos os dias)	2	3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
	3	1 a 2 vezes/semana (Às vezes)	4	Nunca
	FFEJAO			
Biscoito de pacote?				
	1	5 a 7 vezes/semana (Todos os dias)	2	3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
	3	1 a 2 vezes/semana (Às vezes)	4	Nunca
	FBISC			
Salgadinho de pacote (industrializado)?				
	1	5 a 7 vezes/semana (Todos os dias)	2	3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
	3	1 a 2 vezes/semana (Às vezes)	4	Nunca
	FSALG			

23	Tem cartão ou caderneta da criança?			
	1	Sim, visto	3	Não, mas já teve
	2	Sim, não visto	4	Não/Nunca teve
			9	Não sabe
	CARTAO			
	<i>(Se não visto ou não tem, passar para 28)</i>			

OBSERVAR NO CARTÃO/CADERNETA DA CRIANÇA		
24	Foi pesado (a) nos últimos 3 meses?	FOIPESA
	1 Sim 2 Não	
25	No cartão/caderneta tem pelo menos um registro do desenvolvimento?	RDESENV
	1 Sim 2 Não	
26	OBSERVAR NO CARTÃO E ANOTAR AS DOSES DE VACINAS RECEBIDAS	
	00 Nenhuma	
	1.BCG	BCG
	2.HEPATITE a	HEPA
	3.HEPATITE B	HEPB
	4.PÓLIO ORAL (VOP)	POLIO
	5.PÓLIO INJETÁVEL (VIP)	POLIOI
	6.TETRA (Difteria, Tétano, Coqueluche e Hemófilus tipo B)	TETRA
	7.PENTAVALENTE (Difteria, Tétano, Coqueluche, Hemófilus tipo B e Hepatite B)	PENTA
	8.ROTAVÍRUS	ROTAV
	9.DPT	DPT
	10.TRIPLICE VIRAL (Sarampo, Caxumba e Rubéola)	TRIPLI
	11.TETRAVIRAL (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela)	TETRAV
	12.PNEUMO 10	PNEUMO
	13.MENINGOCÓCICA	MENINGO
	14.GRIPE INFLUENZA	INFLUE
27	Tem registro de dose de vitamina A nos últimos 6 meses?(para crianças de 6 meses a < 5 anos)	VIT-A
	1 Sim, registrado	
	2 Não	
	8 NSA (< 6 meses)	

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--	--

28	< > está com DIARREIA HOJE?	<input type="checkbox"/> 1 Sim. Quantas evacuações? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe <i>(se 2 e 9, assinalar 88 em EVACUA)</i>	DIAHOJE <input type="text"/> EVACUA <input type="text"/>	
29	Teve DIARREIA nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?	<input type="checkbox"/> 1 Sim. Quantos dias? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe <i>(se 2 e 9, assinalar 88 em QTDIA)</i>	DIASEM <input type="text"/> QTDIA <input type="text"/>	
<i>Se a resposta for Não nas questões 28 e 29, passar para a questão 37</i>					
30	Se sim, foi levada para consulta?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sabe	FOILCONS <input type="text"/>
31	Se sim, com quem foi a consulta?	<input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3 Técnico de enfermagem	<input type="checkbox"/> 4 Agente de saúde <input type="checkbox"/> 5 Outro _____ <input type="checkbox"/> 6 Não sabe/não lembra/Não foi para consulta		QUEMCONS <input type="text"/>
32	SE TEVE DIARREIA: Você deu para < > algo de beber para tratar a DIARREIA?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <i>(marque 0 nas questões 33 e 34)</i>	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		DIABEBER <input type="text"/>
33	SE TEVE DIARREIA: O que você deu para < > beber?	Soro caseiro <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não Soro pacote/sachê (LAFEPE/ Farmácia) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não Chá <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não Suco <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não Água de coco <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não Outro líquido. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 0 = não deu nada <input type="checkbox"/> 9 = não sabe	SOROCAS <input type="text"/> SOROPAC <input type="text"/> CHA <input type="text"/> SUCO <input type="text"/> OUTRO <input type="text"/>	
34	SE USOU SORO: Quem orientou o uso do soro?	<input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Agente de saúde <input type="checkbox"/> 3 Enfermeiro	<input type="checkbox"/> 4 Farmacêutico/balconista <input type="checkbox"/> 5 Rádio/televisão <input type="checkbox"/> 6 Outro _____	<input type="checkbox"/> 0 = não usou soro <input type="checkbox"/> 9 = não sabe	ORISORO <input type="text"/>
35	Suspendeu a alimentação durante a DIARREIA?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		ALIMDIAR <input type="text"/>
36	Usou algum medicamento para tratar a DIARREIA?	<input type="checkbox"/> 1 Sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		MEDIAR <input type="text"/> QUALMED <input type="text"/>
37	< > teve tosse na última semana?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <i>(passe para a questão "42")</i>	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe <i>(passe para a questão "42")</i>		TOSSE <input type="text"/>
SE TEVE TOSSE					
38	Tinha febre?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		FEBRE <input type="text"/>
39	Tinha cansaço?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		CANSAÇO <input type="text"/>
40	Tinha nariz entupido?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		NARIZENT <input type="text"/>
41	Foi levado para consulta?	<input type="checkbox"/> 1 Sim. Quem consultou? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		FEZCONSU <input type="text"/>

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

42	Foi internada nos ÚLTIMOS DOZE MESES?																											
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não (<i>passar para a questão 44</i>) <input type="checkbox"/> 9 Não sabe (<i>passar para a questão 44</i>)	INTERNA <input type="checkbox"/>																										
43	SE FOI INTERNADA: por qual (is) doença (s) e quantas vezes (NOS ÚLTIMOS 12 MESES)? (<i>Assinalar mais de uma resposta, se houver</i>)																											
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Pneumonia</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">Ve</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Asma/cansaço</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ve</td> <td rowspan="5" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">00 = Não foi o motivo da int. 99 = não sabe</td> </tr> <tr> <td>Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ve</td> </tr> <tr> <td>Desnutrição</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ve</td> </tr> <tr> <td>Outra:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ve</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve		Asma/cansaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve	00 = Não foi o motivo da int. 99 = não sabe	Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve	Outra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve					PNEUMO <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> DESNUT <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/>
Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve																									
Asma/cansaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve	00 = Não foi o motivo da int. 99 = não sabe																								
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve																									
Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve																									
Outra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ve																									
44	Nos ÚLTIMOS TRÊS MESES a criança precisou ser levada a um Serviço de Saúde?																											
	<input type="checkbox"/> 1 Sim, foi atendida <input type="checkbox"/> 2 Não, não precisou (<i>Ir para questão 48</i>) <input type="checkbox"/> 3 Sim, mas não conseguiu atendimento <input type="checkbox"/> 9 Não sabe (<i>Ir para questão 48</i>)	FOICONS <input type="checkbox"/>																										
45	Se sim, qual foi o motivo? (<i>Até três opções</i>)																											
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1 Febre</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 2 Cansaço</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 3 Tosse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> 5 Dentista</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Rotina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 Outro</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Febre	<input type="checkbox"/> 2 Cansaço	<input type="checkbox"/> 3 Tosse	<input type="checkbox"/> 4 Diarreia	<input type="checkbox"/> 5 Dentista	<input type="checkbox"/> 6 Rotina	<input type="checkbox"/> 7 Outro			IMOTINT <input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 1 Febre	<input type="checkbox"/> 2 Cansaço	<input type="checkbox"/> 3 Tosse																										
<input type="checkbox"/> 4 Diarreia	<input type="checkbox"/> 5 Dentista	<input type="checkbox"/> 6 Rotina																										
<input type="checkbox"/> 7 Outro																												
46	SE FOI ATENDIDA, qual o Serviço de Saúde utilizado?																											
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1 PSF/USF</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 5 Particular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Centro de Saúde/Policlínica</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Urgência/ Emergência Pública/UPA</td> <td><input type="checkbox"/> 8 NSA (Não foi atendida)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Plano de Saúde</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Não sabe</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 PSF/USF	<input type="checkbox"/> 5 Particular	<input type="checkbox"/> 2 Centro de Saúde/Policlínica	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 3 Urgência/ Emergência Pública/UPA	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não foi atendida)	<input type="checkbox"/> 4 Plano de Saúde	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	SERSAU <input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> 1 PSF/USF	<input type="checkbox"/> 5 Particular																											
<input type="checkbox"/> 2 Centro de Saúde/Policlínica	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____																											
<input type="checkbox"/> 3 Urgência/ Emergência Pública/UPA	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não foi atendida)																											
<input type="checkbox"/> 4 Plano de Saúde	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe																											
47	SE FOI ATENDIDA, por quem?																											
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1 Médico</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 6 Outro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 8 NSA (Não foi atendida)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermagem</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Não sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Agente de Saúde</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 Dentista</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Médico	<input type="checkbox"/> 6 Outro _____	<input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não foi atendida)	<input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermagem	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<input type="checkbox"/> 4 Agente de Saúde		<input type="checkbox"/> 5 Dentista		QCONS <input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/> 1 Médico	<input type="checkbox"/> 6 Outro _____																											
<input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não foi atendida)																											
<input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermagem	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe																											
<input type="checkbox"/> 4 Agente de Saúde																												
<input type="checkbox"/> 5 Dentista																												
48	Quanto tempo leva para ir de sua casa até o Serviço de Saúde mais próximo?																											
	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9 Não Sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minutos	TEMPOH <input type="checkbox"/> TEMPOM <input type="checkbox"/>																										
49	Qual o principal meio de transporte utilizado para chegar a este serviço?																											
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1 A pé</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 5 Transporte animal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Carro/ônibus/moto</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Ambulância</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Não sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Bicicleta</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 A pé	<input type="checkbox"/> 5 Transporte animal	<input type="checkbox"/> 2 Carro/ônibus/moto	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 3 Ambulância	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<input type="checkbox"/> 4 Bicicleta		TRANS <input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> 1 A pé	<input type="checkbox"/> 5 Transporte animal																											
<input type="checkbox"/> 2 Carro/ônibus/moto	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____																											
<input type="checkbox"/> 3 Ambulância	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe																											
<input type="checkbox"/> 4 Bicicleta																												
50	A Criança é cadastrada no Posto de Saúde (Unidade de Saúde da Família)?																											
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA/ Não tem USF na área	PSFC <input type="checkbox"/>																										
51	< > recebe regularmente (todo mês) visitas de algum Agente de Saúde?																											
	<input type="checkbox"/> 1 Sim, do USF <input type="checkbox"/> 9 Não sabe <input type="checkbox"/> 2 Sim, do PACS <input type="checkbox"/> 3 Sim, da Pastoral da Criança <input type="checkbox"/> 4 Não	ACS <input type="checkbox"/>																										

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--	--

52	< > tem / teve anemia?			ANEMIA		
	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não (Passar para questão 55)	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe (Passar para questão 55)
53	SE SIM, com que idade < > tem / teve anemia?			IAA		
	<input type="text"/>	Anos	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/> 99 = Não sabe	
54	< > se tem / teve anemia, toma / tomou algum medicamento?			MEDC		
	<input type="checkbox"/> 1	Sim. Qual? _____	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="text"/> 9 = Não sabe	
55	Se fosse recomendado o (a) Sr (a) daria ao seu filho remédio para evitar anemia?			DARIARM		
	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	
56	A criança está frequentando a creche/Escolinha?			CRECHE		
	<input type="checkbox"/> 1	Sim, rede privada	<input type="checkbox"/> 2	Sim, rede pública	<input type="checkbox"/> 3	Não, já frequentou
					<input type="checkbox"/> 4	Nunca frequentou
57	O Pai mora com a criança?			PAIPRES		
	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não		
58	Se Não, o pai tem contato com a criança e ajuda financeiramente?			PAIPAR		
	<input type="checkbox"/> 1	Sim, contato e ajuda financeira	<input type="checkbox"/> 4	Não, nem contato, nem ajuda financeira		
	<input type="checkbox"/> 2	Sim, só contato	<input type="checkbox"/> 8	NSA (mora com pai)		
	<input type="checkbox"/> 3	Sim, só ajuda financeira				
59	Quando a engravidou de < > a Sra queria?			CRECHE		
	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Mãe adotiva
					<input type="checkbox"/> 9	Não sabe

F5 – REGISTRO DA MULHER (10 a 49 anos)

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

Nome da mulher de 10 a 49 anos:	Nº. ordem da mulher	Respondido por:	QUEST				
---------------------------------	---------------------	-----------------	-------	--	--	--	--

1- COM QUE IDADE MENSTRUOU PELA 1ª VEZ? anos
 Não sabe/Não lembra **IDMENRC**

2- ESTEVE GRÁVIDA ALGUMA VEZ?

1 Sim 2 Não 3 Está grávida **ESTGRV**

(se a resposta for não, passar para a questão 12)

3- SE ESTEVE/ESTÁ GRÁVIDA, COM QUE IDADE ENGRAVIDOU A PRIMEIRA VEZ?

anos **IDADGRV**

4- SE ESTÁ GRÁVIDA, ESTÁ COM QUANTAS SEMANAS DE GESTAÇÃO?

(se não está grávida passe para a questão 09)

Semanas 9 9 Não sabe **SEMGES**

5- SE ESTÁ GRÁVIDA, RECEBE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL?

1 Sim 2 Não **PRENAT**

(SE A RESPOSTA FOR NÃO PASSAR PARA A QUESTÃO 09)

6- JÁ RECEBEU O CARTÃO DO PRÉ-NATAL?

1 Sim 2 Não **CAPRENAT**

7- SE REALIZA O PRÉ-NATAL, COM QUANTAS SEMANAS DE GESTAÇÃO REALIZOU A 1ª CONSULTA?

Semanas 9 9 Não sabe 88 Nenhuma consulta ainda **SEMPREN**

8- SE REALIZA O PRÉ-NATAL, FEZ QUANTAS CONSULTAS ATÉ O MOMENTO?

Consultas 9 9 Não sabe 88 Nenhuma consulta ainda **CONSPN**

9- SE ESTÁ GRÁVIDA, É ACOMPANHADA PELO PROGRAMA MÃE-CORUJA?

1 Sim 2 Não **PRENAT**

10- TEVE ALGUM **FILHO NASCIDO VIVO NOS ÚLTIMOS DOZE MESES ?**

1 Sim 2 Não 3 Grávida do primeiro filho **NVIVO12**

11- MORREU ALGUM FILHO COM MENOS DE 1 ANO NOS ÚLTIMOS DOZE MESES?

1 Sim, menor de 1 mês 2 Sim, (1 – 11) meses 3 Primeira gravidez 4 Não **MORREU12**

F5 – REGISTRO DA MULHER (10 a 49 anos)

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

19- QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SRA. FEZ O EXAME PREVENTIVO?

Entrevistador: Leia se necessário.

<input type="checkbox"/> 1	Nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 3	Mais de 2 anos	<input type="checkbox"/> 8	Nunca teve relações	QUANPREV <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Entre 1 e 2 anos	<input type="checkbox"/> 4	Não fez exame	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/lembra	

20- NA ÚLTIMA VEZ QUE A SRA. FEZ O EXAME PREVENTIVO, A SRA. USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	Não fez exame	EXAMESUS <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	---------------	------------------------------------------

21- JÁ FEZ ALGUM DOS SEGUINTE EXAMES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA? (LEIA AS OPÇÕES)

Autoexame (exame que a mulher apalpa a sua própria mama, procurando nódulos ou caroço)

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	EXAUTO <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------------------

Exame clínico (exame no qual o médico ou enfermeiro apalpa as mamas pra procurar algum possível problema)

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	EXCLINI <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	----------	-----------------------------------------

Ultrassonografia da mama (exame no qual o médico aplica um gel sobre a mama e observa as imagens numa tela)

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	< 20 anos	EXULTRA <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	

Mamografia (exame de raio-x ou chapa das mamas para detectar algum possível problema)

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	< 20 anos	EXMAMO <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	

22- COM QUE FREQUÊNCIA EM GERAL A SRA. FAZ O AUTO - EXAME DE MAMA?

<input type="checkbox"/> 1	Pelo menos 1 vez por mês	<input type="checkbox"/> 3	De 6 em 6 meses	<input type="checkbox"/> 6	Só fez uma vez	FREQEXAM <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	De 3 em 3 meses	<input type="checkbox"/> 4	Uma vez por ano	<input type="checkbox"/> 8	Não faz	
		<input type="checkbox"/> 5	Variável			

23- SE FEZ O EXAME CLÍNICO DAS SUAS MAMAS, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ?

<input type="checkbox"/> 1	Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5	Mais de 6 até 10 anos	ULTEXMAMA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	De 1 a 2 anos	<input type="checkbox"/> 6	Mais de 10 anos	
<input type="checkbox"/> 3	De 2 a 4 anos	<input type="checkbox"/> 8	Não fez exame	
<input type="checkbox"/> 4	De 4 a 6 anos	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	

24- NA ÚLTIMA VEZ QUE UM MÉDICO OU ENFERMEIRO FEZ O EXAME CLÍNICO DAS SUAS MAMAS, A SENHORA ESTAVA SENDO ATENDIDA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	Não fez o exame	EXCLIMAMA <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	-----------------	-------------------------------------------

SE A MULHER TIVER MENOS DE 20 ANOS, ENCERRAR O QUESTIONÁRIO

25- SE FEZ ULTRASSOM DE MAMAS, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ?

<input type="checkbox"/> 1	Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5	Mais de 6 até 10 anos	ULTEXSONO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	De 1 a 2 anos	<input type="checkbox"/> 6	Mais de 10 anos	
<input type="checkbox"/> 3	De 2 a 4 anos	<input type="checkbox"/> 8	Não fez exame	
<input type="checkbox"/> 4	De 4 a 6 anos	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	

F5 – REGISTRO DA MULHER (10 a 49 anos)**QUESTIONÁRIO**

--	--	--	--

26- NA ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ ULTRASSOM DE MAMAS, USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

1 Sim 2 Não 8 Não fez o exame **SONOSUS**

27- SE FEZ MAMOGRAFIA, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ?

<input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5 Mais de 6 até 10 anos	ULTIMAMO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 De 1 a 2 anos	<input type="checkbox"/> 6 Mais de 10 anos	
<input type="checkbox"/> 3 De 2 a 4 anos	<input type="checkbox"/> 8 Não fez exame	
<input type="checkbox"/> 4 De 4 a 6 anos	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	

28- NA ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ A MAMOGRAFIA, USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

1 Sim 2 Não 8 Não fez o exame **MAMOSUS**

29- A SRA. JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÚTERO E/OU OVÁRIOS?

1 Sim 2 Não **CIRURGIA**

30- SE FEZ ESSE TIPO DE CIRURGIA, A SRA. RETIROU

<input type="checkbox"/> 1 Só útero	<input type="checkbox"/> 3 Útero e 2 ovários	<input type="checkbox"/> 5 2 ovários	RETIROU <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 Útero e 1 ovário	<input type="checkbox"/> 4 Só 1 ovário	<input type="checkbox"/> 8 Não fez cirurgia	

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA III PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o Projeto de pesquisa "SITUAÇÃO ALIMENTAR NUTRICIONAL E DE SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO E DE SERVIÇO", do Pesquisador Malaquias Batista Filho, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco em reunião ordinária realizado no ano de 2004.

Recife, 09 de novembro de 2005.

Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
e Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 3951 de 08/11/87
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/84
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.697-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: Isento
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 – Boa Vista
Recife - PE - Brasil CEP 50.070-550
FABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
home-page: www.imip.org.br

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO

INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde, alimentação, nutrição, serviços e condições socioeconômicas na população materno-infantil do Estado de Pernambuco

Pesquisador: Malaquias Batista Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44508215.7.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.063.519

Data da Relatoria: 13/05/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, cuja população será constituída pelos domicílios particulares pernambucanos, das regiões urbana e rural. A base de dados será composta pela listagem dos setores censitários feita pelo Censo Demográfico de 2010. A unidade de seleção amostral será o domicílio, e serão coletadas, por meio de questionários impressos, informações sobre crianças e adolescentes (< 5anos e 5 a 19 anos) e mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos) residentes no domicílio. O plano amostral escolhido será do tipo probabilístico e estratificado em três estágios assim caracterizados: Unidades primárias de seleção: municípios; Unidades secundárias de seleção: setores censitários; Unidades terciárias de seleção: domicílios.

Para coleta dos dados será utilizado um questionário que contempla: identificação do domicílio; registro de pessoas da família; registro e descrição do domicílio e aspectos socioeconômicos; registro da criança, adolescente e mulher em idade reprodutiva; registro de morbidade da criança; registro do consumo alimentar da família e das crianças; registro antropométrico e registro de dados bioquímicos. No momento da entrevista serão realizadas avaliações de dados antropométricas, bioimpedância e coleta de sangue venoso para dosagens de dados bioquímicos em crianças entre 6 meses e 5 anos e em mulheres de 10 a 49 anos, além de aferição da pressão arterial para o último grupo.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br

INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.063.519

O Projeto está bem apresentado e organizado.

Instituições

- Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP
- Departamento de Nutrição - DN/CCS/UFPE
- Secretaria Estadual de Saúde - SES/PE
- Superintendência das Ações de Segurança Alimentar e Nutricional - SUASAN/PE da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Estado de Pernambuco

Instituições Executoras

- Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP
- Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Nutrição - DN/CCS/UFPE

Coordenação Geral da Pesquisa

- Malaquias Batista Filho
- Pedro Israel Cabral de Lira

Objetivo da Pesquisa:

- Atualizar e ampliar o diagnóstico de saúde, alimentação, nutrição, condições socioeconômicas e ambientais da população materno-infantil do Estado de Pernambuco;
- Analisar o acesso da população aos serviços de saúde e à rede de apoio social que pode ser demandada, complementarmente, para sua consolidação como ações públicas;
- Avaliar a situação de saúde, nutrição e condições de vida tendo como referência as Metas do Milênio, estabelecidas pelas Nações Unidas em 1990;
- Fundamentar as análises descritivas e analíticas da situação saúde, nutrição e condições de vida em função da doutrina do desenvolvimento humano sustentável.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos são mínimos como o incômodo em responder a aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e de frequência alimentar, aferição das medidas do corpo e a coleta de sangue. Caso os questionamentos produzam sentimentos indesejáveis, o participante poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Com relação à coleta de sangue, é descrito que a mesma poderá ocasionar sensação de dor, entretanto, todos os cuidados serão tomados para evitá-la, e a coleta será realizada por pessoal capacitado para isto. Caso ocorra algum problema,

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.063.519

haverá comunicação ao pesquisador e encaminhamento ao médico que fará o devido atendimento. Para os casos de anemia, hipovitaminose A, diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial e outras patologias, a equipe de pesquisa encaminhará o entrevistado para o acompanhamento clínico pela equipe da Estratégia Saúde da Família do município em questão, conforme acordado previamente com a Secretaria Municipal de Saúde.

Benefícios: auxiliar gestores e pesquisadores na avaliação da situação de saúde e nutrição da população e assim contribuir para a melhoria e/ou desenvolvimento de ações para promover saúde e qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante, oportuno e viável nos termos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: O TCLE está claro e em forma convidativa. Aborda os riscos e benefícios e deixa o sujeito de pesquisa livre para participar ou não sem interferência no seu tratamento. Os telefones do CEP e dos pesquisadores estão disponíveis.

Folha de Rosto: adequado

Recomendações:

Recomendo aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.063.519

RECIFE, 14 de Maio de 2015

Assinado por:
Jose Eulalio Cabral Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@jmip.org.br

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA

GRUPO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa: “*Saúde, alimentação, nutrição, serviços e condições socioeconômicas na população materno-infantil do Estado de Pernambuco*”. Está sob a responsabilidade do pesquisador Malaquias Batista Filho. Endereço: Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife-PE – Brasil, CEP 50070-550, email: malaquias.imp@gmail.com, telefone 2122-4781.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Você e seus filhos (crianças e/ou adolescentes) estão sendo convidado(s) a participar de um estudo com o objetivo de atualizar e ampliar o diagnóstico de saúde, alimentação, nutrição, condições socioeconômicas e ambientais da população materno-infantil (mulheres e crianças) do Estado de Pernambuco.

Se você concordar em participar, assim como autorizar que seu(s) filho(s) participem, serão realizadas as seguintes etapas:

- Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde, nutrição e alimentação;
- Você e seu(s) filho(s) serão submetido(s) a uma avaliação do estado nutricional, onde serão medidos o peso, a altura, sua cintura, quadril, braço, pressão arterial, e coletados 10ml de sangue para saber como estão o colesterol, triglicerídeos, glicemia e vitamina A. Essa coleta de sangue será realizada apenas em algumas pessoas, onde haverá um sorteio em que você e seu(s) filho(s) poderão ser ou não sorteados.

Os incômodos que poderão sentir com a participação na pesquisa são: ter que responder aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e de frequência alimentar, aferição das medidas do seu corpo e a coleta de sangue. Os questionários e a aferição das medidas corporais não trarão riscos à sua saúde física. Caso você ache inapropriado alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Com relação à coleta de sangue, a mesma poderá ocasionar sensação de dor, entretanto, todos os cuidados serão tomados para evitá-la, e a coleta será realizada por pessoal capacitado para isto. Caso ocorra algum problema, haverá comunicação ao pesquisador e encaminhamento ao médico que fará o devido atendimento.

Os benefícios imediatos que você poderá esperar com a sua participação é o esclarecimento sobre sua situação de saúde, com os resultados do peso corporal, glicemia,

colesterol, triglicérides e vitamina A. E caso necessário, garantimos o encaminhamento para o acompanhamento clínico de eventuais problemas de saúde identificados.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa. A divulgação dos resultados será do conjunto dos participantes, e não dos dados individuais. Esses resultados servirão para auxiliar gestores e pesquisadores na avaliação da situação de saúde e nutrição da população e assim contribuir para a melhoria e/ou desenvolvimento de ações para promover saúde e qualidade de vida.

A sua participação é voluntária e você pode sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe de estudo para esclarecê-las.

Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP no endereço: (Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife-PE – Brasil, CEP 50070-550. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º andar; Tel.: 2122.4756; E-mail: comitedeetica@imip.org.br). O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, de 7 às 11:30 hs (manhã) e 13:30 às 16hs (tarde).

Assinatura do pesquisador

(Nome completo do pesquisador e CPF)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Saúde, alimentação, nutrição, serviços e condições socioeconômicas na população materno-infantil do Estado de Pernambuco*”, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: