



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Rugani Ribeiro de Castro, Inês; Montenegro Engstrom, Elyne; Oliveira Cardoso, Letícia;
Damião, Jorginete de Jesus; Fonseca Viana Rito, Rosane Valéria; de Souza Mendes
Gomes, Maria Auxiliadora

Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006

Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 6, diciembre, 2009, pp. 1021-1029

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240180014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Inês Rugani Ribeiro de Castro^{I,II}

Elyne Montenegro Engstrom^{I,III}

Letícia Oliveira Cardoso^{IV}

Jorginete de Jesus Damião^{I,II}

Rosane Valéria Fonseca Viana
Rito^V

Maria Auxiliadora de Souza
Mendes Gomes^{VI,VII}

Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006

Time trend in breast-feeding in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil: 1996-2006

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a tendência temporal da prática de aleitamento materno (AM) e de aleitamento materno exclusivo (AME).

MÉTODOS: Foram analisados dados de sistema de monitoramento baseado em inquéritos realizados nos anos de 1996, 1998, 2000, 2003 e 2006 durante a Campanha Nacional de Imunização na cidade do Rio de Janeiro, RJ. A população de estudo foi constituída de 19.044 crianças menores de um ano de idade que compareceram aos postos de vacinação. Para cada ano foi estudada uma amostra probabilística por conglomerado (postos de vacinação), auto-ponderada representativa da população de crianças menores de 12 meses (<12). Foi aplicado questionário estruturado com questões fechadas sobre alimentação da criança no momento do estudo e características sociodemográficas da mãe. Foram adotados os indicadores de AM e de AME propostos pela Organização Mundial da Saúde.

RESULTADOS: O AM<12 aumentou de 61,3% para 73,4% entre 1996 e 2006. Tendência similar foi observada em todas as faixas etárias analisadas. O AME em crianças <4 e <6 meses (AME<6) aumentou, respectivamente, de 18,8% para 42,4% e de 13,8% para 33,3%. Melhorias em AM>6 e em AME<6 foram observadas em todas as categorias de todas as variáveis sociodemográficas maternas. Para AME<6, a desvantagem observada em 1996 entre mulheres de menor escolaridade e em 1998 entre mulheres que trabalhavam não foi completamente superada até 2006.

CONCLUSÕES: O AM e o AME aumentaram no período estudado independentemente da faixa etária da criança e das características sociodemográficas maternas. Não foram totalmente superadas diferenças observadas entre mulheres em diferentes situações sociodemográficas.

DESCRITORES: Aleitamento Materno, epidemiologia. Nutrição do Lactente. Fatores Socioeconômicos. Saúde Materno-Infantil. Estudos de Séries Temporais.

^I Instituto Annes Dias. Subsecretaria de Promoção, Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Departamento de Nutrição Social. Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{IV} Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. ENSP-Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^V Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. Subsecretaria de Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{VI} Departamento de Ensino. Instituto Fernandes Figueira. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{VII} Superintendência de Maternidades. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Inês Rugani Ribeiro de Castro
Instituto de Nutrição Annes Dias
Av. Pasteur, 44 – Botafogo
22290-240 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: inesrc@uol.com.br

Recebido: 13/6/2008

Revisado: 18/4/2009

Aprovado: 11/5/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze time trend in breast-feeding (BF) and exclusive breast-feeding (EBF).

METHODS: Data from a monitoring system, based on surveys conducted during the National Immunization Campaign in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, in 1996, 1998, 2000, 2003 and 2006, were analyzed. Study population was comprised of 19,044 children younger than one year of age, who were present in vaccination stations. A probability cluster sample (vaccination stations), self-weighted and representative of the population of children younger than 12 months of age (<12), was studied for each year. A structured questionnaire with closed questions about the child's diet at the moment of the study and maternal sociodemographic characteristics was applied. The BF and EBF indicators proposed by the World Health Organization were adopted.

RESULTS: BF<12 increased from 61.3% to 73.4% between 1996 and 2006. Similar trend was observed in all age groups analyzed. EBF in children <4 and <6 months of age (EBF<6) increased from 18.8% to 42.4% and from 13.8% to 33.3%, respectively. Improvements in BF>6 and EBF<6 were found in all categories of all maternal sociodemographic variables. For EBF<6, the disadvantage observed in women with a lower level of education in 1996 and in women who worked in 1998 was not completely overcome by 2006.

CONCLUSIONS: BF and EBF increased in the period studied, independently from child age group and maternal socio-demographic characteristics. The differences found among women in distinct sociodemographic situations were not completely overcome.

DESCRIPTORS: Breast Feeding. Epidemiology. Infant Nutrition. Socioeconomic Factors. Maternal and Child Health. Time Series Studies.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o crescente processo de valorização e investimento da prática da amamentação é fruto do envolvimento e mobilização da sociedade civil organizada, da atuação de organismos internacionais e da implementação de políticas públicas.^{13,16,17,a} Contudo, a avaliação da repercussão dessas ações na melhoria dos índices de amamentação é escassa na literatura mundial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 35% das crianças menores de quatro meses sejam exclusivamente amamentadas e que a duração mediana da amamentação seja de 18 meses, com importantes diferenças entre os países e as regiões do mundo.¹⁸

No Brasil, observou-se considerável declínio do aleitamento materno (AM) entre os anos 1960 e 1970 e a intensificação de ações voltadas ao resgate dessa prática a partir da década de 1980.^{1,6,8,10,14,15} Pesquisas nacionais revelam que a mediana de duração do AM passou de 74 dias em 1975 para 134 dias em 1989, para aproximadamente 210 dias em 1996 e para 282 dias em 2006.^{15,b,c,d} No que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo (AME), estimou-se, em 1986, que 3,6% de bebês menores de quatro meses de idade recebiam somente leite materno sem qualquer outro líquido ou alimento sólido.^e Em 1999, estudos nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal indicaram que

^a World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva; 2001. (Note for the Press, 7).

^b Leão MM, Coitinho DC, Recine E, Costa Lal, Lacerda AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Rio de Janeiro, 1989. p.97-110.

^c Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro; 1997

^d Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília; 2008.

^e Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. São Paulo: UNICEF; 1997. (Série Cadernos de Políticas Sociais. Documentos para Discussão, 1).

as prevalências de AM e de AME aos seis meses de idade variaram de 53,8% a 84,6% e de 2,8% a 16,9%, respectivamente. Entre crianças com quatro meses de idade, essas prevalências variaram, respectivamente, de 64,6% a 90,0% e de 7,2% a 32,2%.¹¹ Em média, a prevalência de AME entre crianças com idade entre zero e quatro meses foi de 35,6%.¹⁴ Em 2006, estudo nacional indicou, para crianças menores de seis meses, prevalências de AM e AME de, respectivamente, 91,8 e 39,8%.^a Esse conjunto de resultados aponta importante aumento da amamentação nas últimas décadas no Brasil.

Em consonância com o processo de intensificação da promoção da amamentação no País, a cidade do Rio de Janeiro, RJ, vem implementando diversas estratégias desde a década de 1980. Visando acompanhar as tendências temporais dessa prática na cidade, com o apoio de diversas instituições acadêmicas, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) implantou um sistema de monitoramento de base populacional das práticas alimentares em menores de um ano de idade em 1996.^b

O objetivo do presente estudo foi analisar a tendência temporal da prática de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo e sua evolução segundo características sociodemográficas maternas.

MÉTODOS

Foram utilizados dados de inquéritos conduzidos como atividade de rotina da (SMS-Rio). Esses inquéritos são realizados durante as campanhas nacionais de Vacinação contra Poliomielite (cobertura média de 98,7% do público-alvo, na cidade, no período de estudo), a partir dos quais são construídos indicadores referentes à alimentação atual da criança ("current status").^{3,14} Foram analisados dados dos inquéritos de 1996, 1998, 2000, 2003 e 2006.

A população de estudo foi constituída de crianças menores de um ano de idade. Amostras probabilísticas por conglomerado (postos de vacinação) auto-ponderadas representativas dessa população foram calculadas com base no número de menores de um ano vacinados em cada posto de vacinação no ano anterior à realização de cada inquérito.

A coleta de dados se deu por meio de aplicação de questionário estruturado fechado aos acompanhantes das crianças por voluntários treinados, em sua maioria alunos de cursos de graduação em nutrição, supervisionados por profissionais da SMS-Rio e por docentes de universidades parceiras.

Embora os inquéritos tenham sido planejados para serem realizados na primeira etapa da campanha de vacinação, por limitações logísticas, até o ano de 2003, parte das entrevistas (em média, 37%) foi realizada na segunda etapa. Para evitar que uma mesma criança fosse entrevistada duas vezes, em cada etapa a coleta de dados cobriu parte do território do município, fazendo com que postos de vacinação de uma mesma área geográfica fossem estudados em uma única etapa.

O questionário utilizado abordou os seguintes temas: alimentação da criança no momento do estudo (sendo utilizado método de freqüência alimentar em 1996 e, a partir de 1998, recordatório de 24h); características do parto e do nascimento; alimentação no primeiro dia em casa (para menores de quatro meses de idade) e características maternas (idade, paridade, escolaridade, trabalho no momento do estudo). Algumas alterações ocorridas no questionário ao longo do período estudado não comprometeram a comparabilidade entre os inquéritos no que diz respeito aos indicadores de amamentação e de amamentação exclusiva.

Foram adotadas as categorias da OMS de amamentação:^c aleitamento materno exclusivo (AME) – crianças que recebiam somente leite materno e não recebiam outros líquidos ou sólidos com exceção de suplementos minerais, vitaminas ou medicamentos; aleitamento materno (AM) – crianças que recebiam leite materno, com ou sem complementos.

Assim, os indicadores de amamentação construídos para análise da tendência temporal foram: prevalências de AME e AM entre crianças com idade abaixo de quatro meses, entre quatro e 5,9 meses e abaixo de seis meses (respectivamente AME<4, AME4-5,9, AME<6, AM<4, AM4-5,9 e AM<6) e prevalência de AM para crianças a partir de seis e abaixo de 12 meses de idade (AM≥6 e AM<12). O erro-padrão das estimativas de prevalência foi calculado levando-se em conta o desenho da amostra por conglomerado.

Para a comparação das estimativas de amamentação entre os anos de estudo, visando controlar o possível efeito que eventuais mudanças do perfil sociodemográfico das mães das crianças estudadas pudessem ter sobre as prevalências estimadas, foi realizada análise de regressão logística para cada um dos indicadores de amamentação construídos. A variável dependente foi o indicador de amamentação e as independentes foram o ano dos inquéritos e as características maternas disponíveis: idade (<20, 20-24, 25-29, 30-34 e ≥35 anos) e escolaridade (<7, 8-10 e ≥11 anos de estudo).

^a Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília; 2008.

^b Castro IRR, Damião JJ, Montenegro CA, Gomes MASM, Azevedo AMF, Brasil CLP, et al. Breast-feeding Surveillance System (BSS) nested in national days of vaccination: design and findings in the city of Rio de Janeiro (Rio)-Brazil. In: Abstracts of International Congress of Nutrition. Vienna: Austrian Nutrition Society; 2001. p.437.

^c World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Report of an informal meeting. Geneva; 1991.

Foram realizados dois tipos de comparação entre os anos. Primeiro, o ano de estudo foi inserido no modelo como variável *dummy*, sendo examinadas as razões de chance de prevalência (RCP) de cada ano em relação ao ano-base (1996). Considerou-se que as estimativas de RCP eram estatisticamente significativas quando seus intervalos de confiança não incluíam o valor 1.

Em seguida, para exame da tendência linear das estimativas de prevalência, o ano de estudo foi inserido no modelo como variável contínua, sendo considerada tendência estatisticamente significativa quando a variável ano apresentava valor de $p<0,05$ para a estatística de Wald.

Foram realizadas, ainda, análises adicionais de tendência linear para os desfechos de interesse utilizando-se o conjunto de dados de 1998 a 2006 e sendo consideradas no ajuste todas as características maternas disponíveis para esse período: idade, escolaridade, primiparidade (sim ou não) e trabalho (sim ou não).

O exame da evolução da amamentação segundo características maternas foi realizado para os indicadores AME <6 e AM ≥6 , com base na recomendação internacional^a de amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e manutenção da amamentação até dois anos ou mais. Para essa análise, a comparação entre os anos de estudo segundo idade e escolaridade maternas foi feita por meio de modelos de regressão que consideraram o conjunto de dados 1996-2006 e que incluíram como variáveis independentes o ano de estudo e a escolaridade e a idade maternas. Para análise da evolução desses indicadores segundo paridade e trabalho maternos, tendo em vista que essas informações só estavam disponíveis a partir de 1998, foram utilizados modelos que consideraram o conjunto de dados 1998-2006 e que incluíram como variáveis independentes o ano de estudo e a escolaridade, a idade, a paridade e o trabalho maternos.

A análise da associação entre AM ≥6 e AME <6 e características maternas para cada ano utilizou modelos de regressão logística.

Tendo em vista a diferença de intervalos de tempo entre os estudos, a análise de tendência foi complementada com o exame da taxa de variação anual absoluta das prevalências de AM e AME segundo faixas etárias selecionadas.

Os bancos de dados foram construídos utilizando-se o software Epi Info versão 6.04 e a análise de dados foi realizada utilizando-se o software SPSS versão 13.0.

A representatividade populacional das amostras foi examinada pela comparação de algumas variáveis do

estudo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Foram comparadas as seguintes variáveis: baixo peso ao nascer (% $<2500g$), idade e escolaridade maternas (categorizada em <7 , 8-11 e ≥12 anos de estudo, seguindo estrutura do Sinasc).

A população estudada nos cinco inquéritos totalizou 19.044 crianças menores de um ano, sendo estudadas 3.738, 3.742, 3.652, 4.279, 3.633 crianças, respectivamente nos anos de 1996, 1998, 2000, 2003 e 2006. A distribuição das amostras em relação à idade da criança e às características maternas está apresentada na Tabela 1.

Os inquéritos realizados seguiram os padrões éticos exigidos pela Declaração de Helsinque e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A partir de 2003, os protocolos de pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

Para o total de crianças estudadas, AM <12 aumentou de 61,3% a 73,4% entre 1996 e 2006 (p de tendência=0,000), com aumento estatisticamente significativo a partir de 2003 (quando considerados os modelos que trataram o ano de estudo como variável *dummy*). Tendência similar de aumento foi também observada em todas as faixas etárias analisadas (Tabela 2).

O AME apresentou tendência linear de aumento em todas as faixas etárias analisadas ($p=0,000$), sendo observadas, ao final do período estudado, prevalências entre 2,3 e 2,5 vezes maiores do que as do início do período (Tabela 3). Diferenças estatisticamente significativas para AME <4 , AME <6 e AME4-5,9 foram observadas a partir de, respectivamente, 2000, 1998 e 2006 (quando considerados os modelos que trataram o ano de estudo como variável *dummy*).

Análises adicionais de tendência linear levando-se em conta o conjunto de dados de 1998 a 2006 e todas as variáveis maternas disponíveis para este período (idade, escolaridade, primiparidade e trabalho) também apresentaram tendência de aumento estatisticamente significativa para ambos os indicadores (AM e AME) em todos as faixas etárias analisadas, ($p=0,000$, exceto para AM <4 meses ($p=0,001$) e para AME4-5,9 ($p=0,002$)).

No período de 1996 a 2006, as taxas médias de aumento de AME <4 e AME <6 foram superiores às observadas para AM <6 e AM ≥6 , sendo as variações mais elevadas observadas para AME no período de 2003-06 e, para AM, no período de 2000-03 (Tabela 4).

^a World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva; 2001.

Tabela 1. Distribuição da população estudada segundo idade da criança e características maternas por ano do estudo. Rio de Janeiro, RJ, 1996-2006.

Variável	Ano do inquérito											
	1996		1998		2000		2003		2006			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Faixa etária da criança (meses)												
< 4	1.242	33,2	1.191	31,8	1.268	34,7	1.486	34,7	1.264	34,5		
4 - 5,9	708	18,9	649	17,3	642	17,6	736	17,2	536	15,4		
6 - 12	1.788	47,8	1.902	50,8	1.742	47,7	2.057	48,1	1.833	50,1		
Faixa etária materna (anos)												
< 20	624	16,8	698	18,8	646	17,8	694	16,4	597	16,4		
20 - 24	1.057	28,5	1.047	28,3	1.019	28,1	1.192	28,2	975	26,8		
25 - 29	889	20,4	910	24,6	890	24,6	1.072	25,3	896	24,6		
30 - 34	701	18,9	635	17,1	656	18,1	746	17,6	684	18,8		
≥ 35	437	11,8	414	11,2	412	11,4	530	12,5	485	13,3		
Escolaridade materna (anos completos de estudo)												
≤ 7	1.630	45,5	1.589	44,5	1.448	41,7	1.432	35,3	1.070	30,0		
8 - 10	856	23,9	901	25,3	917	26,4	1.102	27,2	938	26,3		
≥ 11	1.097	30,6	1.077	30,2	1.107	31,9	1.524	37,6	1.556	43,7		
Primiparidade	---	---	3.710 ^a	47,6	3.647 ^a	46,4	4.236 ^a	45,3	3.620 ^a	48,5		
Trabalho materno	---	---	3.703 ^a	24,4	3.621 ^a	21,2	4.232 ^a	23,1	3.614 ^a	26,8		

^a Número de casos com a informação para a variável.

Observou-se tendência de aumento estatisticamente significativa de AME<6 e de AM≥6 entre mães de todas as faixas etárias e níveis de escolaridade, entre mães primíparas e multíparas e entre mães que trabalhavam e que não trabalhavam no momento do estudo (*p* de tendência=0,000 em todas as situações).

Modelos que trataram o ano de estudo como variável *dummy* indicaram diferenças estatisticamente significativas nas estimativas de AME<6 e AM≥6 ao longo do período estudado, corroborando os resultados obtidos por meio dos modelos de regressão linear.

O exame da associação entre AME<6 e AM≥6 e características maternas mostrou não haver associação entre

esses indicadores e idade e paridade maternas (exceto para idade e AME<6 em 1996 e pra paridade e AM≥6 em 1998). A escolaridade materna mostrou-se diretamente associada ao AME<6, mas não ao AM≥6 (exceto em 1996) e o trabalho materno se mostrou associado aos dois indicadores em todos os anos de estudo em que essa informação estava disponível. A desvantagem observada entre mulheres de menor escolaridade não foi superada até 2006. Por outro lado, a vantagem observada para AME<6 entre as mulheres que não trabalhavam diminuiu no período estudado, passando a razão de prevalência desse indicador de 2,73 em 1996 para 1,86 em 2006. Isso ocorreu em função do aumento proporcionalmente maior de AME entre as mulheres que trabalhavam (Tabela 5).

Tabela 2. Prevalência de aleitamento materno em crianças menores de 12 meses de idade segundo faixa etária da criança por ano do estudo. Rio de Janeiro, RJ, 1996-2006.

Faixa etária (meses)	Ano do inquérito					Valor p ^b
	1996 % (EP) ^a	1998 % (EP)	2000 % (EP)	2003 % (EP)	2006 % (EP)	
<4	81,6 (1,3)	82,4 (1,2)	85,8 (0,9)	88,4 (0,9)	89,7 (1,1)	0,000
4 - 5,9	62,3 (2,2)	61,6 (2,1)	59,7 (2,0)	72,1 (1,8)	75,0 (1,5)	0,000
<6	74,6 (1,2)	75,1 (1,3)	77,0 (1,0)	83,0 (0,9)	85,2 (1,0)	0,000
≥6	46,8 (1,2)	45,0 (1,5)	45,1 (1,3)	53,8 (1,2)	61,8 (1,3)	0,000
Total	61,3 (1,0)	59,8 (1,1)	61,8 (1,0)	68,9 (0,8)	73,4 (0,9)	0,000

^a Ero padrão da estimativa.

^b Para tendência linear, ajustando-se para idade e escolaridade maternas.

Tabela 3. Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de idade segundo faixa etária por ano do inquérito. Rio de Janeiro, RJ, 1996-2006.

Faixa etária (meses)	Ano do inquérito					Valor p
	1996 % (EP)*	1998 % (EP) ^a	2000 % (EP)	2003 % (EP)	2006 % (EP)	
< 4	18,8 (1,4)	22,1 (1,3)	23,9 (1,2)	31,3 (1,5)	42,4 (1,8)	0,000
4-5,9	5,1 (0,7)	7,4 (1,2)	6,5 (1,1)	7,1 (0,8)	13,0 (1,5)	0,000
<6	13,8 (0,9)	16,9 (1,0)	18,1 (1,0)	23,3 (1,0)	33,3 (1,5)	0,000

^a Erro padrão da estimativa.

^b Para tendência linear, ajustando-se para idade e escolaridade maternas.

DISCUSSÃO

Com base nos cinco inquéritos realizados, pode-se afirmar que houve aumento da prevalência de AM entre crianças menores de um ano, tanto no primeiro quanto no segundo semestre de vida, e grande aumento de AME nas três faixas etárias estudadas (<4; 4 a 5,9; e <6 meses). Ainda, o incremento de AME<6 e AM≥6 ocorreu entre mães de todas as faixas etárias e níveis de escolaridade, entre mães primíparas e múltiparas e entre mães que trabalhavam e que não trabalhavam no momento do estudo. A desvantagem observada para AME<6 entre mães que trabalhavam diminuiu, mas não foi completamente superada ao final do período estudado.

No tocante à representatividade populacional das amostras, a distribuição de idade materna em todos os anos estudados foi semelhante à observada no Sinasc. Por outro lado, na distribuição de escolaridade materna, observou-se sub-representação do segmento de mulheres com maior escolaridade (12 ou mais anos de estudo) (média de 12,1% nos estudos e de 24,4% no Sinasc). Por consequência, as estimativas de prevalência de AME, que se mostrou associada positivamente com escolaridade materna, podem estar subestimadas no presente estudo. Ou seja, a magnitude de AME é no mínimo a observada. O cotejamento desses achados com os de outros estudos não é simples, uma vez que tanto os métodos adotados para coleta de

dados quanto os indicadores construídos muitas vezes não são comparáveis. Estudos realizados em cidades de diferentes regiões do Brasil, no período entre 1997 e 2002, com metodologia comparável e adoção de pelo menos uma dessas categorias: AME<4, AME<6 ou AM<12. Reunidos, eles oferecem dados de 143 cidades.^{4,5,8,11,12,14,15}

Nesses estudos, AME<4 variou de 18,8% (município do Rio de Janeiro, em 1996, dados do presente estudo) a 48,8%¹⁵ (Feira de Santana, BA, em 2001). O melhor resultado para AME<4 observado no Rio de Janeiro (42,4% em 2006) foi inferior aos observados em Florianópolis, SC, em 1997 (46,3%),⁵ quase dez anos antes, e em Feira de Santana em 2001 (48,8%). A média de AME<4 observada para as capitais de estados brasileiros em 1999 (35,6%) foi superior em mais de dez pontos percentuais à estimada para o Rio de Janeiro no mesmo ano (23%, quando interpolados os dados obtidos nos inquéritos de 1998 e 2000).

Comparando-se os valores de AME<6, disponíveis para um número menor de estudos, observou-se que, em 1999, a cidade do Rio de Janeiro apresentava índice superior aos da média de 111 municípios do estado de São Paulo (17,5 (quando interpolados os resultados de 1998 e 2000) e 13,9%, respectivamente).¹⁴ No entanto, os melhores resultados obtidos para a cidade do Rio de Janeiro (33,3% em 2006) foram inferiores aos registrados em Feira de Santana (38,5% em 2001).

Tabela 4. Taxa de variação anual absoluta (pontos percentuais) da prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em crianças menores de um ano de idade segundo faixa etária por período de tempo. Rio de Janeiro, RJ, 1996-2006.

Categorias de aleitamento e idade da criança (em meses)	Período de tempo				
	1996 / 1998	1998 / 2000	2000 / 2003	2003 / 2006	1996 / 2006
Aleitamento materno exclusivo					
< 4	1,65	0,90	2,47	3,70	2,36
< 6	1,55	0,60	1,73	3,33	1,95
Aleitamento materno					
< 6	0,25	0,95	2,00	0,73	1,06
≥ 6	-0,90	0,05	2,90	2,67	1,50

Tabela 5. Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses de idade (AME<6) e aleitamento materno em crianças entre 6 e 12 meses de idade (AM≥6) segundo variáveis sociodemográficas maternas por ano de estudo. Rio de Janeiro, RJ, 1996 -2006.

Variável	AME < 6					AM ≥ 6				
	1996 % (EP) ^a	1998 % (EP)	2000 % (EP)	2003 % (EP)	2006 % (EP)	1996 % (EP)	1998 % (EP)	2000 % (EP)	2003 % (EP)	2006 % (EP)
Faixa etária (anos)										
<20	9,3 (1,3)	12,8 (1,8)	16,6 (1,9)	22,0 (2,8)	31,3 (2,6)	47,3 (3,8)	38,3 (3,0)	48,5 (2,8)	54,2 (3,0)	65,3 (3,1)
20-24	11,9 (1,6)	15,4 (1,5)	16,2 (1,7)	21,7 (1,7)	30,3 (2,3)	46,8 (2,3)	46,5 (2,3)	45,5 (2,2)	54,9 (2,2)	58,5 (2,2)
25-29	17,2 (1,9)	19,5 (2,1)	19,8 (2,2)	26,1 (2,3)	34,8 (2,5)	50,9 (2,5)	46,3 (2,3)	47,2 (2,5)	54,1 (2,0)	62,7 (2,2)
30-34	16,5 (2,0)	19,2 (2,3)	20,5 (2,3)	22,8 (2,4)	38,9 (2,9)	45,4 (2,6)	45,0 (3,3)	42,2 (3,0)	54,3 (2,7)	60,5 (2,9)
≥ 35	14,3 (2,1)	20,8 (2,6)	18,7 (2,7)	24,8 (2,5)	33,3 (3,8)	44,0 (3,5)	47,6 (4,1)	40,9 (3,4)	51,9 (2,9)	64,7 (2,7)
Valor p ^b	0,020	0,614	0,427	0,522	0,071	0,250	0,211	0,495	0,583	0,300
Escolaridade (anos)										
≤ 7	12,1 (1,2)	13,3 (1,1)	15,7 (1,3)	21,0 (1,5)	26,7 (1,9)	51,2 (1,5)	49,4 (1,8)	47,1 (1,9)	57,2 (2,2)	63,9 (2,7)
8 - 10	13,3 (1,7)	13,5 (1,5)	20,8 (2,0)	21,5 (1,8)	34,5 (2,4)	45,9 (2,3)	44,7 (2,7)	46,2 (2,2)	57,7 (2,1)	61,4 (2,8)
≥ 11	17,1 (1,7)	25,4 (2,0)	19,3 (1,7)	27,0 (1,6)	37,8 (2,1)	42,6 (1,9)	41,1 (2,8)	42,7 (2,9)	50,5 (1,9)	61,0 (1,8)
Valor p ^c	0,156	0,000	0,032	0,017	0,002	0,005	0,106	0,869	0,396	0,510
Trabalho										
Sim	—	7,0 (1,6)	9,1 (1,8)	16,5 (2,0)	19,9 (2,2)	—	38,4 (2,2)	33,7 (2,1)	44,7 (2,2)	53,9 (2,0)
Não	—	19,1 (1,1)	19,8 (1,1)	24,7 (1,2)	37,0 (1,8)	—	47,9 (1,8)	49,6 (1,4)	57,9 (1,3)	65,7 (1,6)
Valor p ^d	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
Primiparidade										
Sim	—	14,6 (1,4)	17,5 (1,4)	24,0 (1,6)	33,1 (1,7)	—	42,1 (1,9)	45,6 (1,6)	52,4 (1,8)	58,5 (1,8)
Não	—	18,8 (1,3)	18,7 (1,3)	22,8 (1,2)	33,2 (1,9)	—	48,0 (1,9)	44,7 (1,6)	55,0 (1,7)	64,9 (1,7)
Valor p ^e	0,045	0,646	0,831	0,743	0,528	0,893	0,256	0,177		

^a Erro padrão da estimativa.

^b Ajustando-se para escolaridade materna em 1996 e para escolaridade, primiparidade e trabalho maternos a partir de 1998.

^c Ajustando-se para idade materna em 1996 e para idade, primiparidade e trabalho maternos a partir de 1998.

^d Ajustando-se para idade, escolaridade e primiparidade maternas.

^e Ajustando-se para idade, escolaridade e trabalho maternos.

Já em relação ao AM<12, também disponível em um número menor de estudos, os índices variaram de 50,7% (João Pessoa, PB, em 1997)⁵ a 73,4% (Rio de Janeiro, RJ, em 2006).

Esses resultados mostram a grande heterogeneidade do AM e do AME em diferentes realidades brasileiras. Além de possíveis diferenças culturais, socioeconômicas e demográficas entre as localidades, outro aspecto que pode explicar essa heterogeneidade é o nível de

implementação de políticas públicas que promovam amamentação em cada uma dessas realidades, omitido em quase todos os estudos.¹⁴

A associação positiva entre AME<6 e escolaridade materna observada no presente estudo corrobora os resultados obtidos no estudo de 111 cidades de São Paulo,¹⁴ enquanto a associação positiva entre AM>6 e trabalho materno reforça os achados de estudo realizado em Londrina, PR, referentes a AM entre crianças menores de um ano.¹²

A dinâmica de evolução de AM e AME observada entre 1996 e 2006 pode ser dividida em dois períodos: no primeiro, de 1996 a 2000, foram registrados estabilidade de AM em todas as faixas etárias estudadas e aumento de AME<6. No segundo, de 2000 a 2006, foram registrados aumento de AM em todas as faixas etárias e aumento de AME<6 em ritmo mais intenso do que entre 1996 e 2000 tanto entre crianças com idade <4 quanto entre 4 a 5,9 meses. Esses dados indicam a complexidade da evolução dessas práticas, sugerindo a necessidade do monitoramento dessa dinâmica como instrumento para a formulação e, quando necessário, o redirecionamento de ações de promoção da amamentação. Isso porque, assim como são heterogêneas as prevalências de AME e AM em cada realidade, as dinâmicas de sua evolução também podem ser heterogêneas, uma vez que elas parecem estar influenciadas pela magnitude inicial dessas práticas e pelas diferenças nas abordagens adotadas nas ações de promoção que venham a ser desenvolvidas.¹⁴

O relevante aumento de AM e AME no Rio de Janeiro é condizente com a intensificação de ações de promoção da amamentação no País e na cidade nas últimas décadas. Em âmbito nacional, os aspectos que caracterizam esse processo são: a coordenação nacional das ações, a articulação entre poder público e sociedade civil, as ações inovadoras de mobilização social, as campanhas de mídia e a efetiva implementação de estratégias propostas internacionalmente, como a regulamentação da propaganda e venda de alimentos substitutos do leite materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a implementação de uma rede bancos de leite humano, a realização anual da semana de mobilização sobre amamentação e a capacitação de recursos humanos.^{1,9,10,14}

Todas essas atividades vêm sendo desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro. Como resultado disso, em 2006 observou-se que, do total de nascidos vivos em maternidades municipais, 77,4% foram atendidos em unidades credenciadas na IHAC, o que corresponde a 27,4% do total de nascidos vivos residentes nesse município.

Além dessas atividades, a partir do ano 2000 foi instituída no município do Rio de Janeiro Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), que visa à promoção, proteção e apoio à amamentação na rede básica de saúde.⁷ Inspirada na IHAC e em consonância com a proposição de organização das ações de saúde em linhas de cuidado, a Iniciativa propõe diretrizes para ações desde o pré-natal até os primeiros anos de vida e aborda a prática da amamentação considerando aspectos da sexualidade, das transformações ocorridas durante a gravidez e lactação, dos direitos das mulheres trabalhadoras e estudantes, dentre outros. Ainda, são valorizados os princípios do aconselhamento em amamentação.⁷ Ao que parece, a implementação da IUBAAM influenciou a intensificação do aumento de AM e AME, conforme sugerem os achados de estudo realizado em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro.²

Em conclusão, os resultados aqui apresentados revelaram a dinâmica de evolução do AM e do AME durante uma década em uma capital de estado, de um país em desenvolvimento. Foi mostrado o quanto essa prática pode se alterar em períodos curtos de tempo, sugerindo que o investimento em ações de promoção podem de fato repercutir positivamente para o aumento de sua prevalência.

REFERÊNCIAS

1. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):119-25. DOI:10.1590/S0104-11691998000300009
2. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma Unidade Básica de Saúde. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(2):147-153. DOI:10.2223/JPED.1774
3. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SI. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saude Publica*. 1998;32(5):430-6. DOI:10.1590/S0034-89101998000500005
4. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004;20:172-9. DOI:10.1590/S0102-311X2004000100033
5. Kitoko PM, Rea MF, Venâncio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saude Publica*. 2000;16(4):1111-9. DOI:10.1590/S0102-311X2000000400029
6. Monteiro CA, Zuniga HPP, Benício MH, Rea MF, Tudisco ES, Sigulem DM. The Recent Revival of Breastfeeding in the City of São Paulo, Brazil. *Am J Public Health*. 1987;77(8):964-6. DOI:10.2105/AJPH.77.8.964
7. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1901-10. DOI:10.1590/S0102-311X2005000600040
8. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(3):407-14. DOI:10.1590/S0104-11692005000300016
9. Rea MF, Toma TS. Amamentação: evidências científicas e ações para incentivar sua prática. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. Epidemiologia nutricional. Rio de Janeiro. Atheneu; 2007. p.427-44.
10. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;19(Supl 1):37-45. DOI:10.1590/S0102-311X2003000700005
11. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(6):520-4. DOI:10.1590/S0104-42302007000600020
12. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP, Oliveira MMB, Venâncio SI. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5(2):155-62. DOI:10.1590/S1519-38292005000200003
13. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol*. 1998;11(1):40-9. DOI:10.1590/S1415-790X199800100005
14. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006; 9(1):40-6.
15. Vieira GO, Guerra de Almeida JA, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2004;4(2):143-50. DOI:10.1590/S1519-38292004000200004
16. World Health Organization / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Florence; 1990.
17. World Health Organization. Breast-feeding – the technical basis and recommendations for action. Geneva; 1993.
18. World Health Organization. Global data bank on breastfeeding. Geneva; 1996.

Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Pediatria, Rio de Janeiro, RJ, em 2008.