

Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida

Risks associated with the weaning process in children born in a university hospital: a prospective cohort in the first year of life, São Paulo, 1998-1999

Milena Baptista Bueno ¹
 José Maria Pacheco de Souza ²
 Sonia Buongermino de Souza ¹
 Suzana Maria Rebelo Sampaio da Paz ¹
 Suely Godoy Agostinho Gimeno ³
 Arnaldo Augusto Franco de Siqueira ⁴

¹ Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, São Paulo, SP 01246-904, Brasil. mibueno@usp.br

² Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, São Paulo, SP 01246-904, Brasil.

³ Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. Rua Pedro de Toledo 675, São Paulo, SP 04039-032, Brasil.

⁴ Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, São Paulo, SP 01246-904, Brasil.

Abstract This study describes breastfeeding practices with children born in a university hospital in the city of São Paulo, Brazil, and identifies factors associated with duration of breastfeeding and exclusive breastfeeding. A cohort of 506 children was identified; of these, it was possible to analyze information on feeding practices for 450 infants at least until the second month of life. Daily information on infant feeding was recorded by mothers in a food frequency questionnaire. Survival analysis techniques (Kaplan-Meier and Cox) were used. Median duration of breastfeeding and exclusive breastfeeding were 205 and 23 days, respectively. The principal factors related to exclusive breastfeeding were mother's age (hr young/old = 1.22; 95% CI = 1.006-1.486) and mother's schooling (hr primary/university = 2.13; 95% CI = 1.381-3.307 and hr secondary/university = 1.78; 95% CI = 1.145-2.792), which could be related to knowledge concerning the benefits of exclusive breastfeeding.

Key words Breastfeeding; Cohort Studies; Weaning

Resumo O objetivo do estudo foi descrever a prática do aleitamento materno de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo, e identificar fatores associados com a duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. Criou-se uma coorte potencial de 506 recém-nascidos, destas, foi possível utilizar informações de 450 que tinham dados sobre alimentação, pelo menos, até o segundo mês de vida. A mãe anotava diariamente, em um questionário de frequência alimentar, os alimentos consumidos pela criança. Técnicas de análise de sobrevivência (Kaplan-Meier e Cox) foram utilizadas para as análises. A mediana do aleitamento materno foi 205 dias e do aleitamento materno exclusivo 23 dias. Os fatores de importância na duração do aleitamento materno exclusivo foram idade da mãe (rh mais jovem/mais velha = 1,22; IC95% = 1,006-1,486) e escolaridade da mãe (rh fundamental/superior = 2,13; IC95% = 1,381-3,307 e rh médio/superior = 1,78; IC95% = 1,145-2,792), podendo estar relacionadas com o conhecimento dos benefícios do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave Aleitamento Materno; Estudos de Coortes; Desmame

Introdução

Durante anos, a alimentação no seio representou a forma natural e praticamente única de alimentar uma criança nos primeiros meses de vida (Jelliffe & Jelliffe, 1978). Até o início do século XX, o aleitamento materno se prolongava até dois anos de idade ou mais, mas, com a incorporação da mulher no mercado de trabalho, a prática do aleitamento materno diminuiu. O declínio teve início nos países desenvolvidos e nas classes sociais mais favorecidas. Posteriormente, ocorreu, também, nos países em desenvolvimento, começando da mesma forma, pelas camadas sociais mais favorecidas (Venâncio & Monteiro, 1998). Essa tendência ampliou-se de tal modo que tornou o desmame precoce e a alimentação artificial práticas habituais em boa parte do século XX. Essa situação de abandono progressivo do aleitamento materno e sua substituição pelo aleitamento artificial é apontada como um dos fatores responsáveis pela alta morbi-mortalidade no primeiro ano de vida em países em desenvolvimento (Monteiro & Rea, 1988). Victora et al. (1987) evidenciaram risco de morte por diarreia até vinte vezes maior em crianças completamente desmamadas antes de 2 meses de idade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno exclusivo seja mantido até os seis meses de idade da criança, a partir de quando é necessária a introdução de alimentos complementares, em conjunto com a amamentação até os 24 meses (WHO, 2001).

No Brasil, a tendência de desmame precoce vem se revertendo há alguns anos. Monteiro (1997) encontrou um aumento acentuado da prática do aleitamento materno especialmente entre mulheres de maior poder aquisitivo e/ou maior escolaridade. Esses achados foram confirmados por Venâncio & Monteiro (1998), que, analisando a prática do aleitamento materno nas décadas de 70 e 80, também encontraram uma tendência ascendente. O presente trabalho descreve a prática do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo de crianças nascidas em um hospital universitário e procura identificar possíveis associações com variáveis indicadoras das condições sócio-econômicas.

Metodologia

Estudou-se uma coorte de crianças nascidas na maternidade de um hospital universitário, situado no Município de São Paulo. Foram in-

cluídas crianças nascidas sem intercorrência, de mães residentes na área de abrangência do hospital ou funcionárias/alunas da universidade, que concordaram em participar da pesquisa. Não foram incluídas crianças com malformação congênita, gêmeas, que necessitassem de internação hospitalar por um período superior a cinco dias, com morte materna, ou com a mãe necessitando internação por mais de cinco dias.

Os programas de promoção ao aleitamento materno no hospital universitário se limitavam a cartazes de incentivo a esta prática e alojamento conjunto. No período da pesquisa, este hospital não havia aderido aos “dez passos para o sucesso da amamentação” (OMS, 1989).

Concordaram em participar da pesquisa 609 mães (limite da factibilidade operacional), selecionadas quatro ao dia, na ordem de internação por ocasião do parto, a partir de outubro de 1998; 21 crianças foram excluídas por não residirem na região de abrangência da pesquisa. Na primeira visita, o endereço de 82 mães não foi encontrado. Assim, a coorte potencial foi constituída por 506 crianças que tiveram ao menos uma entrevista domiciliar.

No período de um ano, foram realizadas oito entrevistas com a mãe, sendo a primeira no hospital e as seguintes no domicílio, programadas para as idades de 15, 30, 60, 90, 180, 270 e 360 dias de vida da criança. Cada mãe recebeu, periodicamente, um questionário de frequência alimentar qualitativo, desenhado na forma de planilha de leitura ótica, para anotação diária da alimentação da criança. O primeiro questionário de frequência alimentar era deixado com a mãe na entrevista inicial no hospital, para que ela anotasse, diariamente, em sua casa, os alimentos e preparações consumidos pela criança. Nas visitas domiciliares, a entrevistadora revisava as anotações, recolhia os questionários e entregava um novo para o período seguinte; cada questionário permitia anotações de um período de 60 dias.

Por tratar-se de processo dinâmico, ocorreram 123 desistências e perdas (Figura 1). O principal motivo dessas perdas foi mudança de endereço (83,7%). Os resultados deste trabalho referem-se a 450 crianças, compreendendo as 383 que finalizaram o estudo após um ano e 67 que foram perdidas durante o seguimento mas que devolveram ao menos o primeiro questionário de frequência alimentar, com o registro dos primeiros 60 dias de vida.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as crianças que completaram o seguimento (383), as que não foram localizadas na primeira visita domiciliar (82) e aquelas que

iniciaram o seguimento sem finalizá-lo (123), para as seguintes características: sexo ($p = 0,97$), cor da pele ($p = 0,17$), ordem de nascimento ($p = 0,31$), peso ao nascer ($p = 0,07$), comprimento ao nascer ($p = 0,34$), perímetro cefálico ao nascer ($p = 0,16$), tempo de gestação ($p = 0,77$), ganho de peso na gestação ($p = 0,53$), número de consultas pré-natal ($p = 0,44$), tipo de parto ($p = 0,65$), número de gestações anteriores ($p = 0,43$), hábito de fumar materno durante a gestação ($p = 0,24$), condição marital ($p = 0,83$), idade materna ($p = 0,41$) e escolaridade materna ($p = 0,54$).

As definições das categorias de aleitamento materno foram as recomendadas pela OMS (WHO, 1995) e são caracterizadas por:

- Aleitamento materno: situação na qual a criança recebia leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo alimento sólido ou líquido.
- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebia somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.

As variáveis explanatórias, definidas com base no prontuário médico, foram: sexo, cor da pele (branca/ não-branca), peso ao nascer ($< 3.000\text{kg}$; $3.000-3.500\text{kg}$; $\geq 3.500\text{kg}$) e tipo de parto (cesárea/normal ou fórceps). As informações dadas pela mãe na entrevista hospitalar ou domiciliar e utilizadas na análise foram: hábito de fumar da mãe (Sim/Não), idade materna (≤ 25 anos; >25 anos), número de consultas no pré-natal (< 6 consultas; ≥ 6 consultas), primiparidade (Sim/Não), morar no mesmo domicílio do pai da criança (Sim/Não) e escolaridade materna (até o ensino fundamental/ iniciou o ensino médio/ iniciou o ensino superior). A variável morar na favela foi definida pela entrevistadora na visita domiciliar.

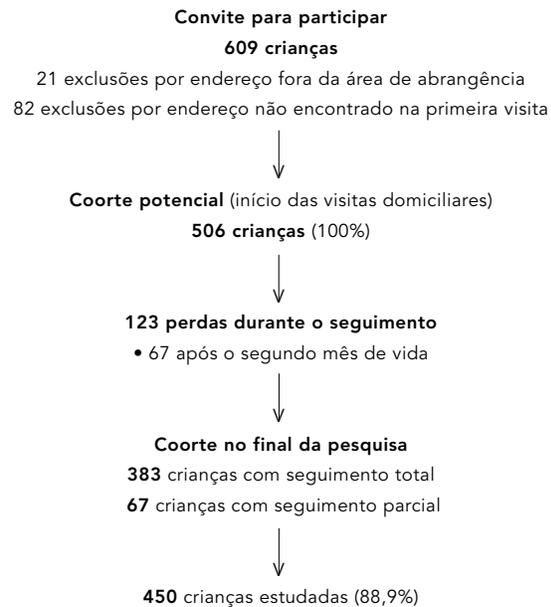
Utilizou-se uma variável síntese explanatória indicadora do poder aquisitivo da família, calculada pela soma da presença (1) ou ausência (0) de carro, televisão por assinatura, telefone e computador citados pela mãe na entrevista domiciliar. Categorizou-se essa variável em: nenhum bem; 1 bem; 2 ou mais bens.

A técnica de análise de sobrevivência foi utilizada com a construção de curvas de crianças ainda em aleitamento materno e ainda em aleitamento materno exclusivo, segundo a técnica Kaplan-Meier. As crianças que não completaram o seguimento de um ano foram censuradas na última informação sobre a alimentação (Klein & Moeschberger, 1997).

As comparações estatísticas foram feitas usando o modelo de Cox (Klein & Moeschberger, 1997), obtendo-se a razão de "hazards" (rh)

Figura 1

Dinâmica da coorte.



quer na situação univariada, quer na multivariada, para as variáveis com proporcionalidade dos riscos ao longo do tempo. A decisão sobre proporcionalidade foi tomada mediante observação de gráficos da transformação $\log(-\log)$ e teste estatístico com variável de interação com o logaritmo do tempo. Tipo de parto, escolaridade materna e hábito de fumar da mãe não apresentaram proporcionalidade de risco em relação ao aleitamento materno e foram analisadas pelo teste "log rank", mas de qualquer forma não entraram no modelo multivariado.

A análise multivariada foi do tipo retirada de cada variável passo a passo, com base em um conjunto inicial de variáveis ("backward stepwise"). O conjunto inicial foi composto pelas variáveis que, individualmente, apresentaram p descritivo $< 0,20$. Em cada passo, era retirada uma variável que apresentasse p descritivo $> 0,05$.

A concordância para participar da pesquisa foi feita por escrito, com assinatura das mães em termo de consentimento livre e esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo e está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>).

Resultados

Das 450 crianças estudadas, 52% eram do sexo masculino, 34,7% residiam em favelas, 58,7% eram brancas e 60% pertenciam a famílias com pelo menos um bem de consumo. O peso médio ao nascer das crianças foi 3.253 gramas, com valor mínimo de 2.200 gramas e valor máximo de 4.600.

Quanto às mães, 54,4% estudaram até o ensino fundamental e 5,5% iniciaram o ensino superior; 55,5% tinham menos de 25 anos, 44,7% eram primíparas, 81,5% declararam morar com o pai da criança e 20,2% eram fumantes. A maioria dos partos foi do tipo normal (73,3%) e a média de consultas no pré-natal foi 7,18 (desvio padrão = 3,11).

A Figura 2 mostra resultados da duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo; 50% das crianças haviam deixado o aleitamento materno até a idade de 205 dias, enquanto esta porcentagem ocorre até a idade de 23 dias quando se trata de aleitamento materno exclusivo. Aproximadamente 30% das crianças receberam leite materno por mais de um ano.

A velocidade de queda da curva de amamentação foi relativamente constante no período observado, já a curva do aleitamento materno exclusivo decaiu muito rapidamente no primeiro mês de vida. Dentre as crianças estudadas, 61,5% receberam outro alimento no primeiro mês de vida. Aos três meses de idade, so-

mente 13,8% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo. Ao final de seis meses, a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo diminuiu para 1,6%.

A Tabela 1 mostra as análises univariadas para aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. As variáveis que entraram inicialmente na modelagem de aleitamento materno foram número de consultas no pré-natal, idade da mãe e número de bens de consumo; no final da modelagem, nenhuma variável permaneceu.

Para a modelagem de aleitamento materno exclusivo, as variáveis iniciais foram sexo, número de consultas pré-natal, idade da mãe, escolaridade da mãe, morar ou não com o pai da criança, hábito de fumar e número de bens de consumo. No final, permaneceram sexo (rh feminino/masculino = 1,22; $p = 0,04$, IC95% = 1,008-1,478), idade da mãe (rh mais jovem/mais velha = 1,22; $p = 0,04$, IC95% = 1,006-1,486) e escolaridade da mãe (rh ensino fundamental/superior = 2,13; $p = 0,001$, IC95% = 1,381-3,307 e rh ensino médio/superior = 1,78; $p = 0,011$, IC95% = 1,145-2,792).

As Figuras 3 e 4 mostram como ocorre a introdução de alimentos (interrupção do aleitamento materno exclusivo), segundo escolaridade e idade materna, conforme a criança avança na idade.

Discussão

Neste estudo, a idade mediana de permanência em aleitamento materno foi 205 dias, muito aquém do preconizado pela OMS (24 meses). No entanto, foi maior que a verificada para o Município de São Paulo, descrita por Monteiro (1997), com mediana de 151 dias, e para outras cidades como Ouro Preto, onde se observou mediana de 189 dias (Passos et al., 2000) e Pelotas, com mediana de 120 dias (Horta et al., 1996).

Não houve diferenças estatisticamente significantes na prática do aleitamento materno segundo as variáveis estudadas. Pérez-Escamilla et al. (1993) observaram que os determinantes da interrupção do aleitamento materno no quarto mês de vida foram introdução precoce de fórmulas e o relato da mãe, ainda no hospital, do período pretendido para amamentar a criança. Entre as mães que no segundo mês de vida da criança já não estavam mais amamentando, fatores como trabalho materno, peso da criança, introdução precoce de fórmulas e quantidade de leite materno produzido estiveram associados à interrupção do aleitamento.

Figura 2

Proporção de crianças em aleitamento materno e em aleitamento materno exclusivo.

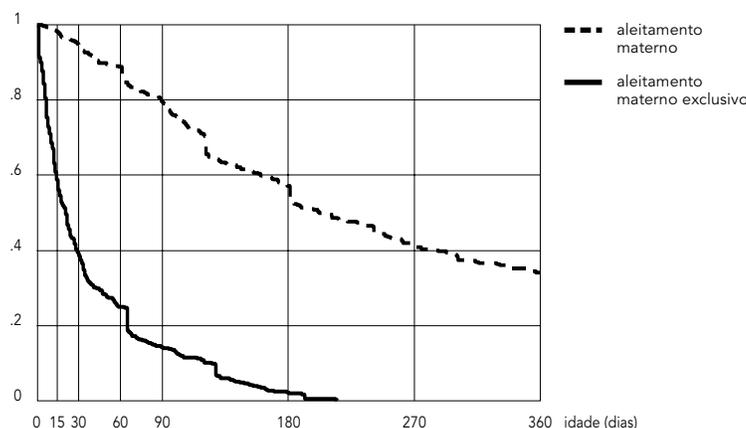


Tabela 1

Análise univariada do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo.

Variáveis	Aleitamento materno			Aleitamento materno exclusivo		
	Rh	IC95%	P	Rh	IC95%	p
Sexo						
Masculino	1			1		
Feminino	0,96	0,76-1,23	0,76	1,22	1,01-1,47	0,04
Cor da pele						
Branca	1			1		
Não-branca	1,02	0,80-1,30	0,87	1,09	0,90-1,31	0,39
Peso ao nascer (g)						
< 3.000	1,04	0,77-1,42	0,78	1,03	0,81-1,31	0,83
3.000 - 3.500	0,98	0,73-1,31	0,89	0,98	0,78-1,24	0,89
≥ 3500	1			1		
Hábito de fumar da mãe						
Não	-	-	0,15 ¹	1,17	0,93; 1,48	0,18
Sim	-	-		1		
Idade materna (anos)						
≤ 25	1,19	0,93-1,52	0,16	1,25	1,03-1,51	0,02
> 25	1			1		
Tipo de parto						
Cesárea	-	-	0,81 ¹	0,98	0,81-1,18	0,81
Normal	-	-		1		
Número de consultas pré-natal						
< 6	0,83	0,63-1,09	0,18	0,84	0,67-1,05	0,12
≥ 6	1			1		
Mãe primípara						
Sim	0,98	0,77-1,24	0,85	0,90	0,74-1,09	0,28
Não	1			1		
Pais moram juntos						
Sim	1,04	0,76-1,44	0,79	0,80	0,63-1,02	0,07
Não	1			1		
Escolaridade materna						
Fundamental	-	-	0,26 ¹	2,29	1,49-3,53	0,000
Médio	-	-		1,93	1,24-2,99	0,003
Superior	-	-		1		
Morar em favela						
Sim	1,16	0,90-1,49	0,24	1,09	0,90-1,33	0,38
Não	1			1		
Indicador síntese² (nº de bens de consumo)						
0	1			1		
1	0,80	0,59-1,09	0,16	0,90	0,71-1,14	0,38
≥ 2	0,88	0,67-1,17	0,38	0,72	0,57-0,90	0,004

1 Teste "log rank".

2 Somatória da presença (1) ou ausência (0) dos bens de consumo: carro, televisão por assinatura, telefone e computador.

Rh = razão de hazards.

Figura 3

Crianças em aleitamento materno exclusivo, segundo escolaridade materna.

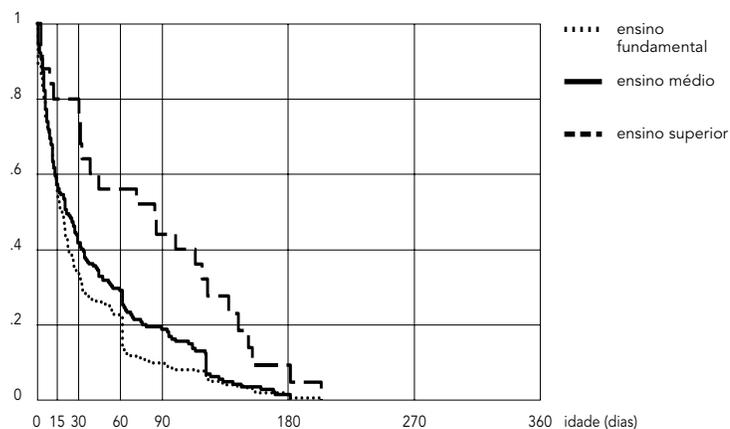
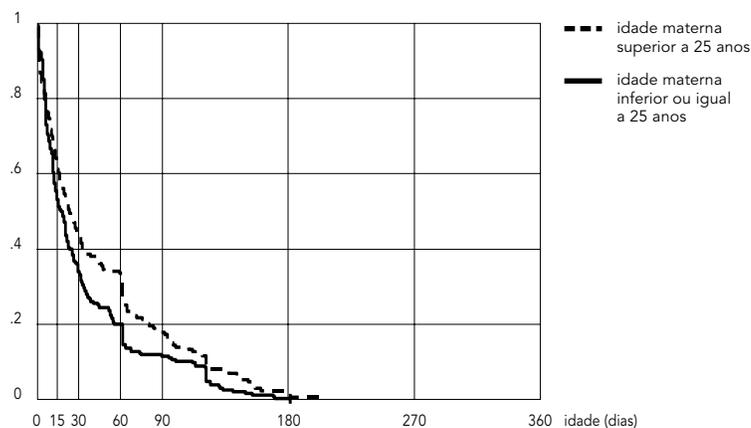


Figura 4

Crianças em aleitamento materno exclusivo, segundo idade materna.



Em concordância com os resultados deste estudo, em nenhum momento fatores socioeconômicos e demográficos apresentaram associação com o desmame total. No entanto, a falta de poder do teste estatístico pode ter interferido nesta análise; não porque o tamanho da amostra seja pequeno, mas porque a distribuição nas categorias das variáveis não é uniforme, situação não controlável em estudo observacional.

A mediana de duração do aleitamento materno exclusivo é menor quando comparada

aos dados de Chaves et al. (1995), Leão et al. (1989), Monteiro (1997), Pérez-Escamilla et al. (1995) e Sena et al. (2002) e semelhante aos dados observados por Caldeira & Goulart (2000), Kummer et al. (2000) e Passos et al. (2000). Há uma tendência a introduzir outros alimentos precocemente; antes do primeiro mês de vida, a maioria das crianças já está recebendo outro tipo de alimento (água, chá, frutas ou alimento salgado). O uso da mamadeira e a introdução de água e chá precocemente já foram constatados em diferentes estudos, sendo o Brasil um dos países da América Latina com menor prevalência da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida (Boerma et al., 1991; Pérez-Escamilla, 1993). A introdução de alimentos antes do sexto mês de vida é desnecessária e pode ser prejudicial. Esse processo pode levar à diminuição da frequência e intensidade de sucção, reduzindo a produção de leite materno. Há também o risco de infecções pela contaminação de mamadeiras ou dos próprios alimentos (Jeliffe & Jeliffe, 1978; WHO, 2001).

Os fatores de importância para diferenças de comportamento quanto ao prolongamento do aleitamento materno exclusivo foram escolaridade e idade materna, o que pode estar relacionado com o conhecimento dos benefícios desta forma de alimentação nos primeiros meses de vida.

Segundo a OMS (WHO, 1995), o aumento da frequência do aleitamento materno segue o padrão de desenvolvimento da sociedade, sendo influenciada pelos subgrupos populacionais que apresentam fases de incremento e declínio da prevalência de amamentação em diferentes momentos. O primeiro grupo a mudar seria o da elite urbana. O seguinte seria o grupo urbano pobre, e o último, mais resistente às mudanças, o rural. Por esta teoria, as mulheres de renda e escolaridade maiores são as primeiras a valorizar o aleitamento materno, influenciando as mulheres dos níveis sócio-econômicos menos favorecidos. No presente estudo, a incidência do aleitamento materno não se diferenciou entre os estratos sócio-econômicos, ao contrário do aleitamento materno exclusivo, que parece estar numa fase de mudança comportamental entre as mulheres com escolaridade mais alta.

Kummer et al. (2000) observaram tendência de aumento na prevalência de aleitamento materno exclusivo de crianças atendidas em um hospital de Porto Alegre entre 1987 e 1994, sendo significativamente maior entre mulheres com escolaridade igual ou superior a quatro anos. Concluíram que mulheres com maior escolaridade estão em fase de valorização do

aleitamento materno exclusivo, e que essa tendência ainda não atingiu mulheres de estratos socioeconômicos menos favorecidos.

A associação entre idade materna e duração do aleitamento materno exclusivo mostrou-se no limite da significância estatística, apontando que mães mais jovens também tendem a introduzir mais precocemente alimentos, em concordância com o estudo de Venâncio et al. (2002) e Pérez-Escamilla et al. (1995), que também observaram que a idade materna menor é um fator de risco para o aleitamento materno exclusivo. A significância estatística do sexo no aleitamento materno exclusivo é de difícil explicação e os estudos que também verificaram esta associação (Bouvier & Rougemont, 1998; Pérez-Escamilla et al., 1995; Tabai et al., 1998), foram realizados em contextos diferentes, não subsidiando a discussão do pre-

sente trabalho; outros estudos, possivelmente com abordagens mais qualitativas, são necessários para melhor entendimento desta possível associação.

É necessário que os programas de incentivo ao aleitamento materno se fortaleçam mais mediante estratégias como a iniciativa do “Hospital Amigo da Criança”, que tem como um dos objetivos a implementação dos “dez passos para o sucesso da amamentação” (OMS, 1989; Venâncio et al., 2002). A importância do aleitamento materno, especialmente do aleitamento materno exclusivo, e a correta introdução dos alimentos devem ser mais enfatizadas nos programas de incentivo ao aleitamento materno, principalmente entre mães mais jovens e pertencentes aos grupos sócio-econômicos mais desfavorecidos.

Agradecimentos

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 96/06073-2.

Referências

- BOERMA, J. T.; RUTSTEIN, S. O.; SOMMERFELT, A. E. & BICEGO, G. T., 1991. Bottle use for infant feeding in developing countries: Data from the DHS. *Journal of Tropical Pediatrics*, 37:116-120.
- BOUVIER, P. & ROUGEMONT, A., 1998. Breast-feeding in Geneva: Prevalence, duration and determinants. *Sozial und Präventivmedizin*, 116-123.
- CALDEIRA, A. P. A. & GOULART, E. M. A., 2000. Situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: Estudo de uma amostra representativa. *Jornal de Pediatria*, 76:65-72.
- CHAVES, S. P.; LEI, D. L. M.; LERNER, B. R. & STEFANINI, M. L. R., 1995. Aleitamento, estado nutricional e morbidade no primeiro ano de vida. *Revista de Nutrição*, 8:31-46.
- HORTA, B. L.; OLINTO, M. T.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. & GUIMARÃES, P. R. V., 1996. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: Tendências e diferenciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(Sup. 1):43-48.
- JELLIFFE, D. B. & JELLIFFE, E. F. P., 1978. *Human Milk in the Modern World*. Oxford: Oxford University Press.

- KLEIN, J. P. & MOESCHBERGER, M. L., 1997. *Survival Analysis; Techniques for Censored and Truncated Data*. New York: Springer.
- KUMMER, S. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; SUSIN, L. O.; FOLLETO, J. L.; LERMEN, N. R.; WU, V. Y. J.; SANTOS, L. & CAETANO, M. B., 2000. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Revista de Saúde Pública*, 34:143-148.
- LEÃO, M. M.; COITINHO, D. C.; RECINE, E.; COSTA, L. A. L. & LACERDA, A. J., 1989. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Aspectos de Saúde e Nutrição de Crianças no Brasil* (M. M. Leão, D. C. Coitinho, E. Recine, L. A. L. Costa & A. J. Lacerda, org.), pp. 97-109, São Paulo: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- MONTEIRO, C. A. & REA, M. F., 1988. O aleitamento materno. In: *Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo* (C. A. Monteiro, org), pp. 55-77, São Paulo: Editora Hucitec/Edusp.
- MONTEIRO, C. A., 1997. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. *Cadernos de Políticas Sociais*, 1:11-12.
- OMS (Organização Mundial da Saúde)/UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1989. *Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel Especial dos Serviços Materno-infantis*. Geneva: OMS/UNICEF.
- PASSOS, M. C.; LAMOUNIER, J. A.; SILVA, C. A. M.; FREITAS, S. N. & BAUDSON, M. F. R., 2000. Práticas de amamentação no Município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 34:617-622.
- PEREZ-ESCAMILLA, R., 1993. Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 115:185-193.
- PEREZ-ESCAMILLA, R.; LUTTER, C.; SEGALL, A. M.; RIVERA, A.; TREVIÑO-SILLER, S. & SANGHVI T, 1995. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three latin american countries. *Journal Nutritional*, 125:2972-2984.
- PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGURA-MILLAN, S.; POLLITT, E. & DEWEY, K. G., 1993. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Social Science and Medicine*, 37:1069-1078.
- SENA, M. C. F.; SILVA, E. F. & PEREIRA, M. G., 2002. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 613-621.
- TABAI, K. C.; CARVALHO, J. F. & SALAY, E., 1998. Aleitamento materno e a prática de desmame em duas comunidades rurais de Piracicaba-SP. *Revista Nutrição*, 11:173-183.
- VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P.; REA, M. F. & MONTEIRO, C. A., 2002. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36:313-318.
- VENÂNCIO, S. I. & MONTEIRO, C. A., 1998. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1:40-49.
- VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VAUGHAM, J. P.; NOBRE, L. C.; LOMBARD, C.; TEIXEIRA, A. M. B.; FUCHS, S. M. C.; MOREIRA, L. B.; GIGANTE, L. P. & BARROS, F. C., 1987. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infections diseases in Brazil. *Lancet*, 2:319-322.
- WHO (World Health Organization), 1995. World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bulletin of World Health Organization*, 73:165-174.
- WHO (World Health Organization), 2001. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Results of a WHO systematic review. *Indian Pediatrics*, 38:565-567.

Recebido em 26 de agosto de 2002

Versão final reapresentada em 11 de abril de 2003

Aprovado em 12 de junho de 2003