

Prevalência do aleitamento materno¹

Prevalence of breastfeeding

Amauri Pinto da SILVA²

Nelson de SOUZA³

RESUMO

Objetivo

Avaliar os indicadores de aleitamento materno em consultórios particulares e centros de saúde no município de Lins, SP, e comparar a prevalência de aleitamento materno exclusivo dessa região com a encontrada em outras pesquisas.

Métodos

Estudo de corte transversal com amostra aleatória de 255 crianças de quatro a doze meses de idade, estratificada por sexo, condição socioeconômica e escolaridade dos pais. Foram avaliados os indicadores de aleitamento materno em dois grupos de crianças: as acompanhadas em consultórios particulares e as acompanhadas em centros de saúde. Foram utilizados questionários respondidos pelos responsáveis. Os dados desta pesquisa foram comparados aos de outros estudos.

Resultados

Apesar de haver diferenças significativas nas condições de renda, estrato social e escolaridade dos pais, não houve diferença significativa nos índices de aleitamento materno entre os dois grupos. No grupo total, a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses foi de 61,1% e a mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 120 dias. Os resultados foram superiores aos dos demais estudos consultados.

Conclusão

Os resultados mostraram diferenças relacionadas às condições socioeconômicas, porém, os índices de aleitamento materno foram semelhantes entre os dois grupos. Os resultados de aleitamento materno exclusivo foram superiores aos das demais pesquisas.

Termos de indexação: aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, promoção da saúde.

ABSTRACT

Objective

To evaluate the breastfeeding indicators registered for two groups of infants in the city of Lins, São Paulo, Brazil. To compare the prevalence of exclusive breastfeeding in this area with data found in other studies.

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de A.P. SILVA, intitulada "Anemia ferropriva no lactente em relação ao tipo de aleitamento e suplementação de ferro". Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. 2003.

² Departamento Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Caixa Postal, 549, Campus de Botucatu, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.P. Silva. E-mail: <ams@linsnet.br>

³ Departamento Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, SP, Brasil.

Methods

A cross-sectional study with a random sample of 255 infants between 4 and 12 months of age, found in two groups: the infants attended at private medical offices, and those attended at the county health care centers of the city of Lins. The subjects were stratified by sex, parental socioeconomic class and education, and were evaluated by breastfeeding rates within the two groups. The questionnaires were answered by the parents or guardians. Data from other studies were compared to those resulting from this study.

Results

There were significant differences in parental income, socioeconomic condition and education between the two groups of infants; however, no significant difference was observed in the breastfeeding rates between the two groups. Overall, in both groups, the prevalence of exclusive breastfeeding in 4-month-old infants was 61.1%, and the average period of exclusive breastfeeding was 120 days. These results were higher than those registered in other studies.

Conclusions

The results showed differences between the socio-economic levels of the two groups, but no differences in the breastfeeding indicators between them. The overall rates of exclusive breastfeeding in the city of Lins, SP, Brazil, were higher than the rates reported in other investigations.

Indexing terms: breast feeding, exclusive breast feeding, health promotion.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde² preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, depois dessa idade, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem com o leite materno até os dois anos. As práticas apropriadas de alimentação são de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos lactentes em qualquer lugar. Nessa ótica, o aleitamento materno exclusivo é de crucial importância para que se obtenham bons resultados.

Em países desenvolvidos, diferenças na mortalidade entre alimentados ao seio e artificialmente são pequenas, porém há literatura abundante de vantagens de alimentação materna para a prevenção de morbidade³. Em países em desenvolvimento ou pouco desenvolvidos, a alimentação artificial é associada a morbidade e mortalidade muito maiores, devido a infecções e desnutrição, em comparação ao aleitamento materno⁴.

Cerca de 1,5 milhão de crianças ainda morrem a cada dia porque são inapropriadamente alimentadas. Menos de 35% das crianças do

mundo são exclusivamente alimentadas ao seio pelos primeiros quatro meses de vida e as práticas de alimentação complementar são freqüentemente inapropriadas e perigosas⁵.

No estudo do aleitamento materno, a grande dificuldade é que a maioria dos trabalhos utiliza metodologia e conceitos distintos, dificultando as comparações. A OMS⁵ adotou, em 1992, oito definições de aleitamento materno e termos de alimentação de substituição: aleitamento materno, aleitamento materno predominante, substituto do leite do peito, alimentação complementar, aleitamento materno parcial, alimento de substituição, e utiliza o termo *full breastfeeding* (FBF) para se referir ao aleitamento materno exclusivo, muitas vezes não bem definido nos estudos.

A literatura brasileira utiliza definições de mais fácil compreensão: aleitamento materno exclusivo, definido da mesma forma pela OMS, é o uso do leite materno como único alimento para a criança, permitindo-se apenas gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais e outros medicamentos; aleitamento misto é o uso do leite materno com outros alimentos, tais como a água, suco, papa de frutas, gema de ovo, sopa e até mesmo o leite de vaca; e aleitamento artificial é o uso de outros leites, sendo o mais comum o de vaca, sem o uso do leite materno⁶.

O Ministério da Saúde⁷ propõe pontos de corte aos 30, 120 e 180 dias para crianças em aleitamento materno exclusivo (AME), o que permite estimar a frequência da prática do AME ao longo dos primeiros seis meses de vida. Quando os níveis de prevalência estão também elevados, estão também associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções. Os pontos de corte selecionados permitem identificar a tendência do ritmo de desmame em comparação com outros inquéritos. O índice de amamentação aos doze meses é definido como a proporção das crianças que recebem leite materno, independentemente de qualquer outro complemento, lácteo ou não, nesse ponto de corte em relação ao total de crianças nessa idade.

A mediana do aleitamento materno exclusivo, outro índice importante, é definida como o valor, quando ordenados todos os resultados do tempo de AME, que vai deixar igual número de resultados de cada lado; no caso de uma distribuição assimétrica, é mais representativo da população do que a média⁷.

A revisão da OMS⁸, que estudou mais de uma centena de trabalhos, mostrou que diferentes métodos e definições foram empregados para o sucesso do aleitamento materno, o que torna difícil estudos comparativos.

O aleitamento materno traz benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais, dentários e socioeconômicos⁹. O aleitamento materno exclusivo até os seis meses é o ideal, pois a introdução precoce de outros alimentos interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, levando a uma menor ingestão de leite materno, menor ganho ponderal e ao aumento do risco de diarreias, infecções respiratórias e alergias¹⁰.

Em relação à mortalidade infantil, o efeito protetor do aleitamento materno é bem conhecido. Victora et al.⁴ verificaram que o risco de morrer em crianças com idade inferior a um ano nas cidades de Pelotas e Porto Alegre foi maior por diarreia, infecção respiratória e outras infecções

em, respectivamente, 14,2, 3,6 e 2,5 vezes em crianças que nunca receberam leite materno do que naquelas amamentadas exclusivamente ao seio.

No estudo realizado na grande São Paulo, nos anos de 1999 e 2000, por Escuder et al.¹¹, em catorze municípios, com coeficiente de mortalidade infantil (CMI) abaixo de 20/1000, estimou-se que, se essas crianças fossem amamentadas por mais tempo, o CMI abaxaria em média 9,32%, com a diminuição nas mortes por doenças intestinais e respiratórias.

Apesar dos benefícios do aleitamento materno, o Brasil não conseguiu atingir as recomendações da OMS¹, embora tenha tido progressos nas últimas décadas. A duração mediana da amamentação materna foi de 2,5 meses em 1975, 5,5 meses em 1989 e 7 meses em 1996¹⁰, porém a mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 33,7 dias em 1999, em nosso país¹².

As principais estratégias realizadas em Lins, durante os últimos quinze anos, ocorreram no âmbito da sociedade civil e governamental. Participaram do grupo nutricionistas, pediatras, enfermeiras, dentistas, demais profissionais da área da saúde e munícipes interessados na promoção do aleitamento materno. Iniciou-se em 1988 com o Banco de Leite, que vem realizando ótimo trabalho educativo no pré- e no pós-parto.

O alojamento-conjunto esteve presente na maternidade dos três hospitais da cidade. O treinamento para os funcionários de um dos hospitais, o da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), contribuiu de forma importante para o incentivo ao aleitamento materno.

A parceria da sociedade, por meio do grupo de incentivo ao aleitamento materno com o poder público municipal, gerou duas leis, que foram a criação da Semana Municipal de Aleitamento Materno e o Comitê Municipal de Estímulo ao Aleitamento Materno, como também o Projeto do Bebê-Saudável da Secretaria Municipal de Saúde, com visitas domiciliares pós-parto,

orientações de amamentação e melhor acompanhamento dos bebês de risco¹³. O comitê, sendo oficial e com diversos membros da comunidade, envolveu a sociedade na luta a favor da amamentação.

A comunicação e o marketing social foram priorizados na promoção do aleitamento, com o patrocínio de empresas e da prefeitura e ações no rádio, TV, palestras, imprensa escrita, concursos, teatros, camisetas, panfletos etc. A OMS diz: "A comunicação é um determinante central de saúde. O que consumimos e como vivemos sofrem influências das informações que obtivermos. A publicidade e o *marketing* são capazes de nos afetar tanto de forma positiva como negativa"¹¹ (p.4). Deve-se ocupar os espaços possíveis para falar das vantagens do aleitamento materno. Há necessidade de informar e conscientizar a população¹⁴. Na Bolívia, o estudo de Ludvigsson¹⁵ com 420 mães lactantes com boa informação à resposta de amamentação (91,9%) mostrou que a primeira informação sobre amamentação, antes do parto, era conhecida pela TV (72,1%), a seguir, pela família (66,6%), rádio (62,3%) e pelos serviços de saúde (médico ou enfermeira, 59,5%).

O objetivo do presente trabalho foi avaliar os indicadores de aleitamento materno em consultórios particulares (CONS) e centros de saúde (CS) no município de Lins, SP, e comparar a prevalência de AME aos quatro meses e a mediana de AME de Lins com as de outras pesquisas.

MÉTODOS

Foi realizado, no período de outubro de 2001 a fevereiro de 2002, um estudo de corte transversal com 255 crianças de quatro a doze meses de idade, no município de Lins, situado na região noroeste do Estado de São Paulo, com população de 66 952 habitantes. As crianças eram provenientes dos três centros de saúde do município e de cinco consultórios particulares, dentre os quinze existentes, que aceitaram participar do estudo. A amostra corresponde a

35% da população nessa faixa etária. Foi calculado o tamanho amostral de 244 crianças, com erro tolerável de amostragem de 5%, erro $\alpha= 5\%$ e prevalência de AME aos quatro meses de 40%. A coleta de dados foi feita por dois tipos de questionários¹⁶:

a) questionário feito durante a consulta e preenchido pelo pediatra, contendo local, nome, idade, uso ou não de suplemento à base de ferro, tipo e tempo de aleitamento e introdução de outros alimentos;

b) questionário preenchido por auxiliar de enfermagem e secretárias de consultório, contendo dados socioeconômicos, informações sobre o sistema de saúde utilizado, escolaridade dos pais, bens e apoio doméstico, ocupação, renda familiar e habitação.

Foi feita a orientação aos pediatras sobre como conduzir a coleta de dados e preenchimento dos questionários. O trabalho foi facilitado por já fazer parte da rotina desses profissionais, que tinham também anotações no prontuário sobre o tempo de AME e outras variáveis da alimentação. Além do autor da pesquisa, participaram mais quatro pediatras, sendo que, desses cinco, quatro também trabalham em centros de saúde. Somente um deles trabalha apenas em seu consultório particular. Na coleta dos dados socioeconômicos, dez profissionais auxiliares foram devidamente treinados, sendo cinco dos centros de saúde e cinco de consultórios.

Foi utilizada para o tipo de aleitamento a terminologia: aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento misto (AM) e aleitamento artificial (AA).

Os pesquisados foram introduzidos de forma aleatória, desde que se enquadrassem no protocolo da pesquisa. Os critérios de inclusão foram crianças saudáveis, nascidas com peso igual ou superior a 2 500g e fruto de gestação única.

As principais variáveis estudadas foram: local de atendimento, sexo, escolaridade, renda familiar, renda *per capita*, estrato social, aleitamento materno exclusivo em Lins aos 30, 120 e

180 dias, aleitamento materno exclusivo aos quatro meses e a mediana de aleitamento materno exclusivo em Lins e em outros locais. É importante afirmar que os dados dessa pesquisa com relação ao AME aos trinta dias, quatro meses e seis meses referem-se ao ponto de corte e não ao AME durante esses períodos, pois são avaliações distintas e muitas vezes confundidas.

Para categorizar por idade, consideraram-se os meses completos, segundo o critério: 1-29 dias=0 mês; 30-59 dias=1 mês; 60-89 dias=2 meses etc.

A instrução foi avaliada segundo o tempo de estudo e classificação da escolaridade¹⁷.

As rendas *per capita* e familiar foram avaliadas por meio da moeda corrente e de salários mínimos (na ocasião, um salário mínimo equivalia a R\$180,00).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu, em agosto de 2001¹⁶.

O estrato social foi classificado por parâmetros de escolaridade dos pais e bens e serviços utilizados pela família, em que se classificou em ordem decrescente de A a E, sendo A o parâmetro superior e E o mais baixo¹⁷.

Os valores observados nas variáveis estudadas foram arquivados no programa *Microsoft Excel* e os dados encontrados foram tabulados utilizando-se o programa *Epi Info*, versão 6.04, para análise estatística pelo teste do qui-quadrado. Todas as discussões foram realizadas com nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas as características socioeconômicas e de aleitamento materno do grupo pesquisado (Tabela 1). Encontravam-se em AME 71 crianças, ou seja, 27,84% do grupo total. O número de crianças visto no estudo em consultórios particulares (48,24%) e centros de saúde (51,76%) é bem semelhante ao que ocorre

com a população do município, ou seja, 46,81% no setor privado e 53,19% no setor público.

A renda familiar, renda *per capita* e estrato social foram superiores em consultórios particulares, porém, apesar disto, os dados de aleitamento materno foram semelhantes, ao contrário de outros estudos (Tabelas 1 e 2)¹⁸.

Em relação à escolaridade, quando vistos pai e mãe em conjunto nos consultórios particulares, a maioria tem colegial completo (46,02%), e nos centros de saúde, primeira a quarta série completa (45,49%) (Tabela 1). Ao se avaliar instrução igual ou maior a quatro anos, tanto os pais como as mães do consultório particular têm escolaridade superior, estatisticamente significativa, em relação aos do centro de saúde (Tabela 2).

A maioria dos trabalhos indica melhores índices de aleitamento materno nos filhos de pais com maior nível de escolaridade e socioeconômico, como relata Kummer et al.¹⁸ Em Lins, os mesmos índices de aleitamento nos dois grupos justificam-se pelo trabalho intenso de promoção do aleitamento materno, principalmente no grupo menos privilegiado economicamente.

A mediana de aleitamento materno exclusivo tanto para os diferentes locais (centros de saúde e consultórios particulares), quanto para sexo é de 120 dias (Tabela 1), atingindo níveis bastante satisfatórios, superiores a diversos estudos (Tabela 3).

São difíceis os estudos comparativos sobre incentivo ao aleitamento materno, devido às múltiplas definições e metodologias empregadas pelos diversos autores⁸.

As prevalências de aleitamento materno exclusivo aos 30, 120 e 180 dias não mostram diferenças na significância estatística do centro de saúde em relação a consultórios particulares (Tabela 2). Tal fato pode ser explicado por se ter investido, principalmente, na promoção do aleitamento materno para as crianças de menor padrão socioeconômico.

Tabela 1. Número e freqüência de ocorrências das características gerais das crianças, em Lins (2001-2002).

Variáveis	n	%
Faixa etária (meses)		
4-8	165	64,70
8-12	90	35,30
Local		
CONS*	123	48,24
CS*	132	51,76
Sexo		
Masculino	129	50,59
Feminino	126	49,41
Escolaridade predominante pais		
CONS – colegial completo ou superior incompleto	57	46,02
CS – 1ª a 4ª série completa ou 5ª a 8ª incompleta	60	45,49
Renda familiar** (nº de salários mínimos)		
CONS	6,92	
CS	2,93	
Renda <i>per capita</i> (nº de salários mínimos)		
CONS	1,88	
CS	0,72	
Estrato social predominante***		
CONS - B	61	50,00
CS - C	68	51,43
Mediana de AME****, segundo local (em dias)		
CONS	120	
CS	120	
Total	120	
Mediana de AME, segundo o sexo (em dias)		
Masculino	120	
Feminino	120	
Total	120	
Prevalência de amamentação aos 12 meses		
CONS		42,85
CS		44,44
Total		43,47
Número de crianças segundo alimentação		
Aleitamento materno exclusivo	71	
Aleitamento misto ou artificial	184	

*CONS= consultório particular; *CS= centros de saúde; **Valor de 1 salário mínimo= R\$180,00 (1/5/2001 a 1/5/2002); ***Estrato social= dados avaliados segundo a escolaridade dos pais, e bens e serviços da família; ****AME= aleitamento materno exclusivo.

O aleitamento materno aos 12 meses em Lins atingiu 43,47%¹⁶, Porto Alegre (1994) 24,00%¹⁸, Botucatu (1995) 26,70%²¹ e Montes Claros (1996) 41,00%²⁴. São números bastante baixos quando se deseja atingir o aleitamento materno até os 24 meses. Há necessidade de se investir mais na promoção do AME até os seis

meses e de aleitamento materno até os dois anos, conforme as recomendações da OMS, aprovadas pelos ministros da saúde na 54ª Assembléia Mundial de Saúde²⁵.

A grande dificuldade e o grande desafio para indicadores mais altos após os quatro meses de AME e amamentação até os doze meses é

que grande parte das mães brasileiras trabalha fora do lar e a Constituição Brasileira, no seu Capítulo I, Art. XVIII, permite o afastamento até 120 dias. Embora outros direitos sejam previstos para facilitar a amamentação, como garantia de creche em empresas com mais de 30 mulheres com idade superior a 16 anos, amamentação durante o horário de trabalho e outros, na prática esses direitos são difíceis de serem exercidos²⁶. Há necessidade de apoio da família, da empresa e de profissionais da saúde para manutenção da amamentação.

A prevalência de AME aos quatro meses foi de 61,17% em Lins¹⁷ (Tabela 4). As cidades como Santos (43,00%)²³ e Fortaleza (44,00%)²⁷

mostram que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi de grande utilidade no aumento dos índices de amamentação. Viu-se que a prevalência ainda é bastante baixa nas regiões do Brasil e demais cidades. No estudo do Ministério da Saúde¹², as capitais brasileiras Belém (32,00%), Florianópolis (32,00%) e Fortaleza (29,00%) apresentam os melhores índices na prevalência de AME aos quatro meses, e Porto Velho (10,00%) e Cuiabá (7,50%) os piores. Há necessidade de um trabalho mais intenso de promoção do aleitamento materno nas regiões menos favorecidas, onde o seu incentivo vai obter um maior impacto nos coeficientes de mortalidade infantil, como estudado por Escuder et al.¹¹.

Tabela 2. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e variáveis socioeconômicas nos centros de saúde e consultórios particulares de Lins.

Variáveis	Local				p
	Centros de Saúde		Consultórios particulares		
	n	%	n	%	
Renda familiar (n = 255)					
≤2 SM*	62	71,3	25	28,7	< 0,05
>2 SM	70	41,7	98	58,3	
Estrato social** (n = 255)					
≤C (c, d, e)	151	78,6	41	21,4	< 0,05
>C (a, b)	113	35,5	205	64,5	
Escolaridade paterna (n = 255)					
≤4 anos	72	77,4	21	22,6	< 0,05
>4 anos	60	37,0	102	63,0	
Escolaridade materna (n = 255)					
≤4 anos	79	80,6	19	19,4	< 0,05
>4 anos	53	33,7	104	66,3	
Prevalência de AME*** 30 dias (n = 255)					
=30 dias	123	52,7	110	47,3	> 0,05
<30 dias	9	40,9	13	59,1	
Prevalência de AME 120 dias (n = 255)					
=120 dias	82	52,5	74	47,5	> 0,05
<120 dias	50	50,5	49	49,5	
Prevalência de AME 180 dias (n = 182)					
=180 dias	53	60,5	36	39,5	> 0,05
<180 dias	55	59,1	38	40,9	

*SM= salário mínimo; ** Estrato social conforme dados avaliados segundo a escolaridade dos pais, bens e serviços da família; *** AME= aleitamento materno exclusivo.

Tabela 3. Mediana de aleitamento materno exclusivo em dias nos diversos locais.

Local	Tempo (em dias)
Lins (2001-2002) ¹⁶	120,0
Fortaleza (1999) ¹²	77,2
Distrito Federal (1994) ¹⁹	39,4
Ouro Preto (1996) ²⁰	17,0
Botucatu (1995) ²¹	17,0
Florianópolis (1997) ²²	53,3
Cuiabá (1999) ¹²	8,3
Santos - IHAC (1992-1994) ²³	75,0
Brasil (1999) ¹²	33,7
La Paz - Bolívia (2003) ¹⁵	90,0
Honduras - IHAC (1992-1994) ²³	40,0

Tabela 4. Prevalência de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses em diversos municípios e regiões*.

Local	Prevalência (%)
Lins (2001-2002) ¹⁶	61,17
Montes Claros (1996) ²⁴	8,00
Botucatu (1995) ²¹	16,00
Fortaleza - IHAC** (1994) ²⁷	44,00
Santos - IHAC** (1992-1994) ²³	43,00
Santo André (1991) ²⁹	14,00
Distrito Federal (1993-1994) ¹⁹	23,00
Porto Alegre (1994) ¹⁸	5,80
Norte* (1999) ¹²	17,00
Nordeste* (1999) ¹²	19,00
Sudeste* (1999) ¹²	14,00
Sul* (1999) ¹²	24,00
Centro-Oeste* (1999) ¹²	15,00
Brasil (1999) ¹²	18,00

* Médias dos valores correspondentes à área urbana das capitais dos estados; **IHAC= Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A mediana de AME (Tabela 3) mostra números satisfatórios em Lins, 120 dias e nos IHAC como Santos com 75 dias²³, Honduras 40 dias²³. Aqui se repetem os números altos para Fortaleza, de 77,2 dias¹² e Florianópolis, de 53,3 dias²², e baixo para Cuiabá, de 8,3 dias¹². Em quatro hospitais em La Paz, capital da Bolívia, encontrou-se a mediana de AME de 90 dias, em local que tem boa promoção do aleitamento materno¹⁶. A prevalência de AME nesse país, durante os quatro primeiros meses de vida, foi de 53%, o melhor das Américas em 1994²⁸.

A grande maioria dos trabalhos, principalmente os internacionais, utiliza a medida de AME

durante os quatro primeiros meses e não aos quatro meses, que são índices diferentes. Porém a grande meta é manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses. É comprovado que quando o bebê inicia outros alimentos, mesmo líquidos como água, chás ou sucos, no denominado aleitamento materno predominante, logo deixa o aleitamento materno. Portanto, qualquer outro tipo de aleitamento materno, que não o exclusivo, deve ser preterido²⁰.

Embora não existam dados anteriores, possivelmente as estratégias de estímulo ao aleitamento materno utilizadas no município de Lins em 2001/2002 serviram para atingir um bom

resultado. A idéia é mantê-las e aperfeiçoá-las, melhorando as possíveis deficiências para o alcance de melhores indicadores em aleitamento materno. No documento da OMS sobre estratégia global para a alimentação das crianças, é definido o papel dos diferentes parceiros para mobilização a favor da boa alimentação, que são os governos, organizações internacionais, instituições dos profissionais de saúde e a sociedade civil. Essa última inclui organizações não-governamentais e grupos baseados na comunidade que devem promover e praticar ações para a boa alimentação das crianças⁵.

Dessa forma, a promoção do aleitamento materno constitui-se uma das formas mais eficazes, em relação aos custos, para combater a morbidade e mortalidade infantil. É importante a união da sociedade, governos e instituições de saúde a fim de se atingir esse objetivo.

CONCLUSÃO

O nível socioeconômico e de escolaridade mostraram diferenças estatisticamente significantes nos dois grupos (centros de saúde e consultórios particulares).

Os resultados da prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 30, 120 e 180 dias e a mediana de aleitamento materno exclusivo foram semelhantes nos dois grupos.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses e a mediana de aleitamento materno exclusivo em Lins foram superiores aos dos demais trabalhos pesquisados.

As estratégias utilizadas para estimular o aleitamento materno em Lins, embora não tenham sido avaliadas de forma direta, provavelmente influenciaram os indicadores de aleitamento materno, devendo ser mantidas e até mesmo aperfeiçoadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. 54th World Health Assembly; 2001 Apr 9; Geneva: WHO; 2001 A 54/7.
2. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde; 2002. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.107.
3. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: Promotion of breastfeeding. Bull World Health Organ. 1984; 62(2):271-91.
4. Victora CG, Smith PG, Vanghon JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infants deaths from infections diseases in Brazil. Lancet. 1987; 2(8554):319-22.
5. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices Update. Programme for Control of Diarrhoeal Disease. Geneva; WHO. 1992.
6. Bresolin AMB, Lima IN, Penna HAO, Issler H. Alimentação da criança. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria básica. 9 ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.61-96.
7. Ministério da Saúde. Manual de promoção do aleitamento materno. Normas Técnicas. Brasília; 1997.
8. World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva; WHO. 1998.
9. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor oral. J Pediatr. 2003; 79(1):7-12.
10. Venâncio SI, Escuder MM, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2002; 36(3):313-8.
11. Escuder MML, Venâncio SI, Pereira JCRP. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. Rev Saúde Pública. 2003; 37(3):319-25.
12. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília. 2001. Relatório preliminar.
13. Secretaria Municipal de Saúde de Lins [apostila]. Projeto Bebê Saudável. Primeiros resultados do 1º ano. Lins; 2002. 10p.
14. Marketing em saúde. Comunicação: um determinante central da saúde. Rev Assoc Bras Marketing em Saúde. 2003; 1(1):4.
15. Ludvigsson JF. Breastfeeding in Bolivia: Information and attitudes. BMC Pediatrics [serial on the Internet]. 2003 [cited 2003 Jul 15]; 3(4): Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/3/4>

16. Silva AP. Anemia ferropriva no lactente em relação ao tipo de aleitamento e suplementação de ferro [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2003.
17. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
18. Kummer SC, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):143-48.
19. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2002; 18(4):613-21.
20. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SN, Bandson MFR. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(6):617-22.
21. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(5):430-6.
22. Kitoko PM, Réa MF, Venâncio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: Uma análise comparada. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(4):1111-9.
23. Lutter CK. Promoción de la lactancia materna: una intervención eficaz en función de los costos. OPS - Nutri info [serial on the Internet]. 1998 [citado 2003 Jul 17]; 5(1): Disponible em: <http://165.158.1.110/spanish/hpp/hpn05-01.htm>
24. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr*. 2000; 76(1):65-72.
25. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, v.4. CD 003517. Oxford: Update Software; 2002.
26. Ribeiro LC, Devincenzi MV, Garcia JN, Hadler MCCM, Yamashita C, Sigulem DM. Nutrição e alimentação na lactação. *Compacta*. 2003; 4(1): 7-22.
27. Lamounier JA. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44(3):319-24.
28. The United Nations Children's Fund [homepage on the Internet]. New York: UNICEF; 2003 [cited 2003 Jul 11]. Available from: <http://www.unicef.org/pon96/mbreast.thm>
29. Ferreira UM, Cardoso MA, Santos ALS, Ferreira CS, Szarfarc SC. Rapid epidemiologic assessment of breastfeeding practices: Probit analysis of current status data. *J Trop Pediatr*. 1996; 42:50-53.

Recebido para publicação em 1 de setembro de 2003 e aceito em 25 de maio de 2004.