

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DO ALEITAMENTO
MATerno EXCLUSIVO EM UMA POPULAÇÃO DE LUANDA,
ANGOLA

SUSANA VALÉRIA DALCASTAGNÊ

Orientador: Prof. Dra. CAMILA GIUGLIANI

Porto Alegre, 23 março de 2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DO ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO EM UMA POPULAÇÃO DE LUANDA,
ANGOLA**

SUSANA VALÉRIA DALCASTAGNÊ

Orientador: Prof. Dr. Camila Giugliani

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Roberto Mário Silveira Issler, Departamento de Pediatria e Puericultura,
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves, Departamento de Medicina Social,
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Michele Drehmer, Departamento de Nutrição, Programa de Pós-
Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio
Grande do Sul

Prof. Dr. Álvaro Vigo, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Carmem e Valério, maiores incentivadores da minha formação acadêmica e profissional. Obrigada pelo suporte em todos esses anos de caminhada. Obrigada por me ensinarem a sempre continuar e a oferecer o meu melhor em cada trabalho.

Ao meu irmão André, pelo exemplo de dedicação aos estudos e trabalho.

Ao meu companheiro Leandro, tão paciente e carinhoso em todos os momentos. Minha paz.

Aos meus amigos, que sempre acreditaram.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, pela oportunidade concedida para realização deste mestrado. À equipe do posto de saúde Coqueiros, pelo apoio. Aos colegas, especialmente à Ana Cristina Vidor, meu primeiro modelo de Médica de Família e Comunidade e Epidemiologista, pela escuta e incentivo em vários momentos.

A Elsa Regina Justo Giugliani, Luciana Neves Nunes e Lisiane Hauser, que participaram da construção desse trabalho, meu agradecimento.

À minha orientadora, Camila Giugliani, sempre tão presente e disponível. Sou muito grata pela sua dedicação. É um privilégio trabalhar com alguém com uma história inspiradora como a sua. Muito obrigada!

SUMÁRIO

Abreviaturas e siglas.....	7
Resumo.....	8
Abstract.....	9
1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. INTRODUÇÃO.....	11
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 Histórico das recomendações sobre aleitamento materno.....	13
3.2 Indicadores de aleitamento materno.....	15
3.3 Benefícios do aleitamento materno.....	18
3.4 Angola.....	24
3.5 Prevalências de aleitamento materno no mundo e em Angola.....	27
3.6 Fatores associados às práticas de aleitamento materno.....	32
4. OBJETIVOS.....	40
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
6. ARTIGO.....	51
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
8. ANEXOS	
a. Aprovação pelo Comitê da Ética em Pesquisa.....	85
b. Questionário utilizado para coleta de dados no projeto original.....	86
c. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa relativa ao projeto original.....	105
d. Carta de autorização da Direção Provincial de Saúde de Luanda.....	106

e. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado no projeto original..... 107

ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
DM2	Diabetes Melitus tipo 2
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
QI	Quociente de Inteligência
RP	Razão de Prevalência
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses é uma das medidas de maior impacto na prevenção de mortes infantis. Os determinantes das práticas de amamentação são complexos e diferem entre as populações. O objetivo desta pesquisa foi identificar fatores associados à prevalência do AME em uma população de Luanda, Angola. Realizou-se um estudo transversal de base populacional, cujos dados foram coletados em 2010, no município de Cacuaco, periferia de Luanda. Foi selecionada uma amostra incluindo crianças menores de 2 anos e suas mães. Foram estimadas razões de prevalência (RP) por regressão de Poisson utilizando modelo hierarquizado. Foram incluídas 749 crianças menores de 2 anos, sendo 274 menores de 6 meses. A prevalência de AME em menores de 6 meses foi 51,5% (IC 95% 46,3; 56,6%). Quatro variáveis mostraram associação positiva com AME em menores de 6 meses: número de consultas de pré-natal (RP 1,11 [IC95% 1,04; 1,18]), ocupação materna (outras em comparação a autônoma) (RP 1,54 [IC 95% 1,05; 2,26]), idade da criança (meses) (RP 0,77 [IC 95% 0,71; 0,84]) e sexo da criança (feminino em comparação a masculino) (RP 1,34 [IC 95% 1,02; 1,76]). Os resultados mostram prevalência satisfatória de AME em menores de 6 meses, de acordo com recomendações internacionais, e permitiram identificar determinantes dessa prática nunca antes pesquisados em Angola. Esses dados são especialmente relevantes em um contexto de altíssima mortalidade infantil e devem ser úteis para planejamento de ações visando melhoria da saúde infantil pela promoção do AME em Angola e outros países.

Descritores: aleitamento materno, nutrição infantil, Angola

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding (EB) until 6 months is one of the measures of highest impact in the prevention of infant deaths. The determinants of breastfeeding practices are complex and differ between populations. The objective of this research was to identify which factors are associated with the prevalence of EB in a population of Luanda, Angola. We conducted a cross-sectional, population-based study, with data collected in 2010 in the municipality of Cacuaco, suburban area of Luanda. Children under 2 years and their mothers were included. Prevalence ratios (PR) were estimated using Poisson regression according to a hierarchical model. A sample of 749 children was surveyed, including 274 children under 6 months. The prevalence of EB in children under 6 months was 51.5% (95% CI 46.3; 56.6%). Four variables were positively associated with EB under six months: number of prenatal visits (PR 1.11 [95% CI 1.04; 1.18]), maternal occupation (others compared to autonomous) (PR 1.54 [95% CI 1.05; 2.26]), child's age (months) (PR 0.77 [95% CI 0.71; 0.84]) and child's sex (female compared to male) (PR 1.34 [95% CI 1.02; 1.76]). Our findings showed satisfactory prevalence of EB under 6 months, according to international recommendations, and enabled the identification of determinants for EB practice never surveyed before in Angola. These data are considered especially relevant in a context of high infant mortality and may be useful for planning actions aimed at improving child health through the promotion of EB in Angola and other countries.

Key words: breastfeeding, nutrition processes, Angola

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Fatores Associados à Prática do Aleitamento Materno Exclusivo em uma População de Luanda, Angola”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 23 de março de 2016. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Amamentar é um ato complexo, que envolve, além de aspectos biológicos e fisiológicos, questões éticas, sociais, econômicas e culturais. É fundamental reconhecer e compreender os fatores que influenciam a prática do aleitamento para que essas informações sejam aplicadas no planejamento de estratégias de incentivo à amamentação.

O leite materno é a melhor fonte de nutrientes para recém-nascidos e o único alimento necessário e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) até os 6 meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Recomenda-se ainda que, complementado por outros alimentos, seja mantido pelo menos até os 2 anos de idade. São inúmeros os benefícios do leite materno para as crianças, no curto e longo prazo, para as mães e para sociedade. Além da promoção do desenvolvimento ponderoestatural adequado (FOOD AND AGRICUTURAL ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) (KRAMER; KAKUMA, 2012), há evidências que o leite materno tenha papel protetor contra doenças infecciosas, especialmente gastrointestinais e respiratórias (VICTORA *et al.*, 2016) e outras condições como obesidade e diabetes melitus tipo 2 (DM2) (VICTORA *et al.*, 2016), neoplasias (IP *et al.*, 2007) (KWAN *et al.*, 2004), asma e dermatites (VICTORA *et al.*, 2016), morte súbita (IPG *et al.*, 2007), além de ter papel relevante na promoção de melhor desenvolvimento orofacial (VICTORA *et al.*, 2016), cognitivo (VICTORA *et al.*, 2016) e no vínculo afetivo com a mãe (BRITTON; BRITTON; GRONWALDT, 2006). Em uma análise mais ampla de seus benefícios, o aleitamento materno (AM) é capaz de reduzir de maneira impactante a mortalidade infantil (VICTORA *et al.*, 2016). Estima-se que a amamentação poderia poupar 13% de todas as mortes por doenças evitáveis em crianças menores de 5 anos no mundo (JONES *et al.*, 2003). O aumento nas prevalências de amamentação para níveis próximos ao ideal poderia prevenir cerca de 800.000 mortes infantis, além de 20.000 mortes maternas por câncer de mama, anualmente. O AM é, portanto, um elemento indispensável a favor da saúde infantil, especialmente nos países em desenvolvimento (VICTORA *et al.*, 2016).

Apesar deste conhecimento e da tendência de aumento nas últimas duas décadas, as prevalências de AM ainda estão, de maneira geral, aquém do recomendado pela OMS e distribuem-se de maneira bastante heterogênea nas diversas localidades. A prevalência global de AME em menores de 6 meses, de acordo com dados recentes, é de 38%¹ (UNICEF, 2015).

Em Angola, um país que sofre ainda as consequências de uma guerra civil que durou 27 anos e findou-se em 2002, são escassos os dados sobre AM. Apesar de dar sinais de recuperação socioeconômica, Angola tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,532, o 149º país no ranking mundial composto por 187 países (UNITED NATIONS, 2015) e uma taxa de mortalidade em menores de 5 anos de 167,4/1000 nascidos vivos, a mais alta no cenário mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015) (UNICEF, 2015). Não foram localizados estudos que tenham pesquisado determinantes do AME no país. Esta pesquisa se propôs investigar a associação de fatores ambientais, socioeconômicos, maternos e relacionados à própria criança com as práticas de AME em uma população de Luanda, Angola. A partir dessas informações, espera-se contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde pública de incentivo à amamentação e redução de morbimortalidade infantil em Angola e outros países.

¹ Dado referente ao período de 2009 a 2013.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Histórico das recomendações sobre AM

Na década de 1970 observou-se um importante efeito protetor do leite materno contra infecções respiratórias e gastrointestinais, independentemente de classe social ou grupo étnico (KLEIN; MALINA, 1974). Foi constatado também que, especialmente nas classes sociais mais vulneráveis, o desenvolvimento ponderoestatural dos bebês se mantinha adequado até os 3 meses de vida e, a partir de então, começava a declinar, mais marcadamente após os 6 meses. Os fatores ambientais mais fortemente associados aos déficits de peso e estatura nas crianças dos países em desenvolvimento eram aporte nutricional inadequado e doenças infecciosas, especialmente gastrointestinais (KLEIN; MALINA, 1974) (ROWLAND; BARRELL; WHITEHEAD, 1978). Desde então, a duração adequada do AME tem sido alvo de debate científico. Com base na estimativa das necessidades energéticas de crianças saudáveis com idade menor de 6 meses amamentadas exclusivamente, definida por uma comissão de especialistas da OMS e *Food and Agriculture Organization* (FAO) em 1973 (FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1973), concluiu-se que, entre os 4 e 6 meses, o leite materno isoladamente não era capaz de suprir as necessidades energéticas das crianças (WATERLOW; THOMSON, 1979). A incidência de processos infecciosos nessa idade também estaria associada à desnutrição e à diminuição da imunidade passiva promovida pelo leite materno.

Nesse contexto, foi levantada uma importante questão: o fator preponderante na desnutrição em crianças amamentadas era o aporte nutricional inadequado ou o aumento de gasto energético decorrente de infecções? Essa dúvida levava ao que Rowland *et al.* denominaram “*weaning dilemma*” (“dilema do desmame”): entre estar subnutrido pelo manutenção do AME além de uma certa idade ou pela exposição a infecções transmitidas por outros alimentos (ROWLAND; BARRELL; WHITEHEAD, 1978). As pesquisas desenvolvidas nas duas décadas seguintes demonstraram ser este um falso dilema. Um novo relatório da FAO e OMS concluiu que o cálculo inicial de necessidades energéticas para crianças pequenas estava

inicialmente hiperestimado (FOOD AND AGRICUTURAL ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Esta nova revisão constatou declínio da necessidade energética entre 3 e 6 meses, mantida até cerca de 9 meses de idade (período em que a velocidade de crescimento diminui sem aumento proporcional na atividade física). No entanto, ainda havia a limitação de que todos os estes estudos haviam sido realizados com crianças de países desenvolvidos. Poucos dados estavam disponíveis até então sobre lactentes em países em desenvolvimento, e buscava-se garantir que as necessidades energéticas estivessem de acordo com crianças que, na média, localizavam-se além do percentil 50 na curva de crescimento da OMS, ou seja, bem nutridas. Estimava-se que as necessidades energéticas de crianças de países em desenvolvimento fossem maiores, devido ao aporte menor e ao maior gasto. Por isso, foi feito um acréscimo de 5% nas estimativas finais, na tentativa de corrigir este possível viés (FOOD AND AGRICUTURAL ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Em 1990, em vista da expansão de pesquisas mostrando os benefícios do AME, apesar da incerteza da sua duração ideal, concomitantemente ao crescimento do mercado de fórmulas lácteas artificiais desde a década anterior, o UNICEF posiciona-se a favor da manutenção da amamentação exclusiva até os 4 a 6 meses, por meio da Declaração do Innocenti (WHO; UNICEF, 1990), que contém recomendações de políticas a favor da amamentação. No ano seguinte é lançada a iniciativa Hospital Amigo da Criança, com os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (revisado em 2009) (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF, 2009).

Em 2001, um novo relatório da FAO e OMS, que incluiu, além de países desenvolvidos, dados do Chile e da China, demonstrou que as estimativas das necessidades energéticas de crianças abaixo de 1 ano eram ainda menores do que as anteriormente publicadas, especialmente para as crianças amamentadas exclusivamente (FOOD AND AGRICUTURAL ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Este relatório já assumia que o leite materno era o melhor alimento para as crianças abaixo de 6 meses. Enquanto se demonstrava que o leite materno era adequado para suprimento das necessidades energéticas dos bebês, também acumularam-se evidências sobre seu efeito protetor contra infecções

gastrointestinais e respiratórias, o que é especialmente relevante em países em desenvolvimento. Finalmente, em 2001, foi publicada a recomendação de AME exclusivo até os 6 meses de idade, com introdução de alimentação complementar e manutenção da amamentação após esse período (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Esta orientação, que se mantém até os dias atuais, foi definida com bases em uma consulta a especialistas que revisaram estudos realizados até então avaliando o impacto da duração do AM na saúde das crianças pequenas. Foram sumarizados estudos que comparavam crianças amamentadas exclusivamente por 6 meses a tempos menores, de 4 a 6 meses, em relação ao crescimento, *status* de ferro, doenças atópicas, desenvolvimento motor, perda de peso após o parto e amenorreia nas mães. Os estudos apresentavam limitações metodológicas e não pode ser excluído risco em situações específicas, como crianças com carência nutricional grave. Contudo, na média não foram observadas evidências de reações adversas da manutenção do AME até os 6 meses para a maioria das crianças. Por outro lado, foram observados benefícios para os bebês e para as mães, como aumento da amenorreia lactacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

As evidências para essa recomendação foram reforçadas recentemente por uma revisão sistemática que avaliou 23 estudos observacionais ou de intervenção, em que também não foram observados déficits de ganho de peso ou estatura em crianças amamentadas exclusivamente por 6 meses, em comparação com a introdução mais precoce de alimentação complementar, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento (KRAMER; KAKUMA, 2012).

3.2 Indicadores de AM

De acordo com a OMS, as definições de práticas alimentares dos lactentes em relação à amamentação são as seguintes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007):

Aleitamento materno exclusivo: criança alimentada apenas com leite humano, podendo ser diretamente do peito ou ordenhado, e nenhum outro alimento complementar.

Aleitamento materno predominante: recebe leite humano que pode ser complementado com água (adoçada ou não), chás, outras infusões e sucos de fruta, soro de reidratação oral, comprimidos ou xaropes de medicamentos ou de vitaminas e sais minerais. Não recebe outros leites, nem outros alimentos.

Aleitamento materno: criança recebe leite humano, podendo ser diretamente do peito ou ordenhado, independentemente de qualquer outro alimento complementar, líquido, semissólido ou sólido, bem como outros leites.

A partir destas categorias, a OMS definiu um conjunto de indicadores a serem usados em pesquisas de larga escala sobre a prática alimentar de crianças pequenas (quadro 1) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). O amplo uso dos indicadores possibilita comparações, avaliação de tendências temporais, identificação de populações em risco e o devido planejamento de políticas públicas, além de monitorização e avaliação das intervenções.

Quadro 1 – Indicadores de práticas de amamentação

Indicador	Definição
Início precoce do AM (<i>early initiation of breastfeeding</i>) ^{1 2}	Proporção de crianças nascidas nos últimos 24 meses (com menos de 24 meses, vivas ou falecidas) que mamaram na primeira hora de vida.
AME em menores de 6 meses (<i>exclusive breastfeeding under six months</i>) ²	Proporção de crianças de 0 a 5 meses amamentadas exclusivamente.
AM continuado com 1 ano (<i>continued breastfeeding at 1 year</i>)	Proporção de crianças de 12 a 15 meses que são alimentadas com leite materno.
Crianças amamentadas em qualquer momento (<i>children ever breastfed</i>) ¹	Proporção de crianças nascidas nos últimos 24 meses que em qualquer momento receberam leite materno.
AM continuado aos 2 anos (<i>continued breastfeeding at two years</i>)	Proporção de crianças entre 20 e 23 meses que são alimentadas com leite materno.
AM apropriado para a idade (<i>age appropriate breastfeeding</i>)	Proporção de crianças de 0 a 23 meses que estão sendo amamentadas adequadamente para a idade.
AM predominante em menores de 6 meses (<i>predominant breastfeeding under six months</i>)	Proporção de crianças menores de 6 meses que são predominantemente amamentadas (o leite materno é a fonte de nutrição principal). As crianças recebem outros líquidos, como água e sucos, mas não outros leites.
Duração da amamentação (<i>duration of breastfeeding</i>)	Duração média da amamentação em crianças com menos de 36 meses de idade
Alimentação por mamadeira (<i>bottle feeding</i>)	Proporção de crianças de 0 a 23 meses que são alimentadas com mamadeira
Frequência de ingesta de leite em crianças não amamentadas (<i>milk feeding frequency for non-breastfed children</i>)	Proporção de crianças de 6 a 23 meses não amamentadas com leite materno que receberam pelo menos duas refeições contendo leite.

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007

1 Estes são os únicos indicadores que se utilizam de informações retrospectivas. Os demais, contam com o dado do dia anterior à coleta da informação.

2 “core indicators”, são considerados os indicadores fundamentais na avaliação das práticas de AM.

3.3 Benefícios do AM

É bem estabelecido que o AM confere benefícios no curto e longo prazo para as crianças, para as mães, e também para a sociedade, seja em países de baixa ou de alta renda. É uma das intervenções mais custoefetivas para promoção de saúde e redução de iniquidades sociais. (VICTORA *et al.*, 2016).

O leite materno tem um papel primordial na redução de morbidade por doenças infecciosas e de mortalidade infantil, mais fortemente por diarreia e doenças respiratórias agudas, o que é especialmente relevante em populações menos favorecidas socioeconomicamente. Uma revisão sistemática que incluiu 6 estudos em países em desenvolvimento identificou que proteção do AM contra mortes por diarreia em menores de 2 anos foi significativamente maior nas crianças amamentadas, especialmente nos primeiros 6 meses (OR 6,1 [IC 95% 4,1; 9,0]) e maior proteção contra mortes por infecções respiratórias agudas (OR 2,4 IC 95% [1,6; 3,5]), especialmente em filhos de mães com baixa escolaridade. Enquanto a proteção por doença diarreica diminuiu com a idade, a proteção contra infecções respiratórias foi mantida (VICTORA; BARROS, 2000). Está descrito também menor risco de hospitalizações por doenças respiratórias em crianças em AM (RR 0,28 [IC 95% 0,14; 0,54]), mesmo com ajuste para exposição a tabaco e condição socioeconômica (BACHRACH; SCHWARZ; BACHRACH, 2003). O efeito de diversas categorias de práticas de aleitamento sobre desfechos de morbimortalidade infantil foi estimado por outra revisão sistemática, que agregou resultados de 18 estudos em países em desenvolvimento (LAMBERTI *et al.*, 2011). Foi observado efeito protetor do AM na incidência, prevalência, hospitalizações e mortalidade por diarreia e mortalidade geral. O efeito protetor na diarreia parece ser maior na prevalência, provavelmente relacionado a um impacto maior na redução da duração dos episódios do que no número de eventos. A intensidade da proteção variou de acordo com o grau de exposição ao leite materno, com risco máximo para mortalidade por diarreia para crianças não amamentadas ao se comparar com crianças entre 0 e 5 meses em AME (RR 10,52 [IC 95% 2,79; 39,60]). O risco de morte por diarreia nas crianças em AM predominante também foi aumentado, (RR 2,28 [IC 95% 0,85; 6,13]) (LAMBERTI *et al.*, 2011). Na revisão sistemática e

metanálise realizada por Horta *et al.*, foi estimada redução de risco em todos os desfechos (morbimortalidade por diarreia e doenças respiratórias) para as práticas mais intensivas de AM (HORTA;VICTORA; 2013b). Esta proteção foi reafirmada na revisão mais recente de Sankar *et al.*, que identificou aumento de risco de mortalidade geral para as crianças sem AM (RR 14,4 [IC 95% 6,13; 33,9], em AM parcial (RR 2,84 [IC 95% 1,63; 4,97] ou em AM predominante (RR 1,48 [IC 95% 1,13;1,92]) em relação às crianças menores de 6 meses em AME (SANKAR *et al.*; 2015).

Desnutrição é a causa subjacente de 45% das mortes em crianças menores de 5 anos de idade. Nos países em desenvolvimento, cerca de 20% das crianças nessa faixa etária são desnutridas (BLACK *et al.*, 2008). É estimado que a amamentação poderia poupar 13% de todas as mortes por doenças evitáveis em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (JONES *et al.*, 2003), e, nos países em desenvolvimento, poderiam ser salvas 1,47 milhões de vidas por ano se as recomendações de AM da OMS fossem seguidas (LAUER *et al.*, 2006). De acordo com a estimativa mais recente, o aumento da prevalência para níveis quase universais poderia prevenir 823.000 mortes infantis e 20.000 mortes por câncer de mama todos os anos (se 95% das crianças menores de um mês e 90% das crianças menores de 6 meses estivessem em AME e 90 % das crianças de 6 a 23 meses recebessem leite materno) (VICTORA *et al.*, 2016). Quanto menor a criança, maior é o impacto do AM na redução de mortalidade (VICTORA *et al.*, 1987). Porém, mesmo em crianças maiores que 6 meses, metade das mortes por doenças infecciosas poderia ser evitada com a manutenção do AM até os 2 anos (HORTA;VICTORA; 2013b). Portanto, há evidências suficientes para afirmar-se que, especialmente em países de baixa renda e de extrema pobreza, estratégias de promoção da amamentação são ferramentas importantíssimas a favor da redução da morbimortalidade infantil.

A revisão de Ip *et al.* demonstrou proteção substancial do AM para otite média (OR 0,60 [IC 95% 0,46-0,78]), asma (OR 0,74 [IC 95% 0,60; 0,92] (para crianças sem história familiar de asma ou atopia) e dermatite atópica (OR 0,68 [IC 95% 0,52; 0,88]) (IP *et al.*, 2007), condições de alta prevalência na infância. Lodge *et al.* identificaram pequeno efeito protetor de qualquer aleitamento no desenvolvimento de asma dos 5 aos 18 anos (OR 0,88 [IC 95% 0,82; 0,95])).

Também foi observada alguma proteção contra eczema em menores de 2 anos que receberam leite materno por mais de 3 a 4 meses (OR 0,74 [IC 95% 0,57; 0,97]) e de rinite alérgica em menores de 5 anos (OR 0,79 [IC 95% 0,63 0,98]). Não houve diferença para alergias alimentares. Tais benefícios foram mais significativos para países de baixa renda, e as evidências são provenientes de estudos observacionais, com as limitações inerentes a esse tipo de estudo. Além disso, efeitos protetores foram mais substanciais em crianças menores de 2 a 5 anos, o que pode estar relacionado à mediação de proteção contra doenças virais, muito prevalentes nesse período (LODGE *et al.*, 2015).

O AM parece proteger também contra algumas neoplasias. Foi observado também risco 20% menor de leucemia linfóide aguda nas crianças que receberam AM por mais de 6 meses comparado com a interrupção mais precoce da amamentação ao peito (OR 0,80 [IC 95% 0,71; 0,91]) (IP *et al.*, 2007), fortalecendo os resultados de Kwan *et al.*, que compararam crianças que receberam AM por mais de 6 meses com aquelas nunca amamentadas (OR 0,76 [IC 95% 0,68; 0,84]) (KWAN *et al.*, 2004). Há ainda redução importante no risco de síndrome de morte súbita (OR 0,64 [IC 95% 0,51; 0,81]) (IP *et al.*, 2007). O leite materno promove também proteção em relação à dor produzida por procedimentos invasivos (SHAH *et al.*, 2012), o que é relevante no cenário de internação hospitalar.

Os benefícios do AM no longo prazo para a saúde do indivíduo amamentado também vêm sendo estudados, e há evidências a seu favor. Revisão sistemática recente com ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais avaliou a associação de AM e sobrepeso e obesidade, pressão arterial, colesterol, DM2. AM apresentou efeito protetor para sobrepeso e obesidade para as diversas categorizações de amamentação pesquisadas e mesmo com ajuste para confundidores, como condição socioeconômica, condição do nascimento e antropometria parental (OR 0,74 [IC 95% 0,70; 0,78]) (HORTA; DE MOLA; VICTORA, 2015b). Owen *et al.*, haviam encontrado resultado semelhante (OR 0,87 [IC 95% 0,85; 0,89]) (OWEN, 2005). Não houve diferença significativa em relação à média de colesterol total (-0,01 mmol/L [IC 95% -0,05; 0,02]). A pressão arterial sistólica foi menor nos indivíduos que receberam leite materno (-0,80 mmHg [IC 95% -1,17; -0,43]). Porém, em relação à pressão arterial diastólica, não houve redução estatisticamente

significativa (-0,24 mmHg [IC 95% -0,50; 0,02]). Os resultados mostraram ainda menor chance de desenvolvimento de DM2. Esta associação não foi modificada por tamanho e desenho do estudo ou controle de confundimento (OR 0,65 [IC 95% - 0,50; 0,02]) (HORTA; DE MOLA; VICTORA, 2015b)

O AM também foi associado a aumento em 3,5 pontos em média (IC 95% 1,92; 4,98) no desempenho em testes de inteligência. Entretanto, a implicação prática dos resultados dessas avaliações ainda é alvo de debate (HORTA; VICTORA, 2013a). A atualização dessa revisão sistemática demonstrou novamente a associação (diferença média 3,44 pontos [IC 95% 2,30; 4,98]), que foi mantida após ajuste para quociente de inteligência (QI) materno (diferença média 2,62 [IC 95% 1,25; 3,98]). O mecanismo explicativo dessa associação é incerto, mas pode estar relacionada a características nutritivas específicas do leite materno. Além disso, o AM parece estar associado a melhor vínculo da mãe com o bebê, o que pode contribuir para o seu adequado desenvolvimento (HORTA; DE MOLA; VICTORA, 2015a). Belfort *et al.* observaram que a maior duração da exclusividade do AM estava associada a melhores resultados em testes cognitivos aos 3 e 7 anos, relacionados a linguagem e QI verbal e não verbal (BELFORT *et al.*, 2013). Achado semelhante foi observado por Camargo-Figuera *et al.*, com aumento de risco de baixo QI aos 6 anos associado à duração do AME e do AM, entre outros fatores, como estado nutricional (OR 2,8 [IC 95% 1,8; 4,3] para AME por menos de 1 mês e OR 2,1 [IC95% 1,4; 3,1] para AME por 1 a 5 meses em comparação a AME com duração igual ou maior a 6 meses) (CAMARGO-FIGUERA *et al.*, 2014). Um estudo de coorte conduzido por Victora *et al.* demonstrou que o AM estava associado a maiores valores de QI (diferença média de 3,76 pontos [IC 95% 2,2; 5,33]) para os indivíduos amamentados por 12 meses ou mais comparativamente com duração do AM menor que 1 mês. Houve associação também a maior renda mensal (\$ 341 Reais [IC95% 93,8; 588,3]), sendo que o QI era responsável por 72% desta diferença. Também foi observada diferença na escolaridade, sendo que o grupo amamentado apresentou mais anos de estudo (0,91 anos [IC 95% 0,42; 1,40]). Esses resultados são altamente relevantes por apontarem para o impacto concreto no longo prazo, nos níveis individual e social, que vai além de resultados de testes de inteligência (VICTORA *et al.*, 2015).

A amamentação promove desenvolvimento facial adequado, reduzindo o risco de má oclusão dentária. Pires *et al.* avaliaram a qualidade da função mastigatória aos 3 e 5 anos e evidenciaram que crianças amamentadas com leite materno por mais de 1 ano apresentavam melhores escores em todos os parâmetros pesquisados, especialmente em relação a padrões e movimentos mastigatórios. Esses achados foram significativos independentemente do uso de mamadeira ou chupeta, que estão associados a prejuízo dessas funções (PIRES; GIUGLIANI; CARAMÉZ DA SILVA, 2012). De acordo com Peres *et al.*, AME até os 6 meses reduz significativamente o risco de má oclusão moderada e severa, mesmo quando ajustado para uso de chupeta (RP 0,28 [IC 95% 0,12; 0,64] e mordida cruzada anterior (RP 0,57 [IC 95% 0,34; 0,97], o mesmo não sendo observado para os desfechos sobressaliência e mordida cruzada posterior e para AM predominante (PERES *et al.*, 2015a). Em estudo recente, foi inferido que crianças que recebiam leite materno por até 6 meses tinham três vezes mais chances de desenvolver mordida cruzada posterior que crianças amamentadas ao peito por mais tempo (OR 3,13 [IC 95% 1,11; 8,22]), maior chance de terem falta de espaço maxilar (OR 1,63 [IC 95% 1,23; 2,98]), além de estarem mais expostas ao uso de chupeta (OR 4,21 [IC 95% 1,85; 9,60]) (CHEN; XIA; GE, 2015). Revisão sistemática com metanálise conduzida por Peres *et al.*, demonstrou que qualquer AM tem impacto na redução de risco de má oclusão, comparativamente com nunca ter sido amamentado (OR 0,34 IC 95% [0,24; 0,48]); que AME tem efeito protetor em comparação com nunca ter sido amamentado, independentemente de sua duração (OR 0,54 IC 95% [0,38; 0,77]) e que crianças amamentadas ao peito por mais tempo tem menor risco de má oclusão do que crianças que recebem AM por menores períodos (OR 0,40 IC 95% [0,29; 0,54]). Na análise somente dos estudos de alta qualidade, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para o AME (OR 0,41 [IC 95% 0,15; 1,11]). No entanto, os benefícios se mantiveram nas outras categorias pesquisadas, ainda que em magnitude diferente, especialmente para redução de mordida cruzada anterior (PERES *et al.*, 2015b). Tham *et al.*, avaliaram o risco de cárie dentária em relação ao AM. Em crianças menores de 12 meses, parece haver efeito protetor do AM (foi encontrada redução significativa de risco em dois estudos que compararam crianças que receberam e que nunca receberam leite materno). No entanto, não foi encontrada

diferença em estudos com maior ou menor duração do AM (OR 0,92 [IC 95% 0,69;1,23]). Crianças amamentadas ao peito por mais de 12 meses tiveram maior risco de desenvolver cáries do que aquelas amamentadas por menores períodos (OR 1,99 [IC 95% 1,35; 2,95]). São necessários mais estudos que avaliem simultaneamente hábitos alimentares, como ingestão de alimentos ricos em açúcar, de higiene bucal e saúde materna, considerados possíveis confundidores (THAM *et al.*, 2015).

Britton *et al.* avaliaram a relação entre amamentação, apego e sensibilidade e observaram que mães que amamentaram seus filhos tinham maiores pontuações médias de sensibilidade nas interações com a criança e maior apego do que as que as que ofereciam aleitamento artificial. AM até o primeiro ano de vida estava associado a melhor vínculo afetivo entre mãe e bebê. Entretanto, esses resultados poderiam estar associados a características maternas, como desejo de amamentar por mais tempo, que seriam preditores de maior duração da amamentação e melhor interação com o bebê (BRITTON; BRITTON; GRONWALDT, 2006).

Em relação à saúde materna, a amamentação confere menor probabilidade de uma nova gravidez, enquanto exclusiva, pelo aumento do tempo de amenorreia lactacional e há evidências que possa promover também perda de peso pós-parto mais rápida (KRAMER; KAKUMA, 2012). Essa segunda questão é controversa, na revisão de Ip *et al.*, a perda de peso associada ao AM foi não substancial (< 1 Kg) ou não houve associação com esta prática (IP *et al.*, 2007). Esta mesma revisão encontrou redução de risco de desenvolvimento de DM2 em mulheres sem história prévia de DM gestacional amamentando por tempo prolongado, com cerca de 12% menos risco a cada ano adicional de lactação, ajustado para índice da massa corporal (HR 0,88 [IC 95% 0,82; 0,94]) (IP *et al.*, 2007). O AM reduz o risco de câncer de mama. Uma revisão de 47 estudos em 30 países constatou a presença da doença estava associada a menor prevalência (71% nos casos *versus* 79% nos controles) e menor tempo de amamentação (9,8 meses nos casos *versus* 15,8 meses nos controles). Estimou-se redução no risco relativo para câncer de mama de 4,8% para cada 12 meses de AM (IC 95% 2,9; 5,8). Em países desenvolvidos, a incidência cumulativa de câncer de mama aos 70 anos seria reduzida de 6,3 para 2,7/100 se as mulheres tivessem número de filhos e duração da amamentação similar aos países

em desenvolvimento. Dois terços dessa redução foram atribuídos ao tempo de aleitamento de 24 meses (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002). Há evidências também de proteção contra o câncer de ovário. Nos estudos de coorte conduzidos por Danforth *et al.*, o AM por 18 meses ou mais teve efeito na redução de cerca de 40% no risco da doença (RR 0,66 [IC95% 0,46; 0,96]) (DANFORTH *et al.*, 2007). Os resultados da metanálise conduzida por Ip *et al.* também mostraram redução substancial de risco de câncer de ovário para AM por mais de 12 meses em comparação com não amamentação (OR 0,72 [IC 95% 0,54; 0,97]), que se manteve ao se comparar amamentação a qualquer momento com não amamentação (OR 0,79 [IC 95% 0,98; 0,91]) (IP *et al.*, 2007).

3.4 Angola

A República de Angola teve sua independência de Portugal tardiamente, em 1975, e logo após entrou em uma guerra civil que durou 27 anos, findada somente em 2002. A guerra afetou seriamente a vida dos angolanos, causando migração massiva, urbanização desordenada e agravamento da situação social e de saúde. Apesar da estabilidade política e crescimento econômico no pós-guerra, o país permanece no cenário de grande vulnerabilidade, com IDH² de 0,532, o 149º país no ranking mundial composto por 187 países (UNITED NATIONS, 2015), e com 43,4% da população vivendo com menos de \$1³ por dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A expectativa de vida ao nascer é de apenas 52 anos e a população é extremamente jovem: 47% têm menos de 15 anos e apenas 4% das pessoas estão acima de 60 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

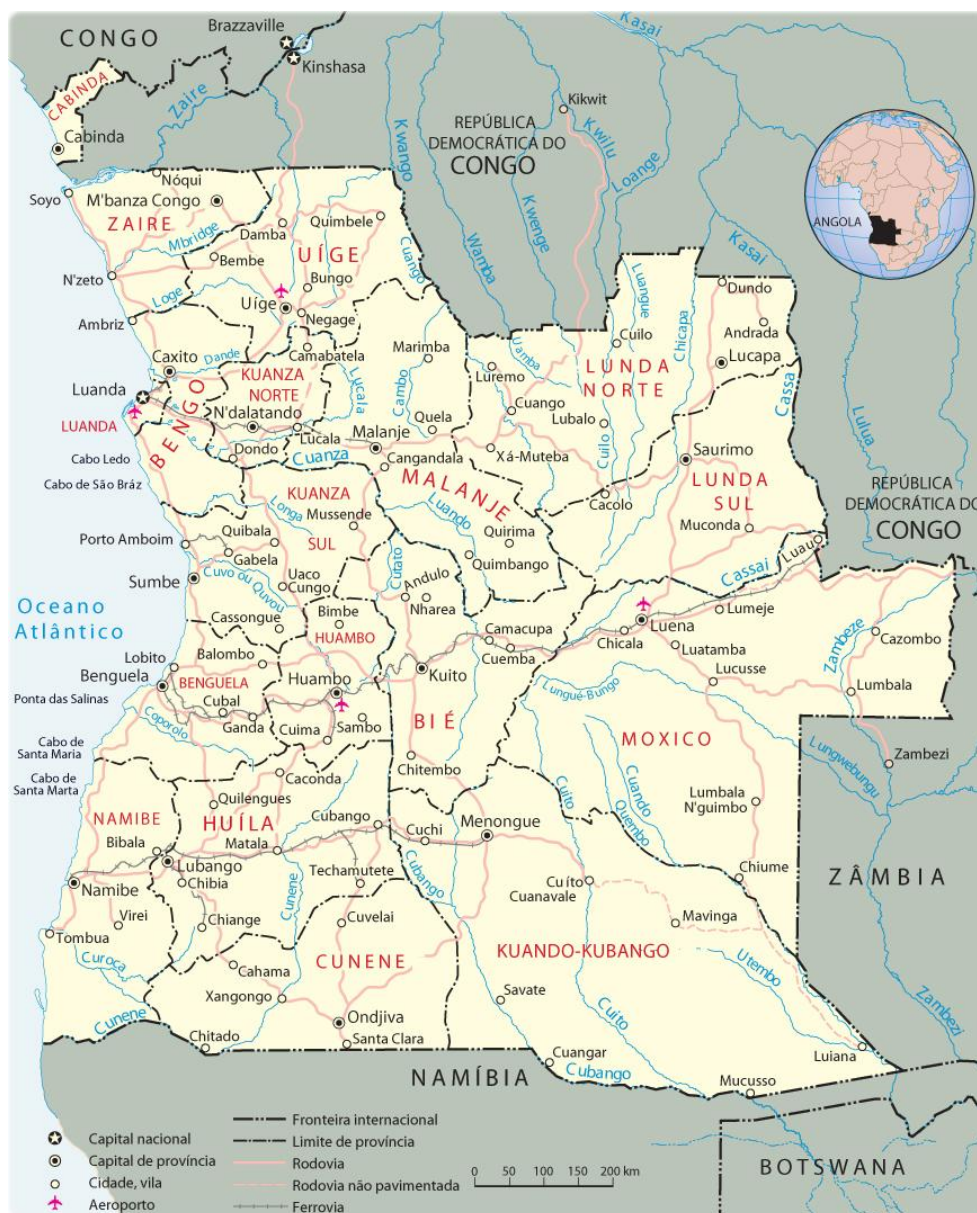
Angola situa-se no sudoeste do continente africano, conta com um território de 1.246. 700 Km² (comparável à África do Sul) (Figura 1) e com uma população estimada em 22,1 milhões de habitantes. A densidade populacional média é de 15,5 habitantes por Km² e 57% das pessoas vivem no meio urbano (WORLD HEALTH

² Índice que mede as realizações em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: vida longa e saudável, conhecimento e padrão de vida digno. Composto por: esperança de vida ao nascer, média de anos de escolaridade, anos de escolaridade esperados e rendimento nacional bruto per capita (Nações Unidas, 2014).

³ Estimado pela taxa de dólar internacional pelo Banco Mundial

ORGANIZATION, 2013a). A sua economia é dependente de petróleo (55% do PIB e 95% das exportações) e diamantes (QUEZA, 2010). O setor rural é o segundo mais produtivo do país (agricultura, silvicultura e pecuária), representando 8% do Produto Interno Bruto (PIB) (QUEZA, 2010) Quanto aos recursos básicos, 43% da população têm acesso sustentável a água potável, 60% a saneamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a) e 37% a eletricidade (UNITED NATIONS, 2015).

Figura 1: Mapa Político de Angola e suas 18 províncias (disponível em <http://www.africa-turismo.com/mapas/angola.htm/>, acesso em 25/05/2016)



O país possui um Sistema Nacional de Saúde, dividido em três níveis hierárquicos de prestação de cuidados. O primeiro nível, ou cuidados primários de saúde, é representado pelos postos e centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, e constitui o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde. O nível intermediário ou secundário é representado pelos hospitais provinciais e gerais. É o nível de referência para os cuidados primários. No nível terciário ou nacional estão os hospitais especializados, que são referência para os serviços do nível secundário. O país conta também com prestadores de saúde do sistema privado e terapeutas tradicionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a). O investimento governamental em saúde ainda é baixo. Em 2012, apenas 5,6% dos gastos governamentais foram em saúde, representando um gasto anual per capita em saúde de \$ 157⁴ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015)

O setor de saúde de Angola tem sido apoiado técnica e financeiramente por diversos parceiros internacionais, por meio de Agências das Nações Unidas ou diretamente pelo Ministério da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a). A partir de 2006, foi implementado o Processo de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde de Angola, iniciado em 19 municípios, incluindo Luanda, e posteriormente expandido para 70 localidades, buscando cobrir 79% da população do país. Esta ação fez parte do “Plano Estratégico para Redução Acelerada da Mortalidade Materno-Infantil”, executado com o objetivo de alcançar as Metas do Desenvolvimento do Milênio da OMS. Por meio da Revitalização, houve adequação de recursos para a rede primária de atenção à saúde, capacitação de profissionais de saúde e agentes comunitários, melhoria de acesso aos serviços e implementação de estratégias de atenção à saúde materno infantil nas localidades selecionadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Apesar dos esforços nacionais e internacionais e dos sinais de recuperação econômica e social do país, os indicadores de saúde ainda são alarmantes, com mortalidade neonatal de 46,6/1000 nascidos vivos, taxa de mortalidade infantil de 101,6/1000 nascidos vivos e taxa de mortalidade abaixo de 5 anos de 167,4/1000 nascidos vivos (um indicador crítico para avaliação da saúde infantil), que apesar de ter sido reduzida em 26% entre 1990 e 2013, ainda é a mais alta no cenário mundial

⁴ Estimado pela taxa de dólar internacional pelo Banco Mundial

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015) (UNICEF, 2015), estando aquém do objetivo de 104/1000 para o ano de 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013c). As principais causas de mortes infantis são por doenças infecciosas, consideradas evitáveis (infecções respiratórias, diarreia e malária) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Para o ano de 2030, a meta é reduzir a mortalidade em menores de 5 anos para taxas inferiores a 25/1000 nascidos vivos, além de redução de morbimortalidade materna (UNITED NATIONS, 2016).

Luanda é a menor das 18 províncias de Angola. Atualmente contém sete municípios, incluindo Cacuaco, que na época da coleta dos dados utilizados neste estudo contava com uma população estimada de 700.000 pessoas. A cidade de Cacuaco é dividida em três distritos administrativos: Cacuaco Sede, que contava com um serviço público de saúde de referência, Kikolo, com um pequeno centro de saúde, e Funda, a parte mais rural do município. A cidade tinha ainda alguns centros e unidades de saúde privados, administrados por organizações não governamentais (HUMBWAVALI *et al.*, 2014). Na pesquisa de Humbwavali *et al.*, estimou-se que uma minoria dos moradores não tinha acesso à luz elétrica em suas casas (13,8 % [IC 95% 10,1; 18,4]); 93,6% das famílias tinham acesso a água por nascentes ou cisternas e 24,2 % (IC 95% 21,0; 27,2) a ingeriam sem nenhum tratamento. O banheiro era fora de casa em 92,4% dos domicílios, e em cerca de metade destes o uso era compartilhado entre famílias, sendo os dejetos frequentemente não escoados para o sistema de esgoto (HUMBWAVALI *et al.*, 2014).

3.5 Prevalências de AM no mundo e em Angola

Nos países de média e baixa renda, 63% das crianças menores de 6 meses (36,3 milhões) não são amamentadas exclusivamente. Ainda assim, os indicadores de AM são mais positivos nestes países do que nos de alta renda (VICTORA *et al.*, 2016). Relatório recente da UNICEF demonstrou prevalência de AME abaixo de 6 meses de 36% na África Subsaariana, 25% na África Central, onde situa-se Angola. Não há dados específicos sobre o país neste documento. O quadro 2 apresenta algumas prevalências de AME e AM em diversos países, nas grandes regiões e a

prevalência global (UNICEF, 2015). A revisão de Victora *et al.*, de estudos populacionais e revisões sistemáticas de 164 países, também apontou África sub-Saariana, sul da Ásia, além de algumas regiões da América Latina, como os locais com maiores prevalências de AM (havendo, no entanto, considerável variabilidade entre os diversos países). As prevalências mais altas de AME foram encontradas em Ruanda e Sri Lanka, com 85% e 75%, respectivamente (UNICEF, 2015). Nos países de alta renda, a duração do AM é menor e todos os indicadores decrescem com aumento da renda familiar (exceto início precoce do AM, que tem a análise limitada pela escassez de dados em países de alta renda). Foi observada correlação inversa entre renda familiar e amamentação, com redução de 10% na prevalência de AM aos 12 meses para cada aumento de duas vezes na renda familiar bruta por indivíduo (VICTORA *et al.*, 2016).

De acordo com o relatório da OMS publicado em 2015⁵, no Canadá a prevalência de AME em menores de 6 meses foi 26%, na Turquia 42% e na Ucrânia 20% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Em relação a países da América do Norte e Europa, há menos dados disponíveis nos documentos publicados periodicamente pela OMS e UNICEF. Para muitos destes países, as prevalências são estimadas aos 6 meses de idade (e não englobando todas as crianças abaixo desta faixa etária, como no indicador recomendando pela OMS), o que limita a comparação entre as diferentes estimativas.

No Brasil, dados provenientes de uma pesquisa de base populacional de abrangência nacional demonstraram que 95% das crianças estudadas haviam sido alguma vez amamentadas. Dentre as menores de 6 meses, 38,6% estavam em AME. Aproximadamente 45% das crianças abaixo de 36 meses permaneciam recebendo leite materno. Ao se avaliar toda a faixa etária pesquisada (crianças de 0 a 35 meses), a duração mediana do AME foi de 1,4 meses e de AM foi de 14 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a). Pesquisa mais recente demonstrou prevalência de AME em menores de 6 meses de 41% (IC 95% 39,7; 42,4), com bastante heterogeneidade entre as capitais, variando de 27,1% a 56,1% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b). Observa-se que não houve grande mudança entre os dois estudos. Em relação à prevalência de AM em menores de 1 ano (idade das crianças que

⁵ Dados do período de 2007 a 2014.

compunham a amostra), a média das capitais foi de 58,7% (IC 95%56,8; 60,7) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b). Um estudo comparou os resultados de inquéritos sobre práticas de AM realizados no Brasil desde a década de 1970 e demonstrou que há uma tendência de melhoria nos indicadores nos últimos 40 anos. Em 1974, metade das crianças tinha parado de receber leite materno antes dos 2,5 meses de idade e, em 1986, apenas 3% dos menores de 6 meses estavam em AME. Isso significa aumento médio de 15 dias/ano na mediana de duração do AM e 1,5%/ano na prevalência de AME no período revisado (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013). Diversas intervenções a favor do AM iniciadas nas décadas de 1980 e 90 devem ter contribuído para essas mudanças, tais como medidas de proteção legal (como a licença maternidade de 120 dias), iniciativa Hospital Amigo da Criança, criação e expansão de bancos de leite e campanhas de promoção do AM (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

Informações sobre os indicadores de amamentação em Angola são escassas na literatura. Segundo o banco de dados global sobre alimentação de lactentes e crianças da OMS, produzidas a partir do Inquérito de Indicadores Múltiplos do Instituto Nacional de Estatística e UNICEF no ano de 2001, a prevalência de AME abaixo dos 4 meses foi estimada em apenas 13,6% (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2002), o que é considerado baixo para os parâmetros propostos pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Na mesma pesquisa, estimou-se a prevalência de amamentação continuada com 1 ano em 89,1% e aos 2 anos em 37% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A tendência global nas últimas duas décadas em relação aos indicadores de amamentação é de aumento na prevalência de AME e na duração do AM, apesar de ainda estar aquém do recomendado pela OMS. Este acréscimo é heterogêneo e mais expressivo nos países com maiores intervenções para promoção destas práticas. Análise dos indicadores de 22 países da África, Ásia, Oriente Médio e América Latina mostrou que o aumento médio na prevalência de AME é de 1%/ano nos países com políticas nacionais e programas de incentivo à amamentação consistentes com as recomendações da OMS e UNICEF e de apenas 0,2%/ano nos países com menor adesão a estas práticas, independentemente de fatores demográficos, educação materna ou renda (LUTTER, C & MORROW, 2013). De acordo com Victora *et al.*,

desde 1993 a prevalência de AME nos países de baixa e média renda tem aumentado, na média, 0,5% ao ano (de 24,9% para 35,7% em 2013), sendo que o aumento tem sido mais acentuado nas famílias mais ricas. Para atingir a meta pactuada em 2012 pela 56ª Assembleia Mundial de Saúde de pelo menos 50% de prevalência de AME em menores de 6 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013c), essa velocidade de crescimento precisa ser duplicada na próxima década (VICTORA *et al.*, 2016). Na América Latina, dados de Pesquisas de Demografia e Saúde realizadas de 1986 a 2005 estimaram a tendência temporal de duração do AM em oito países. Em seis países, houve aumento da duração (acréscimo anual na mediana de duração em meses: Nicarágua 4,73; Colômbia 2,33; Brasil 2,19; Bolívia 1,83; Peru 1,37; República Dominicana 0,80), e o componente comportamental explicou a maior parte da mudança, mais do que variações das características das populações. Haiti mostrou uma tendência negativa (-0,64) e Guatemala não demonstrou modificação, mas era inicialmente o país com o maior tempo de aleitamento (20,8 meses). Em cinco países, o aumento foi mais intenso nas mulheres do meio urbano, o que se repetiu na análise de escolaridade, em relação às mulheres com maior grau de educação formal. Os acréscimos tenderam a ser maiores nas mulheres com mais acesso aos serviços de saúde. As mudanças ocorreram de maneira heterogênea, mas, de maneira geral, os acréscimos menores ou mesmo declínios foram observados em mulheres com menor escolaridade, de zona rural e com menos acesso aos serviços de saúde, cujos filhos tinham maior risco de morbimortalidade. Esse estudo evidenciou a importância de políticas de saúde pública que promovam equidade, com ações mais intensivas voltadas para os subgrupos mais vulneráveis, para que sejam maximizados os benefícios do AM (LUTTER; CHAPARRO; GRUMMER-STRAWN, 2011).

Quadro 2 – Prevalências de AME e AM

Localidade	AME em menores de 6 meses (%)	AM em menores de 2 anos* (%)
Ruanda	85	84
Uganda	63	46
Togo	62	64
Etiópia	52	82
Gana	46	37
Moçambique	43	52
Quênia	32	54
Congo	21	17
Nigéria	17	35
África Subsaariana	36	51
África Oeste e Central	25	44
Sul da Ásia	47	75
Leste da Ásia e região do Pacífico	30	21
América Latina e Caribe	32	27
Mundial	38	49

Fonte: UNICEF, 2015

*refere-se ao indicador AM continuado aos 24 meses

3.6 Fatores associados às práticas de AM

Os indicadores de AM são heterogêneos entre os países e mesmo em diferentes cidades e localidades. As práticas de amamentação podem ser influenciadas por fatores históricos, socioeconômicos e culturais. Esses determinantes incluem características da própria mulher e do seu bebê (e da inter-relação deles), dos serviços de saúde, do ambiente de trabalho das famílias e da comunidade em que a mulher está inserida. O sucesso da promoção de AM depende da compreensão dessas diferentes variáveis e de intervenções nos diferentes níveis (ROLLINS *et al.*, 2016).

Uma revisão sistemática de estudos brasileiros que avaliaram os fatores associados à duração do AME identificou 36 determinantes pesquisados em 27 estudos. Os fatores foram organizados em um modelo explicativo hierarquizado e os mais frequentemente associados à duração do AME (estatisticamente significativos em pelo menos um terço das vezes em que foram pesquisados) foram: no nível distal, local de residência (com resultados discordantes entre urbana ou rural), idade materna intermediária (mães adolescentes e acima de 35 anos amamentavam por menos tempo) e escolaridade materna (que foi o fator distal mais pesquisado, sendo encontrada associação com o desfecho quem cerca de metade das vezes, na direção de menor duração do AME nas crianças com mães com menos anos de estudo); no nível proximal, idade da criança (todos os estudos que avaliaram essa variável identificaram associação entre AME e menor idade), uso de chupeta (associação negativa) e fonte de financiamento do serviço de saúde (serviços privados estavam associados a maior duração do AME em três de 10 estudos pesquisados, o que pode estar relacionado a melhor acesso aos serviços e a outros determinantes, como renda) (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

A influência do uso da chupeta sobre a amamentação parece ser negativa, mas ainda há incertezas. De acordo com a revisão de Neto *et al.*, o uso de chupeta é um fator de risco para menor duração da amamentação. O mecanismo pelo qual isso ocorre não é bem estabelecido. Algumas hipóteses são de que o uso da chupeta poderia ser um indicativo de insegurança ou dificuldade materna para amamentar, ou pode haver confusão dos bicos da chupeta e do mamilo, o que pode dificultar a pega e sucção do leite materno, ou ainda a menor frequência de estimulação do mamilo

por uso da chupeta e mamadeira podem diminuir a produção de prolactina e ocitocina, reduzindo assim a produção de leite materno. Outros determinantes da duração do AM foram alimentação com fórmulas lácteas ou outros leites em copos ou mamadeiras, idade e escolaridade maternas, escolaridade paterna e retorno da mãe ao trabalho (NETO *et al.*, 2008). Em outra revisão sistemática mais recente, os estudos observacionais demonstraram menor duração do AM associada ao uso de chupeta, porém não foram encontradas diferenças nos indicadores de AM nos ensaios clínicos randomizados (O'CONNOR *et al.*, 2009). Apesar de ainda não completamente elucidada a relação entre uso de chupeta e amamentação, a iniciativa Hospital Amigo Da Criança desencoraja o seu uso em crianças que estão em aleitamento (WHO; UNICEF, 2009).

Ibanez *et al.*, pesquisaram os fatores associados à iniciação e continuidade do AM em relação a aspectos econômicos na França e em outros países com graus comparáveis de industrialização, ao descrever a prevalência de AM de acordo com características sociodemográficas e familiares dos locais pesquisados. Os 26 estudos avaliados, provenientes de 16 países, incluíram as variáveis idade materna, condição de migrante, origem étnica e nacionalidade ou língua nativa, situação conjugal, categoria profissional materna e renda familiar. Os fatores mais frequentemente associados negativamente à duração do AM foram idade materna (mães mais jovens), condição socioprofissional modesta, mães sem ocupação, de baixa renda, com baixo nível educacional e sem parceiro. No entanto, ser imigrante ou de origem étnica estrangeira foram fatores associados positivamente à duração da amamentação, independentemente da condição socioeconômica (IBANEZ *et al.*, 2012). Em contraponto, Hawkins *et al.*, estudaram a relação entre imigração e amamentação e observaram diminuição de 5% na continuidade do aleitamento além dos 4 meses para cada 5 anos em que a mãe está no país estrangeiro (HAWKINS *et al.*, 2008).

Estudos anteriores já haviam encontrado associação entre grupos em desvantagem socioeconômica e menor prevalência e duração do aleitamento (MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010) (YNGVE; SJÖSTRÖM, 2001) (CALLEN; PINELLI, 2004), ou de maior prevalência de AME em famílias de maior renda (AGHO *et al.*, 2011). Revisão recente de Victora *et al.* avaliou essa questão e

encontrou diferenças de comportamento em países pobres e mais ricos. Nos países de baixa renda, as mulheres mais pobres amamentavam por mais tempo, sem, no entanto, haver diferença na prevalência de AME em relação aos estratos de renda. Nos países ricos, o padrão era inverso: ter maior renda (além de maior escolaridade) estava associado a melhores indicadores de AM (VICTORA *et al.*, 2016).

Estudo realizado em Camboja para investigar os hábitos alimentares em menores de 6 meses identificou como fatores associados à cessação do AME antes dos 6 meses: não comparecimento do pai em encontros para orientações sobre amamentação, mãe que durante o pré-natal não tinha plano de amamentar, não amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto, ocupação materna parcial ou integral fora do domicílio. Os pesquisadores observaram que as atividades de promoção do AM desenvolvidas pelo serviço de saúde local, como orientação e acompanhamento por parteiras desde o início do pré-natal, envolvimento de toda a família no processo de preparação para a amamentação e participação do pai em atividades de orientação sobre aleitamento, podem aumentar o grau de conhecimento e motivação para amamentar (SASAKI *et al.*, 2010). Há evidências que intervenções no serviço de saúde têm impacto na promoção do AM, e o aconselhamento antenatal é importante na formação da intenção da mulher em amamentar (ROLLINS *et al.*, 2016), que é um forte preditor do sucesso do aleitamento (MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010) (ROLLINS *et al.*, 2016). Outros fatores que influenciam a intenção de amamentar são a rede social da mulher, incluindo o parceiro, parentes e amigos próximos, e a sua confiança ou sensação de autoeficácia (MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010).

Em relação a fatores obstétricos, foram identificados, na revisão sistemática de Rollins *et al.*, determinantes que influenciam negativamente a intenção de amamentar, como: gestação de alto risco, adoecimento materno, recém-nascido de baixo peso, prematuro ou com problema de saúde, e más práticas hospitalares em relação ao AM (tais quais separação do recém-nascido e da mãe, suplementação láctea e uso de chupeta) (ROLLINS *et al.*, 2016). Dificuldade de posicionamento do bebê ou problemas mamários são fatores de risco para desmame precoce (ROLLINS *et al.*, 2016). Porém, o impacto destes problemas no longo prazo pode ser influenciado pelas questões de motivação para amamentar e autoeficácia, discutidas

anteriormente. Mulheres mais confiantes e com padrão de pensamento mais positivo podem encarar esses problemas como “normais da amamentação” e serem mais resolutivas, sem que haja um impacto negativo na duração da amamentação (MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010). Número de consultas de pré-natal pode ser um fator relacionado à maior prevalência de AME, de acordo com um estudo na realizado na Nigéria a partir de inquérito populacional com mais de 7000 mães. Nessa pesquisa, ter quatro ou mais consultas de pré-natal estava associado a maior prevalência de AME (OR 2,7 [IC95% 1,04; 7,01]). O tipo de parto também parece influenciar o AM. Em revisão sistemática com metanálise de 53 estudos foi identificada menor prevalência de início precoce do AM após parto cesáreo em comparação com parto vaginal (OR 0,57 [IC 95% 0,50; 0,64]). No entanto, não houve diferença na cesárea com trabalho de parto (OR 1,00 [IC 95% 0,97; 1,04]) e nem diferentes prevalências de aleitamento aos 6 meses (OR 0,95 [IC95% 0,89; 1,01]) (PRIOR *et al.*, 2012). Na revisão de Rollins *et al.*, não foi encontrada associação significativa entre o parto por cesárea e início precoce de AM (RR 0,95 [IC 95% 0,84; 1,07]) ou AME em menores de 6 meses (RR 1,08 [IC 95% 0,82; 1,41]), uma vez que tivessem sido implementadas medidas de suporte adequadas às práticas de amamentação (ROLLINS *et al.*, 2016).

É esperado que o avanço da idade da criança seja um fator de risco para desmame e, quando pesquisada, esta variável está frequentemente associada à menor duração do AM (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). Estudos realizados na África também demonstram esse padrão (ALEMAYEHU; HAIDAR; HABTE, 2009) (TAMIRU *et al.*, 2012) (GAYAWAN; ADEBAYO; CHITEKWE, 2014). Na Nigéria, bebês com mais idade tinham menos chance de estar sendo amamentados exclusivamente (OR 0,65 [IC 95% 0,51; 0,82]) (AGHO *et al.*, 2011). Este padrão deve estar relacionado ao desconhecimento acerca da duração ótima do AME, à crença de que o leite materno não é suficiente para nutrição de bebês e, possivelmente, ao retorno da mãe ao trabalho. Outra característica do bebê frequentemente pesquisada é o sexo, e a influência dessa variável é controversa. Na revisão de Boccolini *et al.*, dois estudos encontraram maior prevalência de AME em bebês do sexo feminino, e um estudo mostrou que ser do sexo masculino é que era fator protetor (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). Nas capitais

brasileiras, a maior prevalência foi observada nas meninas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b), e esse também é um achado na África (OR 2,13 [IC95%1,03; 4,39]) (AGHO *et al.*, 2011). É possível que essa tendência seja justificada pela crença de que os meninos necessitam de maior aporte calórico, que não seria suprido suficientemente pelo leite materno, o que influenciaria a introdução mais precoce de outros alimentos.

Na África do Sul, um estudo de base populacional estimou que aproximadamente um terço das mulheres oferecia outros líquidos aos bebês nos primeiros 3 dias de vida (incluindo outros leites). Com 12 semanas após o parto, 20% das mulheres não portadoras de HIV já tinham cessado completamente a amamentação ao peito (no entanto, ser portadora de HIV não foi um preditor associado ao desfecho após ajuste para outras variáveis, como intenção prévia de amamentar). Os fatores fortemente associados à interrupção precoce do aleitamento eram: não ter intenção prévia à gravidez de amamentar (OR 5,6 [IC 95% 3,4; 9,4]), ter problemas de mama nas primeiras semanas após o parto (OR 3,1 [IC 95% 1,7; 5,7]) e mãe com renda própria (OR 1,9 [IC 95% 1,3; 2,8]) (DOHERTY *et al.*, 2012). Este último achado pode estar relacionado a empregos com baixa ou nenhuma provisão monetária durante o afastamento no período pós-parto ou à possibilidade de compra de fórmulas lácteas promovida pela renda (o estudo incluía mães portadoras de HIV). Em estudo de base populacional da Etiópia com mais de 1000 crianças e suas mães, foram determinantes de AME em menores de 6 meses: não ter parceiro (OR 2,3 [IC 95% 1,1; 4,7]), ter renda média (OR 2,9 [IC 95% 1,9; 4,4]) ou alta (OR 2,3 [IC 95% 1,1; 4,7]) e idade da criança de 0 a 1 mês (OR 5,0 [IC 95% 3,5-7,1]) e de 2 a 3 meses (OR 2,3 [IC 95% 1,7; 3,3]) (ALEMAYEHU; HAIDAR; HABTE, 2009). Aventou-se que a associação entre não ter parceiro e AME, diferentemente do que era esperado, poderia ser explicada pelo fato de que a maioria das mães sem parceiro era adolescente e estava provavelmente sob cuidados dos pais, recebendo então suporte da família (ALEMAYEHU; HAIDAR; HABTE, 2009).

Estudos indicam que questões culturais, como a prática de oferecer chás, manteiga e outros alimentos aos recém-nascidos e de descartar o colostro por considerá-lo impuro e inapropriado para a criança, podem ter influência negativa na prática de AME em países em desenvolvimento (KRUGER; GERICKE, 2003)

(IJAROTIMI OLUWOLE STEVE, 2006) (SHIRIMA; GEBRE-MEDHIN; GREINER, 2001). Em uma população rural do Egito, onde a prevalência de AME aos 6 meses foi de apenas 9,7%, foi observado que eram oferecidas bebidas à base de ervas para 61,5% dos lactentes até 3 meses de idade. (GHWASS; AHMED, 2011). Na Etiópia, onde uma pesquisa demográfica nacional demonstrou prevalência de AME em menores de 6 meses de 49% (ALEMAYEHU; HAIDAR; HABTE, 2009), foi constatado que mais de 40% das mulheres forneciam manteiga e chá de arruda para os lactentes para protegê-los contra dores do estômago e resfriados (LUDVIGSSON, 2003). Em Camarões, todas as 320 mulheres entrevistadas ofereciam outras bebidas e alimentos aos seus filhos, mesmo os menores de 6 meses. A razão mais frequentemente reportada era a pressão dos familiares e da comunidade (42,5%). Outras questões culturais relatadas eram a impressão de que o bebê não ficava satisfeito apenas com o leite materno e que este seria um alimento incompleto, e a proibição de relações sexuais durante a amamentação, que tornaria o leite danoso para a saúde do bebê (KAKUTE *et al.*, 2005). De fato, percepção de insuficiência de leite é um fator de risco para desmame, na maioria das vezes relacionado a uma impressão da mulher, mais do que um problema real na produção de leite (MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010). (ROLLINS *et al.*, 2016).

Fatores religiosos também podem estar associados com a duração do AM. Pesquisa realizada no Líbano mostrou que mães muçulmanas tinham até três vezes mais chances de estarem amamentando exclusivamente até os 4 meses de idade dos seus filhos do que as mães de religião cristã (AL-SAHAB *et al.*, 2008). Nos Emirados Árabes, de religião predominantemente islâmica, as prevalências de AM tradicionalmente são altas e aventa-se que isso se deva, em parte, pelo encorajamento do Islamismo à amamentação, em cujo livro sagrado, o Alcorão, está expresso que a mãe deve amamentar o seu filho até os 2 anos (SHARIEF; MARGOLIS; TOWNSEND, 2001).

O trabalho materno influencia a prática de amamentação. O retorno da mãe ao trabalho é fator de risco para interrupção do AM (REA; BATISTA, 1997) (GUENDELMAN *et al.*, 2009). Dispositivos legais têm sido implementados para maximizar a disponibilidade da mãe trabalhadora para a amamentação. Em Angola, a Lei Geral do Trabalho, de 1981, determina que a mulher que tem vínculo

empregatício tem direito a uma licença maternidade de 3 meses. Nesse período, o empregador deve adiantar à trabalhadora o subsídio de maternidade devido pela Segurança Social, completando-o se necessário, até o valor líquido da remuneração que aquela receberia se estivesse em efetividade de serviço. É determinado por lei, também, interrupções do turno de trabalho ou redução na carga horária diária para amamentação, desde que o filho permaneça no local de trabalho, sem redução de salário (ANGOLA, 1981). No Brasil, a Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988, no seu artigo 7º, parágrafo XVIII, versa: “Licença maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias (BRASIL, 1988). A Consolidação das Leis Trabalhistas protege a nutriz, com descansos especiais durante a jornada de trabalho e descrição de locais adequados para os cuidados com os lactentes (BRASIL, 1943). Em 2008, foi criada a Lei federal nº 11.770, que, mediante concessão de incentivo fiscal, estimula as empresas a ampliarem a licença maternidade para 6 meses (BRASIL, 2008). Há evidências que os dispositivos legais, como a licença maternidade remunerada e suporte à amamentação no ambiente de trabalho, têm impacto positivo nos indicadores de AM (ROLLINS *et al.*, 2016).

Intervenções realizadas nos serviços de saúde parecem ter impacto nas taxas de AM. Uma revisão sistemática de abordagens para promoção do aumento da duração do AM realizadas na APS, conduzida por Oliveira *et al.*, identificou estudos com grande variedade de intervenções e desfechos. Mostraram-se efetivas abordagens em grupo realizados durante o pré-natal, aconselhamento individual nos períodos pré e pós-natal (com visitas domiciliares), aconselhamento por telefone e associações dessas intervenções, com magnitudes de efeito diversas. Não foram observadas diferenças em relação ao profissional de saúde que realizou a intervenção. (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001). Lewin *et al.* revisaram a efetividade do trabalho de agentes comunitários, treinados para intervenções em saúde, mas sem formação formal (*lay workers*), em desfechos de saúde materno infantil. Foi identificado impacto positivo na promoção do início do AM (RR 1.36, [IC 95% 1.14; 1.61]), de qualquer aleitamento (RR 1.24 [IC 95% 1.10; 1.39]) e do AME (RR 1.22 (IC 95% [1.13 to 1.31])), com evidências de moderada qualidade (LEWIN *et al.*, 2010). A efetividade do ACS no Brasil foi avaliada recentemente por uma revisão sistemática que identificou resultados positivos em relação a práticas de

AM (amamentação total, amamentação exclusiva ou predominante e introdução tardia da mamadeira) com evidência de qualidade moderada (GIUGLIANI *et al.*, 2011).

4. OBJETIVOS

Justificativa

Considerando a importância e os benefícios do AM, especialmente impactantes em localidades com condições socioeconômicas desfavoráveis, e em vista da baixa prevalência de AME entre crianças angolanas menores de 6 meses, de acordo com dados disponíveis até o momento, e da falta de estudos que analisem os fatores envolvidos nesta realidade, torna-se relevante a realização de um estudo de base populacional para conhecimento de fatores associados à prática de AME no país. Esses dados podem direcionar o desenvolvimento de políticas públicas de promoção do AM e redução de morbimortalidade infantil no território angolano.

Objetivos

Objetivo geral

Identificar os fatores associados à prática do AME nas crianças menores de 6 meses de idade em um município de Luanda, Angola.

Objetivo específico

Estimar as prevalências de AME em menores de 6 meses, AM em menores de 24 meses, AM continuado aos 12 meses e AM continuado aos 24 meses na população estudada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agho KE, Dibley MJ, Odiase JI, Ogbonmwan SM. Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2011 [citado 22 Jan 2016];11:2. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3025918&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Alemayehu T, Haidar J, Habte D. Determinants of exclusive breastfeeding practices in Ethiopia. *Ethiop J Heal Dev* [Internet]. 2009 [citado 22 Jan 2016];23(1). Disponível em: <http://www.ajol.info/index.php/ejhd/article/view/44832>

Al-Sahab B, Tamim H, Mumtaz G, Khawaja M, Khogali M, Afifi R, *et al.* Predictors of breast-feeding in a developing country: results of a prospective cohort study. *Public Health Nutr* [Internet]. 2008 [citado 21 Maio 2014];11(12):1350. Disponível em: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1368980008003005

Angola. Lei Geral do Trabalho de Angola [Internet]; 1981[citado 09 jan 2016]. Disponível em: http://www.sme.ao/attachments/article/248/Lei_Geral_do_Trabalho_de_Angola.pdf

Bachrach VRG, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 2003 [citado 7 Set 2015];157(3):237–43. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario4/Downloads/poa20234_237_243\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario4/Downloads/poa20234_237_243(1).pdf)

Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, *et al.* Infant Feeding and Childhood Cognition at Ages 3 and 7 Years. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2013 [citado 9 Dez 2015];167(9):836. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3998659&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Black RE, Allen LH, Bhutta Z a., Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* [Internet]. 2008 [citado 11 Nov 2015];371(9608):243–60. Disponível em: http://ac.els-cdn.com.ez45.periodicos.capes.gov.br/S0140673607616900/1-s2.0-S0140673607616900-main.pdf?_tid=b8167a1c-c917-11e5-b7fc-00000aab0f27&acdnat=1454354121_09e0cc129cc72db9bcd77bf23ca283a5

Boccolini CS, Carvalho ML de, Oliveira MIC de. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2015 [citado 28 Fev 2016];49(91):1–15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910-rsp-S0034-89102015049005971.pdf>

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 1988 [citado 09 jan 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

Brasil. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 [Internet]. 1943 [citado 09 jan 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452.htm

Brasil. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008 [Internet]. 2008 [citado 09 jan 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/11770.htm

Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment. *Pediatrics* [Internet]. 2006 [citado 14 Dez 2015];118(5):e1436–43. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2916>

Callen J, Pinelli J. Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: A literature review. *Birth* [Internet]. 2004 [citado 21 Maio 2014];31(4):285–92. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15566341>

Camargo-Figuera F, Barros A, Santos IS, Matijasevich A, Barros FC. Early life determinants of low IQ at age 6 in children from the 2004 Pelotas Birth Cohort: a predictive approach. *BMC Pediatr* [Internet]. 2014 [citado 8 Nov 2015];14(1):308. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/14/308>

Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *BMC Pediatr* [Internet]. 2015 [cited 10 Jan 2016];15:46. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/15/46>

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* [Internet]. 2002 [citado 20 abril 2014];360(9328):187–95. Disponível em: http://ac.els-cdn.com.ez45.periodicos.capes.gov.br/S0140673602094540/1-s2.0-S0140673602094540-main.pdf?tid=8064f7a8-c91f-11e5-89e0-00000aab0f6b&acdnat=1454357464_a4a11972192dfbc241610d6c2d929808

Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and Risk of Ovarian Cancer in Two Prospective Cohorts. *Cancer Causes Control* [Internet]. 2007 [citado 15 jun 2014];18(5):517–23. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/29736651|nhttp://www.jstor.org/stable/pdfplus/29736651.pdf?acceptTC=true>

Doherty T, Sanders D, Jackson D, Swanevelder S, Lombard C, Zembe W, *et al.* Early cessation of breastfeeding amongst women in South Africa: an area needing urgent attention to improve child health. *BMC Pediatr* [Internet]. 2012 [citado 16 Out 2015];12:105. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3441849&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Food and Agricultural Organization, World Health Organization (Switzerland).

Energy and protein requirements: Report of a joint FAO/WHO ad hoc expert committee [Internet]. Geneva: World and Health Organization; 1973 [citado 10 dez 2015]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_522.pdf

Food and Agricultural Organization, World Health Organization (Switzerland). Energy and Protein Requirements: Report of a joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation [Internet]. Geneva: World and Health Organization; 1985. [citado 10 dez 2015]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39527/1/WHO_TRS_724_\(chp1-chp6\).pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39527/1/WHO_TRS_724_(chp1-chp6).pdf)

Food and Agricultural Organization, World Health Organization (Switzerland). Human energy requirements: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation [Internet]. Geneva: World and Health Organization; 2001. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/007/y5686e/y5686e08.htm>

Gayawan E, Adebayo SB, Chitekwe S. Exclusive breastfeeding practice in Nigeria: a bayesian stepwise regression analysis. *Matern Child Health J* [Internet]. 2014 [citado 13 Jan 2016];18(9):2148–57. Disponível em: http://link.periodicos.capes.gov.br/ez45.periodicos.capes.gov.br/sfxlc141?frbrVersion=7&ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_tim=2016-01-11T14:27:20IST&url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&rfr_id=info:sid/primox.exlibrisgrou

Ghwass MME Al, Ahmed D. Prevalence and Predictors of 6-Month Exclusive Breastfeeding in a Rural Area in Egypt. *Breastfeed Med* [Internet]. 2011 [citado 7 Maio 2014];6(4):191–6. Disponível em: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/bfm.2011.0035>

Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil. *J Ambul Care Manegent*. 2011;34(4):326–38.

Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics* [Internet]. 2009 [citado 9 Jan 2016];123(1):e38–46. Disponível em: <http://pediatrics-aappublications-org.ez45.periodicos.capes.gov.br/content/pediatrics/123/1/e38.full.pdf>

Hawkins SS, Lamb K, Cole TJ, Law C. Influence of moving to the UK on maternal health behaviours: prospective cohort study. *Bmj* [Internet]. 2008 [citado 16 abril 2014];336(7652):1052–5. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/336/7652/1052>

Horta BL, Victora CG. Long-term health effects of breastfeeding. *World Heal Organ* [Internet]. 2013a [citado 16 Out 2015];129(8-9):57–64. Disponível em: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. *World Heal Organ* [Internet]. 2013b [citado 10 Dez 2015];1–54. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_short_term_effects/en/

Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015a;104:14–9.

Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015b;104:30–7.

Humbwavali JB, Giugliani C, Duncan BB, Harzheim E, Lavor ACH, Lavor MC, *et al.* Health and Health Care of Mothers and Children in a Suburban Area of Luanda, Angola. *J Community Health [Internet]*. 2014 [citado 14 jun 2014];39(3):617–26. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10900-013-9808-4>

Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Rev Epidemiol Sante Publique [Internet]*. 2012 [citado 7 maio 2015];60(4):305–20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22835774>

Ijarotimi Oluwole Steve. Nutricional Status and Feeding Practices of Infants Among Low-Income Nursing Mothers in Ondo State, Nigeria. *Int J Trop Med [Internet]*. 2006 [citado 13 Jan 2016];1(3):123–9. Disponível em: <http://docsdrive.com/pdfs/medwelljournals/ijtmed/2006/123-129.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (Angola). Inquérito de Indicadores Múltiplos [Internet]. Instituto Nacional de Estatística: Luanda, 2002 [citado 25 maio 2016]. Disponível em: <http://mics.unicef.org/surveys>

Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, Trikalinos T, *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries [Internet]. *Evid Technol Asses (Full Rep)*. 2007 [cited 11 Nov 2015]. Disponível em: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta Z a., Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet [Internet]*. 2003 [citado 9 jun 2014];362(9377):65–71. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0140673603138111/1-s2.0-S0140673603138111-main.pdf?_tid=3b531dd6-c904-11e5-92bf-00000aab0f02&acdnat=1454345751_cc376142ef24ef844c7bc9823bfd2b6a

Kakute PN, Ngum J, Mitchell P, Kroll KA, Forgwei GW, Keming Ngwang L, *et al.* Cultural barriers to exclusive breastfeeding by mothers in a rural area of Cameroon, Africa. *J Midwifery Women's Heal [Internet]*. 2005 [citado 16 Out 2015];50(4):324–8. Disponível em: <http://www.pubfacts.com/fulltext/15973270/Cultural-barriers-to-exclusive-breastfeeding-by-mothers-in-a-rural-area-of-Cameroon-Africa>

Klein RE, Malina RM. Height and weight standards for preschool children: how relevant are ethnic differences in growth potencial? *Lancet [Internet]*. 1974 [citado

21 Out 2015];611–5. Disponível em: http://ac.els-cdn.com.ez45.periodicos.capes.gov.br/S0140673674926634/1-s2.0-S0140673674926634-main.pdf?_tid=856fa214-c908-11e5-b3cf-00000aab0f01&acdnt=1454347594_7e8305044286e3ea7af71a37614d5038

Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). Cochrane Libr [Internet]. 2012 [citado 17 jun 2014];(8). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/abstract;jsessionid=C99A3A38671C4F82450433A37BF1F5D4.f02t04>

Kruger R, Gericke GJ. A qualitative exploration of rural feeding and weaning practices, knowledge and attitudes on nutrition. Public Health Nutr [Internet]. 2003 [citado 13 Jan 2015];6(2):217–23. Disponível em: http://www.hedu-africa.org/uploads/files/PHN_Rural-Feeding-Weaning-Practices.pdf

Kwan ML, Buffler P a., Abrams B, Kiley V a. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: A meta-analysis. Public Health Rep [Internet]. 2004 [citado 7 jun 2014];119(6):521–35. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497668/pdf/15504444.pdf>

Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. BMC Public Health [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011 [citado 16 set 2015];11(Suppl 3):S15. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S15>

Lauer JA, Betrán AP, Barros AJD, de Onís M. Deaths and years of life lost due to suboptimal breastfeeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. Public Health Nutr [Internet]. 2006 [citado 9 Nov 2015];9(6):673–85. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925871>

Lewin S, Glenton C, Daniels K, Be VW, Jensen J, Johansen M, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 1];(3). Disponível em: <http://www.cochrane.org/CD004015/EPOC>

Lodge CI, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, Tham R, Lowe AJ, *et al.* breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104:38–53.

Ludvigsson JF. Breastfeeding in Bolivia - information and attitudes. BMC Pediatr [Internet]. 2003 [citado 13 Jan 2016];3:4. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/295/art:10.1186/1471-2431-3-4.pdf?originUrl=http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2431-3-4&token2=exp=1452711770~acl=/static/pdf/295/art%3A10.1186%2F1471-2431-3-4.pdf?originUrl=http://link.springer.com>

Lutter, C & Morrow A. Protection, Promotion, and Support and Global Trends in Breastfeeding 1 – 3. Adv Nutr An Int Rev J [Internet]. 2013 [citado 16 Out

2014];(3):213–9. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3649101/pdf/213.pdf>

Lutter CK, Chaparro CM, Grummer-Strawn LM. Increases in breastfeeding in Latin America and the Caribbean: An analysis of equity. *Health Policy Plan* [Internet]. 2011 [citado 16 Out 2015];26:257–65. Disponível em:

<http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/3/257.full.pdf+html>

Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth* [Internet]. 2010 [citado 7 Dez 2014];23(4):135–45 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>

Ministério da Saúde (Angola). Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde. Luanda: Ministério da Saúde, 2008.

Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a [citado 02 set 2014]. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

Ministério da Saúde (Brasil). II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2009b [citado 02 set 2014]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Nações Unidas (US). Sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência [Internet]. 2014. New York: PNUD, 2014. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 [citado 06 fev 2015]. Disponível em: http://origin-hdr.undp.org/en/media/HDR13_Summary_PT_WEB.pdf

O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and Breastfeeding. A systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 2009 [citado 10 Out 2015];163(4):378–82. Disponível em:

[file:///C:/Users/Usuario4/Downloads/pra80011_378_382%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario4/Downloads/pra80011_378_382%20(1).pdf)

Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions. *J Hum Lact* [Internet]. 2001 [cited 2016 May 30];17(14). Disponível em:

<http://jhl.sagepub.com/content/17/4/326.abstract>

Owen CG. Effect of Infant Feeding on the Risk of Obesity Across the Life Course: A Quantitative Review of Published Evidence. *Pediatrics* [Internet]. 2005 [citado 9 Nov]2015;115(5):1367–77. Disponível em:

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1176>

Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and metanalysis. *Acta Paediatr*. 2015b;104:54–61.

Peres KG, Cascaes a. M, Peres M a., Demarco FF, Santos IS, Matijasevich A, *et al.* Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. *Pediatrics* [Internet]. 2015a [citado 1 Nov 2015];136(1). Disponível em:

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-3276>

Pires SC, Giugliani ER, Caraméz da Silva F. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [citado 1 Nov 2015];12:934. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-934.pdf>

Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps L, Modi N, Hyde M. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2012 [cited 10 Feb 2016];95(5):1113–35. Disponível em: <http://ajcn.nutrition.org/content/95/5/1113.full.pdf+html>

Queza AJ. Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal [tese]. [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2010 [cited 19 Out 2015]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Sade%20Angolano%20e%20Contributos%20%20Luz%20da%20Reforma%20do%20SNS%20Portugus.pdf>

Rea MF, Batista LE. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1997 [citado 9 Jan 2016];31(2):402–16. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89101997000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2016 [citado 20 fev 2016];387(10017):491–504. Disponível em:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615010442>

Rowland MG, Barrell RA, Whitehead RG. Bacterial contamination in traditional Gambian weaning foods. *Lancet* [Internet]. 1978 [citado 21 Out 2015];1(8056):136–8. Disponível em:

http://ac.els-cdn.com/S0140673678904324/1-s2.0-S0140673678904324-main.pdf?_tid=f64f7ed4-95f6-11e2-aa0f-00000aab0f27&acdnat=1364290050_5746f3cc56bd1f4005b7fb45b94d5a4c

Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, *et al.* Optimal Breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:3–13.

Sasaki Y, Ali M, Kakimoto K, Saroeun O, Kanal K, Kuroiwa C. Predictors of exclusive breast-feeding in early infancy: A survey report from Phnom Penh, Cambodia. *J Pediatr Nurs* [Internet]. Elsevier Inc.; 2010 [cited 2015 Oct 16];25(6):463–9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21035012>

Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [citado 21 Out 2015] 2015 Oct 16]; Disponível em:

<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004950.pub3>

Sharief NM, Margolis S, Townsend T. Breastfeeding patterns in Fujairah, United Arab Emirates. *J Trop Pediatr* [Internet]. 2001 [citado 7 abril 2014];47(5):304–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11695733>

Shirima R, Gebre-Medhin M, Greiner T. Information and socioeconomic factors associated with early breastfeeding practices in rural and urban Morogoro, Tanzania. *Acta Paediatr* [Internet]. 2001 [citado 13 maio 2014];90(8):936–42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529546>

Tamiru D, Belachew T, Loha E, Mohammed S. Sub-optimal breastfeeding of infants during the first six months and associated factors in rural communities of Jimma Arjo Woreda, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [citado 13 Jan 2015];12(1):363. Disponível em:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3439284&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Neto ETS, Oliveira AE, Zandonade E, Molina M del CB. Pacifier use as a risk factor for reduction in breastfeeding duration : a systematic review. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2008 [citado 10 Out 2015];8(4):377–89. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n4/03.pdf>

United Nations. Sustainable Development Goals [Internet]. 2016 [cited 19 Feb 2016]. Disponível em: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

United Nations (US). Work for Human Development [Internet]. New York: United Nations Development Program; 2015. Human Development Report 2015 [cited 15 jan 2016];. Disponível em:

http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf

United Nations Children’s Fund (US). The State of the World’s Children 2015: Executive Summary [Internet]. New York: UNICEF; 2015 cited 19 dez 2015].

Disponível em: http://www.unicef.org/publications/index_77928.html

Tham R, Bowatte G, Darmage SC , Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, *et al*. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:62–84.

Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2013 [citado 16 Out 2015];47(6):1205–8.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601205&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SC, Gigante L, Smith P, *et al*.

Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* [Internet]. 1987 [citado 9 Nov 2015];330(8554):319–22. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673687909020>

Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Heal* [Internet]. Victora *et al.* Open Access article distributed under the terms of CC BY; 2015 [citado 17 Out 2015];3(4):e199–205. Disponível em:

<http://www.thelancet.com/article/S2214109X15700021/fulltext>

Victora CG, Barros a. JD. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: A pooled analysis. *Lancet* [Internet]. 2000 [citado 9 Nov 2015];355(9202):451–5. Disponível em: http://ac.els-cdn.com.ez45.periodicos.capes.gov.br/S0140673600820115/1-s2.0-S0140673600820115-main.pdf?_tid=ca42349c-cb65-11e5-9ccc-00000aacb360&acdnat=1454607555_d83075ff1c367ccdedb6a1d634ec37d4

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2016 [citado 15 Fev 2016];387(10017):475–90. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615010247>

Waterlow JC, Thomson AM. Observations on the adequacy of breastfeeding. *Lancet* [Internet]. 1979 [citado 17 Out 2015];314(8136):238–42. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673679902484>

World Health Organization. Country Cooperation Strategy, Angola [Internet]. 2013a [citado 10 jul 2015] Disponível em: <http://www.who.int/countryfocus>

World Health Organization (Switzerland). Essential Nutrition Actions- Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition [Internet]. World Health Organization: Geneva; 2013b [citado 08 jan 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789241505550_eng.pdf?ua=1\nhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789241505550_eng.pdf

World Health Organization. Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding [Internet]. 2009 [citado 02 maio 2014] . Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/ago.pdf?ua=1>

World Health Organization (US). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA [Internet]. Washington (DC): World Health Organization; 2007 [citado 15 jun 2014] Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf

World Health Organization (Switzerland). Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes [Internet]. Geneva: World

Heath Organization; 2003 [citado 16 Dez 2015]. Disponível em:
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562544/en/>

World Health Organization. Sustainable Development Goals [Internet]. 2013c [citado 3 Dez 2015]. Disponível em:
<http://www.ao.undp.org/content/angola/en/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg4/>

World Health Organization (Switzerland) . The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding - Report of an Expert Consultation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [citado 02 maio 2014]. Disponível em:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/

World Health Organization (Switzerland). World Health Statistics 2015. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 14 dez 2015]. Disponível em:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

World Health Organization, United Nations Children’s Fund. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised Updated and Expanded for Integrated Care. Seccion 1: Background and implementation [Internet]. 2009 [citado 02 fev 2016]. Disponível em: http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf

World Health Organization, United Nations Children’s Fund (Italy). Innocenti Declaration [Internet]. World Health Organization: Florence; 1990 [citado 02 fev 2016]. Disponível em:
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. Public Health Nutr [Internet]. 2001 [citado 7 jun 2015];4(2b):631–45. Disponível em: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1368980001000532

6. ARTIGO

FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO EM UM A POPULAÇÃO DE LUANDA, ANGOLA

FACTORS ASSOCIATED WITH EXCLUSIVE BREASTFEEDING PRACTICE
IN A POPULATION OF LUANDA, ANGOLA

Susana Valéria Dalcastagnê, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado à Revista Journal of Community Health

Título: Fatores Associados à Prática de Aleitamento Materno Exclusivo em uma População de Luanda, Angola

Título em Inglês: Practice of Exclusive Breastfeeding in a Population of Luanda, Angola, and Associated Factors.

Autores: Susana Valéria Dalcastagnê¹, Elsa Justo Giugliani², Luciana Neves Nunes³, Lisiane Hauser¹, Camila Giugliani¹

1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Programa de Pós-Graduação da em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

3 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Programa de Pós-Graduação em Ensino de Matemática. Instituto de Matemática. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência e e-mail

Susana Valéria Dalcastagnê

Endereço: Rua Duque de Caxias, 638 /604, CEP 99010-280

Email: su_vd@hotmail.com

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses é uma das medidas de maior impacto na prevenção de mortes infantis. Os determinantes das práticas de amamentação são complexos e diferem entre as populações. O objetivo desta pesquisa foi identificar fatores associados à prevalência do AME em uma população de Luanda, Angola. Realizou-se um estudo transversal de base populacional, cujos dados foram coletados em 2010, no município de Cacuaco, periferia de Luanda. Foi selecionada uma amostra incluindo crianças menores de 2 anos e suas mães. Foram estimadas razões de prevalência (RP) por regressão de Poisson utilizando modelo hierarquizado. Foram incluídas 749 crianças menores de 2 anos, sendo 274 menores de 6 meses. A prevalência de AME em menores de 6 meses foi 51,5% (IC 95% 46,3; 56,6%). Quatro variáveis mostraram associação positiva com AME em menores de 6 meses: número de consultas de pré-natal (RP 1,11 [IC95% 1,04; 1,18]), ocupação materna (outras em comparação a autônoma) (RP 1,54 [IC 95% 1,05; 2,26]), idade da criança (meses) (RP 0,77 [IC 95% 0,71; 0,84]) e sexo da criança (feminino em comparação a masculino) (RP 1,34 [IC 95% 1,02; 1,76]). Os resultados mostram prevalência satisfatória de AME em menores de 6 meses, de acordo com recomendações internacionais, e permitiram identificar determinantes dessa prática nunca antes pesquisados em Angola. Esses dados são especialmente relevantes em um contexto de altíssima mortalidade infantil e devem ser úteis para planejamento de ações visando melhoria da saúde infantil pela promoção do AME em Angola e outros países.

Descritores: aleitamento materno, nutrição infantil, Angola

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding (EB) until 6 months is one of the measures of highest impact in the prevention of infant deaths. The determinants of breastfeeding practices are complex and differ between populations. The objective of this research was to identify which factors are associated with the prevalence of EB in a population of Luanda, Angola. We conducted a cross-sectional, population-based study, with data collected in 2010 in the municipality of Cacuaco, suburban area of Luanda. Children under 2 years and their mothers were included. Prevalence ratios (PR) were estimated using Poisson regression according to a hierarchical model. A sample of 749 children were surveyed, including 274 children under 6 months. The prevalence of EB in children under 6 months was 51.5% (95% CI 46.3; 56.6%). Four variables were positively associated with EB under six months: number of prenatal visits (PR 1.11 [95% CI 1.04; 1.18]), maternal occupation (others compared to autonomous) (PR 1.54 [95% CI 1.05; 2.26]), child's age (months) (PR 0.77 [95% CI 0.71; 0.84]) and child's sex (female compared to male) (PR 1.34 [95% CI 1.02; 1.76]). Our findings showed satisfactory prevalence of EB under 6 months, according to international recommendations, and enabled the identification of determinants for EB practice never surveyed before in Angola. These data are considered especially relevant in a context of high infant mortality and may be useful for planning actions aimed at improving child health through the promotion of EB in Angola and other countries.

Descriptors: breastfeeding, nutrition processes, Angola

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é uma prática comprovadamente eficaz na prevenção de mortes infantis. Estima-se que a amamentação poderia poupar 13% de todas as mortes por doenças evitáveis em crianças menores de 5 anos no mundo (Jones, Steketee, Black, Bhutta, & Morris, 2003) e que o aumento da prevalência de AME para níveis quase universais poderia prevenir 823.000 mortes infantis, além de 20.000 mortes maternas por câncer de mama todos os anos (Victora *et al.*, 2016). O AM também tem impacto significativo na redução de morbidade por doenças infecciosas, especialmente gastrointestinais e respiratórias, e há evidências que tenha efeito protetor para diversas outras condições no curto e longo prazo, como otite, doenças alérgicas, obesidade, diabetes melitus tipo 2, hipertensão arterial, má oclusão dentária e desenvolvimento cognitivo (Victora *et al.*, 2016).

Nas últimas duas décadas, após a Organização Mundial da Saúde (OMS) ter recomendado AME por 6 meses, mantido complementado com outros alimentos até pelo menos os 2 anos (World Health Organization, 2002), a tendência é de aumento nas prevalências e duração do AM no mundo, porém de forma heterogênea entre as diferentes localidades. A prevalência de AME nos países de baixa e média renda tem aumentado, na média, 0,5% ao ano (de 24,9%, em 1993, para 35,7% em 2013), de maneira mais acentuada nos estratos mais favorecidos economicamente (Victora *et al.*, 2016). Para atingir a meta pactuada pela 56ª Assembleia Mundial de Saúde de pelo menos 50% de prevalência de AME em menores de 6 meses em 2025 (World Health Organization, 2013), essa velocidade de crescimento precisa ser duplicada na próxima década (Victora *et al.*, 2016). Um levantamento recente publicado pelas

Nações Unidas, com dados de 2009 a 2013, revelou prevalência global de AME em menores de 6 meses de cerca de 38% (UNICEF, 2015). Os países de baixa renda apresentam, de maneira geral, melhores indicadores de AM, apesar de ainda aquém do recomendado pela OMS (Victora *et al.*, 2016).

As práticas de AM podem se influenciadas por fatores históricos, demográficos, socioeconômicos, culturais, além de fatores individuais. Tais determinantes incluem características da própria mulher, do seu filho e de sua família (e da inter-relação deles), dos serviços de saúde, do ambiente de trabalho, das famílias e da comunidade em que a mulher está inserida. O sucesso do AM depende da compreensão dessas diferentes variáveis e de intervenções nos diferentes níveis (Rollins *et al.* 2016).

Em Angola, um país que ainda sofre as consequências de uma guerra civil terminada em 2002, e que durou 27 anos, são escassos os dados sobre AM. Apesar de dar sinais de recuperação socioeconômica, o país tem uma taxa de mortalidade em menores de 5 anos de 167,4/1000 nascidos vivos, a mais alta no cenário mundial (World Health Organization, 2015) (UNICEF, 2015). São escassas as informações sobre amamentação no país. Dados de um inquérito nacional de 2001 (MICS) demonstraram prevalência de AME em menores de 4 meses de apenas 13,6% (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Não foram localizados estudos que tenham pesquisado determinantes do AME no país. O objetivo principal desta pesquisa foi identificar os fatores associados à prática do AME nas crianças menores de 6 meses de idade em um município da região metropolitana de Luanda, Angola, com a intenção de contribuir para o desenvolvimento de políticas de incentivo à amamentação e redução de morbimortalidade infantil nesse e em outros países.

Outros objetivos são estimar as prevalências de AME em menores de 6 meses, AM em menores de 24 meses e AM continuado aos 12 meses e 24 meses.

MÉTODOS

Delineamento e período do estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, vinculado ao projeto intitulado “Desenvolvendo serviços de atenção primária à saúde em Angola: uma proposta para avaliação do Programa Agentes Comunitários de Saúde”, cujos dados foram coletados no período de 1º de agosto a 26 de setembro de 2010.

Local do estudo

O estudo foi realizado em Cacucaco (700.000 habitantes na época da coleta de dados), município da região metropolitana de Luanda, capital de Angola (população total de 22,1 milhões de habitantes). Para o projeto supracitado, cuja proposta era realizar uma linha de base da situação de saúde de mães e crianças que pudesse ser usada para futuras comparações, o local foi escolhido por ter sido o primeiro município a implantar agentes comunitários de saúde (ACS).

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas as crianças de 0 mês até um ano, 11 meses e 29 dias, cujas mães viviam na área estudada. No caso de haver mais de uma criança menor de 2 anos no mesmo domicílio, apenas a de maior idade era incluída, porque no estudo original valorizou-se o maior tempo de exposição das crianças mais velhas ao contexto, já que o município vinha sendo pioneiro na implementação de novas

estratégias para melhorar a saúde materno-infantil. Em caso de gêmeos, a criança selecionada era a que havia nascido primeiro.

Os critérios de exclusão utilizados foram: mães que moravam há menos de um ano na área estudada ou que não habitavam com a criança.

Foram considerados perdidos os casos em que as mães se encontravam ausentes após três tentativas de visita dos entrevistadores à residência, em dias e horários diferentes, e recusas quando as mães não consentiam em fazer parte do estudo.

Amostra e seleção dos sujeitos

Para o projeto original, uma amostra de 700 crianças foi calculada a partir da estimação da prevalência dos principais desfechos estudados, assumindo uma variação de 10 a 40% (para baixo índice de massa corporal e baixa estatura para idade, respectivamente), para uma precisão de 5% e considerando efeito de conglomerado de 1,5. Já para o objetivo deste estudo, assumindo prevalências de AME de acordo com determinantes investigados previamente em outros países da África (escolaridade materna, renda familiar, emprego materno e idade do bebê) (Alemayehu, Haidar, & Habte, 2009) (Agho, Dibley, Odiase, & Ogbonmwan, 2011) (Setegn *et al.*, 2012) e utilizando os mesmos parâmetros, o tamanho da amostra variou de 72 a 486.

Os participantes foram recrutados em quatro bairros (Boa Esperança, Balumuca, Bate Chapa e Forno do Cal), selecionados com base nos critérios de disponibilidade de mapas do bairro, autorização pelos comitês de residentes e segurança dos pesquisadores. Os bairros foram divididos em microáreas com aproximadamente 100 famílias. Uma casa em cada microárea foi selecionada

aleatoriamente como ponto de partida para a pesquisa, e cada terceira casa à direita da casa índice foi então visitada pelos entrevistadores.

Procedimentos para coleta de dados

Foram selecionados entrevistadores angolanos, que passaram por treinamento intensivo com duração de cinco dias, no qual constava a simulação das entrevistas e a aplicação de questionários pilotos, estruturados exclusivamente para o estudo. Após o treinamento, quatro equipes foram montadas, cada uma composta por um coordenador de campo, quatro entrevistadores e um supervisor de área. A função dos entrevistadores era a aplicação do questionário às mães das crianças. Os coordenadores eram responsáveis pela identificação das crianças e mães elegíveis, revisão e transcrição dos cartões das crianças na seção indicada no questionário, realização da antropometria das crianças, e revisão e codificação dos questionários.

Instrumento

No questionário estruturado desenvolvido para a pesquisa de origem constam 139 perguntas, divididas em: dados de identificação da casa; dados da mãe; dados gerais sobre os moradores da casa; dados sobre mãe e filhos; dados sobre gestação e parto da criança; dados sobre o registro da criança; dados sobre a saúde da criança; dados de saúde de outros filhos menores de 5 anos; dados sobre a moradia; dados sobre os ACS; posse dos cartões de saúde; dados do cartão da gestante; dados do cartão da criança; aferição do peso e do comprimento da criança.

Os coordenadores de campo foram previamente treinados para a realização das medidas antropométricas, que foram aferidas com balanças digitais da marca Tanita® e estadiômetros de madeira confeccionados sob medida.

Os questionários foram codificados, digitalizados e inseridos no banco de dados usando o software Teleform®.

Variáveis

As variáveis investigadas foram AME em menores de 6 meses e AM em menores de 24 meses, além de AM em crianças entre 12 e 15,9 meses e AM em crianças entre 20 e 23,9 meses. Os respectivos indicadores foram calculados conforme referências da OMS (World Health Organization, 2007), com exceção da prevalência de AM em menores de 24 meses, que optamos por utilizar para descrever a amostra total do estudo.

- Prevalência de AME em menores de 6 meses

$$\frac{\text{Número de crianças entre 5,9 meses em AME}}{\text{Total de crianças entre 0 e 5,9 meses}}$$

- Prevalência de AM em menores de 24 meses

$$\frac{\text{Número de crianças entre 0 e 23,9 meses em AM}}{\text{Total de crianças entre 0 e 23,9 meses}}$$

- Prevalência de AM continuado aos 12 meses

$$\frac{\text{Número de crianças entre 12 e 15,9 meses em AM}}{\text{Total de crianças entre 12 e 15,9 meses}}$$

- Prevalência de AM continuado aos 24 meses

$$\frac{\text{Número de crianças entre 20 e 23,9 meses em AM}}{\text{Total de crianças entre 20 e 23,9 meses}}$$

As variáveis independentes pesquisadas são mostradas na Figura 1.

A condição econômica foi avaliada indiretamente por meio de um escore elaborado com base em um estudo prévio conduzido em Gana (Krefis *et al.*, 2010) para estratificar as famílias participantes do estudo em níveis de situação econômica mais ou menos favorecidos. Foram atribuídas pontuações para determinadas características domiciliares (material de construção da casa, água canalizada, luz elétrica, posse de refrigerador e presença de banheiro dentro da casa) totalizando valores de 0 a 10 (o escore foi utilizado neste estudo como uma variável contínua).

Métodos Estatísticos

São apresentadas as medianas e os intervalos interquartis para as variáveis quantitativas, considerando que todas as variáveis estudadas apresentaram distribuição assimétrica, e as frequências e as proporções com intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para as variáveis categóricas. As frequências das variáveis independentes foram também verificadas no grupo de crianças menores de 6 meses, estratificadas segundo a ocorrência de AME.

A Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para estimar razões de prevalência (RP) para o desfecho AME, com os seus respectivos IC 95%. Este método foi escolhido por ser o mais adequado para um estudo transversal com desfecho de alta prevalência (maior que 10%) (Coutinho, Scazufca, & Menezes, 2008). A inclusão das variáveis no modelo multivariável foi realizada de acordo com um modelo hierarquizado (Figura 1), em que as variáveis de exposição são classificadas em níveis de acordo com a proximidade da variável dependente estudada, a partir de uma base conceitual de possíveis inter-relações dos os fatores em estudo (Victora, Huttly, Fuchs, & Olinto, 1997) (Boccolini, Carvalho, & Oliveira, 2015). Em cada etapa da análise, as variáveis foram ajustadas em relação às outras

do mesmo nível e às que apresentaram associação estatística significativa para p valor de até 0,20 em níveis anteriores. No modelo final o p valor para significância estatística foi de 0,05.

As análises estatísticas foram realizadas com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 e Stata 9.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o protocolo número 1025941. Neste estudo, foram utilizados dados secundários, tendo como base o banco de dados do projeto original, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o protocolo 2008045. A coleta de dados foi autorizada pela Direção Provincial de Saúde de Luanda. Todas as mães participantes forneceram consentimento informado por escrito antes de serem entrevistadas para o estudo.

RESULTADOS

Foram visitadas 1.360 casas, em 49 microáreas dos quatro bairros selecionados. Foram excluídas 42 (5,7%) crianças, 111 (15,0%) foram perdidas, e 10 (1,4%) mães recusaram-se a participar. A amostra final incluiu 749 crianças e suas mães. A tabela 1 apresenta as características da amostra total (N=749), e a tabela 2 descreve as crianças menores de 6 meses de acordo com o desfecho AME (N=269).

Das 274 crianças com idade menor que 6 meses, 141 recebiam apenas leite materno no momento da entrevista, de maneira que a prevalência de AME em menores de 6 meses foi de 51,5% (IC 95% 46,3; 56,6%). Das 749 crianças da amostra total, 638 eram amamentadas com leite materno, independentemente de receberem outros alimentos, resultando em uma prevalência de AM em menores de 24 meses de 85,2% (IC 95% 82,4; 87,7%). As prevalências de amamentação continuada aos 12 e 24 meses foram de 88,5% (IC 95% 81,7; 93,4%) e 45,8% (IC 95% 36,7; 55,2%), respectivamente.

A tabela 3 mostra as RP para o desfecho AME em menores de 6 meses ajustadas para os preditores, de acordo com o modelo hierarquizado. No modelo distal, nenhuma variável apresentou $p < 0,2$. No modelo intermediário distal, apenas a variável número de consultas pré-natais seguiu para o nível intermediário proximal, sendo também o único preditor selecionado para o modelo final. No modelo proximal, apresentaram associação positiva com o desfecho as variáveis número de consultas de pré-natal, ocupação materna (outras em comparação a autônoma), idade da criança e sexo da criança (feminino em comparação a masculino).

DISCUSSÃO

A prevalência de AME em menores de 6 meses na população estudada foi de 51,5%, o que é considerado satisfatório de acordo com os critérios adotados pela OMS (50 a 89%) (World Health Organization, 2003). Essa foi uma proporção consideravelmente maior que aquela de AME em menores de 4 meses identificada

em 2001 no inquérito nacional (MICS), com dados coletados em 18 províncias do país, de apenas 13,6% (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Também foi maior do que a prevalência global (38%) e do que a média dos países do leste asiático e região do Pacífico (30%), América Latina e Caribe (32%), sul da Ásia (47%), a África sub-Saariana (36%), e África Central (25%), onde está situado o país. (UNICEF, 2015). Na África, há considerável heterogeneidade de prevalência de AME entre os países. De acordo com nosso resultado, Angola apresenta-se com melhor indicador que Nigéria (17%), Congo (21%), Quênia (32%) e Moçambique (43%), comparável à Etiópia (52%) e inferior a Togo (62%), Uganda (63%) e Ruanda (85%) (UNICEF, 2015). A prevalência encontrada para a prática de AME nas crianças menores de 6 meses na população estudada pode ser um reflexo da melhoria nas condições sociais e econômicas após o fim da guerra, além da qualificação dos serviços de saúde, principalmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A localidade onde a pesquisa foi desenvolvida foi a primeira a implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde como parte do Processo de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde de Angola, desenvolvido a partir de 2006 com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil (Ministério da Saúde, 2008). O investimento em APS, com a presença dos ACS nos bairros, ainda que de forma incipiente (cerca de 50% das mulheres afirmaram ter o profissional na área onde moravam) e o acesso aos serviços de saúde, com a maioria das mães frequentando os centros de saúde, devem ter contribuído para a disseminação da informação sobre a importância do AME e dos prejuízos da introdução precoce de outros alimentos, incluindo líquidos, antes muito frequente e culturalmente aceita.

As prevalências de amamentação continuada aos 12 e 24 meses, foram de, respectivamente, 88,5% (IC 95% 81,7; 93,4%) e 45,8% (IC 95% 36,7; 55,2%) em Angola. Este último indicador é também muito heterogêneo nos países africanos: Etiópia 82%, Quênia 54%, Nigéria 50%, Gana 37%, África do Sul 31% e Congo com apenas 17% (UNICEF, 2015). A manutenção mais prolongada do AM em Angola pode ser explicada, pelo menos em parte, por questões culturais e pelo efeito positivo do investimento recente em saúde. É relevante notar que em Angola e em outros países com altos índices de pobreza o baixo poder econômico das famílias torna dispendioso ou até inviável a compra de outros leites, o que pode contribuir para as altas prevalências de AM.

Das 25 variáveis independentes estudadas, quatro mostraram associação com maior prevalência de AME em menores de 6 meses: maior número de consultas pré-natais, outras ocupações maternas (como estudantes, funcionárias públicas e do setor privado) em comparação com trabalhadoras autônomas, menor idade da criança e sexo feminino.

O acompanhamento pré-natal é uma janela de oportunidade para abordar a alimentação da criança e, em especial, a amamentação. Há evidências mostrando que intervenções para promoção do AM durante a gestação têm impacto positivo na sua prevalência, principalmente entre as primíparas (Imdad, Yakoob, & Bhutta, 2011). Em nosso estudo, cada consulta pré-natal além da primeira associou-se a um aumento em 11% na prevalência de AME nas crianças menores de 6 meses. Em estudo realizado na Nigéria a partir de inquérito populacional com mais de 7.000 mães, ter quatro ou mais consultas pré-natais também foi significativamente associado à maior prevalência de AME (OR 2,7 [IC95% 1,04; 7,01]) (Agho, Dibley,

Odiase, & Ogbonmwan, 2011). O desejo de amamentar, um forte determinante de sucesso no AM, é geralmente desenvolvido durante a gestação, especialmente no terceiro trimestre, e pode ser influenciado pelas informações recebidas durante o pré-natal. Já está demonstrado também que intervenções no serviço de saúde, dentre elas o aconselhamento pré-natal, são efetivas na promoção do AM (Rollins *et al.* 2016). O achado desta pesquisa é relevante, porque respalda o número de consultas pré-natais como um preditor que, além de ser um dos indicadores de qualidade da assistência, tem impacto direto nas taxas de AME.

Nas famílias com crianças menores de 6 meses em que as mães tinham ocupações formais (na maior parte trabalhadoras do setor público ou privado), foi observada prevalência de AME 54% maior em relação às mães que exerciam trabalho autônomo. Há evidências de que o trabalho materno pode influenciar negativamente a amamentação, sobretudo quando a mãe retorna ao trabalho (Rea & Batista, 1997) (Guendelman *et al.*, 2009). Entretanto, intervenções relacionadas ao trabalho para promoção da amamentação (como políticas de licença maternidade e suporte para AM no ambiente de trabalho) parecem ter impacto positivo nos indicadores de AM (Rollins *et al.* 2016). Em nossa pesquisa, não houve diferença entre as donas de casa e as trabalhadoras autônomas, categoria que foi definida como referência para comparação. Em contrapartida, ter emprego formal mostrou-se um fator protetor em relação a ser trabalhadora autônoma. Enquanto as mães trabalhadoras formais são protegidas por lei (Ministério do Interior, 1981) para que tenham sua renda garantida nos primeiros meses após o parto e, assim, poderem estar mais disponíveis para a amamentação, as mães autônomas e sem direito a benefícios trabalhistas tendem a retornar mais cedo ao trabalho, especialmente em cenários de

alta vulnerabilidade socioeconômica. Dessa forma, essas mães se expõem precocemente, com ou sem seus bebês, a situações de insegurança e precariedade, que podem influenciar negativamente a prática da amamentação exclusiva. Além disso, mães com emprego formal tendem a ter um cotidiano mais estruturado, com rotinas mais organizadas, incluindo rede de apoio para cuidar do bebê. Na categoria “outras ocupações”, também havia um número relevante de estudantes. A maior prevalência de AME neste grupo em relação às trabalhadoras autônomas também pode ser devida a uma rede de apoio mais sólida para cuidar da criança, uma vez que tendem a ser mais jovens e morar na casa dos pais, além da possibilidade de ausentarem-se das aulas durante os primeiros meses de vida do bebê, estando assim mais disponíveis para a amamentação.

Foi observada associação entre maior idade e menor prevalência de AME, com redução estimada de 33% a cada mês a mais de vida. Essa associação é esperada e amplamente relatada (Alemayehu, Haidar, & Habte, 2009) (Agho *et al.*, 2011) (Tamiru, Belachew, Loha, & Mohammed, 2012) (Setegn *et al.*, 2012) (Gayawan, Adebayo, & Chitekwe, 2014). Na revisão sistemática de Boccolini *et al.*, todos os estudos que pesquisaram essa variável encontraram associação entre maior idade e menores prevalências de AME (Boccolini *et al.*, 2015). Esse comportamento pode ser influenciado por desconhecimento acerca da duração ótima do AME e pela crença de que o leite materno não é suficiente para nutrição à medida que a criança se aproxima dos 6 meses, apesar de a recomendação da OMS sobre duração ótima do AME já ter completado mais de duas décadas da sua publicação (World Health Organization, 2002).

Também foi observada associação entre sexo da criança e o desfecho, com prevalência de AME em menores de 6 meses 34% maior em meninas. Em pesquisa na Nigéria, meninas tinham duas vezes mais chance de estarem em AME do que meninos (OR 2,13 [IC 95% 1,03; 4,39]) (Agho *et al.*, 2011). Esse achado também foi presente entre as crianças pesquisadas em todas as capitais brasileiras (Ministério da Saúde, 2009). Esse resultado é frequente, embora não consensual (Boccolini, Carvalho, & Oliveira, 2015). Algum aspecto cultural, como a crença de que os meninos são mais vorazes e que precisam de um aporte energético maior, que seria suprido com a introdução mais precoce de outros alimentos, pode ajudar a explicar esse fenômeno. No entanto, são necessários mais estudos para elucidar essa associação.

Maior escolaridade materna é um preditor frequentemente associado a melhores indicadores de amamentação (Meedy, Fahy, & Kable, 2010) (Ibanez *et al.*, 2012) (Boccolini, Carvalho, & Oliveira, 2015). Em nossa amostra, apesar de o número de anos de estudo não ser expressivamente baixo (metade das mulheres tinha mais de 6 anos de estudo), é possível que a baixa qualidade da educação em geral no contexto estudado não permita que alguma diferença na escolaridade seja impactante para mudança de comportamento materno em relação à amamentação. Renda familiar é outra variável identificada como determinante das práticas de amamentação (Alemayehu, Haidar, & Habte, 2009) (Meedy, Fahy, & Kable, 2010) (Agho, Dibley, Odiase, & Ogbonmwan, 2011) (Ibanez *et al.*, 2012). De acordo com Victora *et.al*, a influência desta variável é diferenciada de acordo com o contexto econômico do local pesquisado. Nos países de baixa renda, as mulheres dos estratos mais pobres amamentam por mais tempo, sem que haja diferenças na prevalência de

AME, enquanto nos países ricos o padrão é inverso: ter maior renda (além de maior escolaridade) está associado a melhores indicadores de amamentação (Victora *et al.* 2016). Em nosso estudo, não foi encontrada associação entre renda familiar e prevalência de AME. Entendemos que a considerável homogeneidade na condição econômica entre as famílias pesquisadas pode explicar esse resultado.

Há evidências na literatura de impacto positivo da atuação do ACS em relação a desfechos de saúde materno infantil, incluindo as práticas de amamentação (Lewin *et al.*, 2010) (Giugliani, Harzheim, Duncan, & Duncan, 2011), o que não se confirmou nesta pesquisa. Pode estar relacionado a esse resultado o fato de que, na área estudada, a atuação destes profissionais se dava de maneira incipiente e irregular.

Este estudo tem algumas limitações. Dentre elas, destacamos que o número pequeno de eventos em certas variáveis independentes pode ter prejudicado a análise estatística (exemplo: apenas três casos de gemelares, 38 casos de cesárea). Por isso, a variável gemelaridade, inicialmente incluída, teve que ser excluída do modelo final. Ainda, a amostra estudada pode ter sido pequena para encontrar diferença significativa em algumas variáveis.

Não é possível afirmar sobre a relação causa-efeito entre as variáveis das associações encontradas, em função do delineamento do estudo. No entanto, podemos sugerir que o menor número de consultas pré-natais esteja associado à menor predisposição da mulher a cuidados com a própria saúde e com a do seu filho e, conseqüentemente, com a amamentação. O mesmo pode valer para o retorno precoce ao trabalho, no caso das mães autônomas. Assim, nossos achados reforçam a importância do acompanhamento pré-natal qualificado e da adoção de uma visão

ampliada do AM, o que implica considerar o contexto biopsicossocial da mulher, visando aumentar a adesão à assistência pré-natal e às orientações de saúde, em especial às relacionadas ao AM. Da mesma forma, trazem à tona a necessidade da existência de políticas de ampliação de empregos e seguridade social, que protejam as mulheres e as contemplem nos seus direitos.

Angola apresenta, de acordo com esta pesquisa, indicadores satisfatórios em relação às práticas de AM, apesar de aquém do recomendado pela OMS, em especial em relação ao AME. Os dados desta pesquisa apontam para a importância da assistência pré-natal de qualidade, com número adequado de consultas, na promoção do AME. O acompanhamento pré-natal e outros momentos de contato com os serviços de saúde devem ser aproveitados também para compartilhamento de saberes e práticas a respeito da nutrição infantil visando retardar a introdução de outros alimentos durante os primeiros 6 meses de vida, especialmente para os meninos. Destaca-se também o fator protetor do emprego formal e da concessão de benefícios de segurança social na manutenção do AME. Os achados deste estudo podem contribuir com indicativos de caminhos a serem seguidos para a melhoria da saúde das mulheres e crianças de Angola e outros países.

FINANCIAMENTO

Gostaríamos de agradecer ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) PROAFRICA, ao Instituto de Avaliação em Tecnologia em Saúde (IATS) e ao Governo de Angola, pelo auxílio financeiro e apoio para realização do estudo original.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Agho, K. E., Dibley, M. J., Odiase, J. I., & Ogbonmwan, S. M. (2011). Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *11*, 2. doi:10.1186/1471--11-2
- Alemayehu, T., Haidar, J., & Habte, D. (2009). Determinants of exclusive breastfeeding practices in Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, *23*(1). doi:10.4314/ejhd.v23i1.44832
- Angola. Instituto Nacional de Estatística (2002). Inquérito de Indicadores Múltiplos. Luanda: Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de <http://mics.unicef.org/surveys>
- Angola. Ministério da Saúde. (2008). Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde. Luanda: Ministério da Saúde.
- Angola. Ministério do Interior. Lei Geral do Trabalho de Angola (1981). Recuperado de http://www.sme.ao/attachments/article/248/Lei_Geral_do_Trabalho_de_Angola.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde. doi:10.1590/S0021-75572009000300001
- Boccolini, C. S., Carvalho, M. L. de, & Oliveira, M. I. C. de. (2015). Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systema. *Revista de Saúde Pública*, *49*(91), 1–15. doi:10.1590/S0034-8910.2015049005971
- Callen, J., & Pinelli, J. (2004). Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: A literature review. *Birth*, *31*(4), 285–292. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00321.x
- Coutinho, L. M. S., Scazufca, M., & Menezes, P. R. (2008). Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Revista de Saude Publica*, *42*(6), 992–998. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600003
- Gayawan, E., Adebayo, S. B., & Chitekwe, S. (2014). Exclusive breastfeeding practice in Nigeria: a bayesian stepwise regression analysis. *Maternal and Child*

- Health Journal*, 18(9), 2148–57. doi:10.1007/s10995-014-1463-6
- Giugliani, C., Harzheim, E., Duncan, M. S., & Duncan, B. B. (2011). Effectiveness of Community Health Workers in Brazil. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(4), 326–338. doi:10.1097/JAC.0b013e31822cbdfd
- Guendelman, S., Kosa, J. L., Pearl, M., Graham, S., Goodman, J., & Kharrazi, M. (2009). Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*, 123(1), e38–e46. doi:10.1542/peds.2008-2244
- Humbwavali, J. B., Giugliani, C., Duncan, B. B., Harzheim, E., Lavor, A. C. H., Lavor, M. C., Hauser, L. (2014). Health and Health Care of Mothers and Children in a Suburban Area of Luanda, Angola. *Journal of Community Health*, 39(3), 617–626. doi:10.1007/s10900-013-9808-4
- Ibanez, G., Martin, N., Denantes, M., Saurel-Cubizolles, M.-J., Ringa, V., & Magnier, A.-M. (2012). Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Revue D'épidémiologie et de Santé Publique*, 60(4), 305–20. doi:10.1016/j.respe.2012.02.008
- Imdad, A., Yakoob, M. Y., & Bhutta, Z. A. (2011). Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health*, 11 Suppl 3(Suppl 3), S24. doi:10.1186/1471-2458-11-S3-S24
- Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. a., & Morris, S. S. (2003). How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 362(9377), 65–71. doi:10.1016/S0140-6736(03)13811-1
- Krefis, A. C., Schwarz, N. G., Nkrumah, B., Acquah, S., Loag, W., Sarpong, N., May, J. (2010). Principal component analysis of socioeconomic factors and their association with malaria in children from the Ashanti Region, Ghana. *Malaria Journal*, 9, 201. doi:10.1186/1475-2875-9-201
- Lauer, J. A., Betrán, A. P., Barros, A. J. D., & de Onís, M. (2006). Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. *Public Health Nutrition*, 9(6), 673–85. doi:10.1079/PHN2005891
- Lewin, S., Glenton, C., Daniels, K., Be, V. W., Jensen, J., Johansen, M., Ib, S. (2010). Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi:10.1002/14651858.CD004015.pub3.www.cochranelibrary.com

- Lutter, C & Morrow, A. (2013). Protection, Promotion, and Support and Global Trends in Breastfeeding 1 – 3. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, (3), 213–219. doi:10.3945/an.112.003111.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth*, 23(4), 135–145. doi:10.1016/j.wombi.2010.02.002
- Ministério do Interior. Lei Geral do Trabalho de Angola (1981). Angola. Recuperado de http://www.sme.ao/attachments/article/248/Lei_Geral_do_Trabalho_de_Angola.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1
- Rea, M. F., & Batista, L. E. (1997). Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 402–416. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89101997000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Rollins, Nigel C *et al.* 2016. “Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices?” *The Lancet* 387(10017): 491–504. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615010442>
- Setegn, T., Belachew, T., Gerbaba, M., Deribe, K., Deribew, A., & Biadgilign, S. (2012). Factors associated with exclusive breastfeeding practices among mothers in Goba district, south east Ethiopia: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 17. doi:10.1186/1746-4358-7-17
- Tamiru, D., Belachew, T., Loha, E., & Mohammed, S. (2012). Sub-optimal breastfeeding of infants during the first six months and associated factors in rural communities of Jimma Arjo Woreda, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 12(1), 363. doi:10.1186/1471-2458-12-363
- United Nations Children’s Fund. (2015). *The State of the World’s Children 2015: Executive Summary*. New York: UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/publications/index_77928.html
- Victora, C. G., Huttly, S. R. S., Fuchs, S. C. S., & Olinto, M. M. T. A. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, 26(1), 224–7.

doi:10.1093/ije/26.1.224

- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490.
doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- World Health Organization. (2002). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding - Report of an Expert Consultation*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/
- World Health Organization. (2003). *Infant and Young Child Feeding A tool for assessing national practices, policies and programmes*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562544/en/>
- World Health Organization. (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA*. Washington (DC): World Health Organization. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf
- World Health Organization. (2013). *Essential Nutrition Actions- Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*. World Health Organization: Geneva. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789241505550_eng.pdf?ua=1
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789241505550_eng.pdf
- World Health Organization. (2015a). *World Health Statistics 2015*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/
- World Health Organization, UNICEF. (1990). *Innocenti Declaration*. World Health Organization: Florence. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
- Yngve, A., & Sjöström, M. (2001). Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition*, 4(2b), 631–645.
doi:10.1079/PHN2001147

Tabela 1 Características maternas, familiares, domiciliares, de serviço de saúde e das crianças menores de 2 anos do município de Cacucaco, Angola, 2010 (n=749)

Características da amostra	n (%) ou mediana	IC 95% ou Q1-Q3
Idade materna (n=744)	25	21-30
Escolaridade materna (anos de estudo) (n=657)	6	4-8
Naturalidade materna		
Natural da província de Luanda	76 (10,2)	8,1-12,6
Natural de outra província	669 (89,8)	87,4-91,9
Número de filhos nascidos vivos (n=749)	3	2-5
Situação conjugal		
Não vivendo em união	639 (85,3)	82,6-87,7
Vivendo em união	110 (14,7)	12,2-17,4
Escolaridade do parceiro (anos de estudo) (n=490)	9	7-11
Coabitação com avós		
Sim	122 (16,3)	13,7-19,1
Não	627 (83,7)	80,9-86,3
Condição econômica (escore) (n=749)	7	5-7
Idade gestacional de início do pré-natal		
20 semanas ou mais	155 (46,1)	40,7-51,6
Menos de 20 semanas	181 (53,9)	48,4-59,3
Número de consultas de pré-natal (n=369)⁶	4	3-5
Intervalo interpartal para o filho mais velho (meses) (n=572)	33	24,0-46,8
Internação durante a gestação		
Sim	34 (4,6)	3,2-6,3
Não	713 (95,4)	93,7-96,8
Local do parto		
Domiciliar	228 (30,5)	27,2-33,9
Institucional	520 (69,5)	66,1-72,8
Tipo de parto		
Cesárea	38 (5,1)	3,6-6,9
Vaginal	711 (94,9)	93,1-96,4
Pagamento pelo parto		
Não ou não lembra	478 (64,1)	60,5-67,5
Sim	268 (35,9)	32,5-39,5
Adoecimento materno nos primeiros 10 dias após o parto		
Sim	141 (18,9)	16,6-21,9
Não ou não lembra	605 (81,1)	78,1-83,9
AM na primeira hora de vida		
Não	176 (23,5)	20,5-26,7
Sim	573 (76,5)	73,3-79,5

⁶ Esta variável apresenta n reduzido porque foi coletada a partir do cartão de saúde da gestante.

Tabela 1 (continuação)

Características da amostra	n (%) ou mediana	IC 95% ou Q1-Q3
Consulta na primeira semana de puerpério		
Não ou não lembra	453 (60,5)	56,9-64,0
Sim	296 (39,5)	36,0-43,1
Peso de nascimento da criança (Kg) (n=457)⁷	3,3	3,0-3,6
Internação da criança logo após o nascimento		
Sim	18 (2,5)	1,5-38,9
Não	715 (97,5)	96,2-98,5
Ocupação materna		
Autônoma	327 (43,9)	40,3-47,5
Dona de casa	316 (42,4)	38,8-46,0
Outras	102 (13,7)	11,3-16,3
Idade da criança (meses) (n=748)	10,1	4,2-16,0
Idade da criança por faixa etária (meses)		
0 <1	43 (5,7)	4,2-7,7
1 <2	39 (5,2)	3,7-7,1
2 <3	46 (6,2)	4,5-8,1
3 <4	52 (7,0)	5,2-9,0
4 <5	50 (6,7)	5,0-8,7
5 <6	44 (5,9)	4,3-7,8
6 <12	151 (20,2)	17,4-23,3
12 <24	323 (43,2)	39,6-46,8
Sexo da criança		
Masculino	361 (49,2)	45,5-52,9
Feminino	373 (50,8)	47,1-54,5
Posse do cartão da criança		
Não	103 (13,9)	11,5-16,6
Sim	639 (86,1)	83,4-88,5
Ter ACS na área		
Não	378 (50,7)	46,7-54,1
Sim	368 (49,3)	45,5-52,8

n número de sujeitos

IC95% intervalo de confiança 95%

Q1 primeiro quartil

Q3 terceiro quartil

ACS Agente Comunitário de Saúde

⁷ Esta variável apresenta n reduzido porque foi coletada a partir do cartão de saúde da gestante.

Tabela 2 Características maternas, familiares, domiciliares, de serviço de saúde e das crianças menores de 6 meses do município de Cacuaco, Angola, 2010, estratificadas pela ocorrência de AME (n=269)

Característica da amostra	AME abaixo de 6 meses			
		SIM		NÃO
	n (%) ou mediana	IC ou Q1-Q3	n (%) ou mediana	IC ou Q1-Q3
Idade materna (n=266)	26,5	22,0-30,0	24,0	19,3-30,0
Escolaridade materna (anos de estudo) (n=232)	6,0	4,0-8,0	6,0	4,0-7,5
Naturalidade materna				
Natural da província de Luanda	17 (12,1)	7,18-18,60	17 (13,3)	7,93-20,41
Natural de outra província	124 (87,9)	81,40-92,82	111 (86,7)	79,59-92,07
Número de filhos nascidos vivos (n=269)	3,0	2,0-5,0	3,0	1,0-5,0
Situação conjugal				
Não vivendo em união	15 (10,6)	6,08-16,94	22 (17,2)	11,10-24,86
Vivendo em união	126 (89,4)	83,06-93,92	106 (82,8)	75,14-88,90
Escolaridade do parceiro (anos de estudo) (n=172)	8,0	7,0-12,0	8,0	6,8-10,0
Coabitação com avós				
Sim	18 (12,8)	7,74-19,42	20 (15,6)	9,81-23,09
Não	123 (87,2)	80,58-92,26	108 (84,4)	76,91-90,19
Condição econômica (escore) (n=269)	7,0	5,0-7,0	5,0	5,0-7,0
Idade gestacional de início do pré-natal				
20 semanas ou mais	41 (43,2)	33,03-53,72	42 (56)	44,06-67,45
Menos de 20 semanas	54(56,8)	46,28-66,97	33 (44)	32,55-55,94
Número de consultas de pré-natal (n=186)	4,0	3,0-6,0	3,0	2,0-5,0
Intervalo interpartal para o filho mais velho (meses) (n=206)	36,0	26,3-47,8	34,0	24,0-43,3
Internação durante a gestação				
Sim	3 (2,1)	4,40-6,09	8 (6,3)	2,74-11,94
Não	138 (97,9)	93,91-99,56	120 (93,7)	88,06-97,26
Local do parto				
Domiciliar	37 (26,2)	19,20-34,31	41 (32,0)	24,06-40,85
Institucional	104 (73,8)	65,69-80,80	87 (68,0)	59,15-75,94
Tipo de parto				
Cesárea	8 (5,7)	2,46-10,80	4 (3,1)	0,86-7,81
Vaginal	133 (94,3)	89,13-97,52	124 (96,9)	92,19-99,14
Pagamento pelo parto				
Não ou não lembra	90 (64,3)	55,75-72,20	81 (63,8)	54,78-72,12
Sim	50 (35,7)	27,80-44,25	46 (36,2)	27,88-45,22
Adoecimento materno nos primeiros 10 dias após o parto				
Sim	29 (20,9)	14,44-28,57	26 (20,3)	13,72-28,33
Não ou não lembra	110 (79,1)	71,43-85,56	102 (79,7)	71,67-86,28
AM na primeira hora de vida				
Não	33 (23,4)	16,69-31,27	33 (25,8)	18,46-34,26
Sim	108 (76,6)	68,73-83,31	95 (74,2)	65,74-81,54
Consulta na primeira semana de puerpério				
Não ou não lembra	78 (55,3)	46,72-63,69	91 (71,1)	62,42-78,76
Sim	63 (44,7)	36,31-53,28	37 (28,9)	21,24-37,58

Tabela 2 (continuação)

	AME abaixo de 6 meses			
	SIM		NÃO	
	n (%) ou mediana	IC ou Q1-Q3	n (%) ou mediana	IC ou Q1-Q3
Peso de nascimento da criança (Kg) (n=186)	3,3	3,0-3,6	3,3	2,9-3,6
Internação da criança logo após o nascimento				
Sim	3 (2,2)	0,45-6,27	1 (0,8)	0,02-4,38
Não	134 (97,8)	93,73-99,55	125 (99,2)	95,66-99,98
Ocupação materna				
Autônoma	47 (33,3)	25,63-41,76	52 (41,3)	32,58-50,38
Dona de casa	68 (48,2)	39,74-56,79	62 (49,2)	40,19-58,26
Outras	26 (18,5)	12,41-25,84	12 (9,5)	5,02-16,05
Idade da criança (meses) (n=186)	2,1	1,0-3,5	4,2	2,8-5,1
Sexo da criança				
Masculino	53 (41,1)	32,50-50,09	68 (53,1)	44,11-62,00
Feminino	76 (58,9)	49,91-67,50	60 (46,9)	38,00-55,89
Posse do cartão da criança				
Não	17 (12,1)	7,18-18,60	5 (3,9)	12,80-8,88
Sim	124 (87,9)	81,40-92,82	123 (96,1)	91,12-98,72
Ter ACS na área				
Não	70 (49,7)	41,12-58,18	66 (52,0)	42,93-60,91
Sim	71 (50,3)	41,82-58,88	61 (48,0)	39,09-57,07

AME aleitamento materno exclusivo

n número de sujeitos

Q1 primeiro quartil

Q3 terceiro quartil

IC95% intervalo de confiança 95%

Tabela 3 Análise multivariável utilizando modelo hierarquizado para o desfecho aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses (n=269)

Variáveis	Modelo Distal		Modelo Intermediário Distal		Modelo Intermediário Proximal		Modelo Proximal	
	RP (IC 95%)	p valor	RP (IC 95%)	p valor	RP (IC 95%)	p valor	RP (IC 95%)	p valor
Idade materna	1,00 (0,95-1,05)	0,867	-	-	-	-	-	-
Escolaridade materna (anos de estudo)	1,03 (0,96-1,11)	0,367	-	-	-	-	-	-
Naturalidade materna								
Natural de Luanda	1,00		-	-	-	-	-	-
Natural de outra província	1,22 (0,77-1,95)	0,400						
Número de filhos nascidos vivos	1,03 (0,90-1,18)	0,670	-	-	-	-	-	-
Situação conjugal								
Não vivendo em união	1,00		-	-	-	-	-	-
Vivendo em união	0,76 (0,38-1,52)	0,432						
Escolaridade do parceiro (anos de estudo)	1,04 (0,97-1,19)	0,269	-	-	-	-	-	-
Coabitação com avós								
Sim	1,00		-	-	-	-	-	-
Não	1,24 (0,69-2,24)	0,474						
Condição econômica (escore)	1,02 (0,93-1,12)	0,653	-	-	-	-	-	-
Idade gestacional de início do pré-natal								
20 semanas ou mais	-	-	1,00					
Menos de 20 semanas			1,18 (0,85-1,62)	0,325				
Número de consultas de pré-natal	-	-	1,07 (0,98-1,17)	0,152	1,11 (1,00-1,22)	0,040	1,11 (1,04-1,18)	0,002
Intervalo para o filho mais velho (meses)	-	-	1,00 (1,00-1,01)	0,431	-	-	-	-
Internação durante a gestação								
Sim	-	-	1,00		-	-	-	-
Não			1,43 (0,51-4,04)	0,499				
Local do parto								
Domiciliar	-	-	-	-	1,00		-	-
Institucional					0,98 (0,62-1,57)	0,938		
Tipo de parto								
Cesárea	-	-	-	-	1,00		-	-
Vaginal					1,36 (0,62-1,56)	0,252		
Pagamento pelo parto								
Não ou não lembra	-	-	-	-	1,00		-	-
Sim					1,22 (0,88-1,69)	0,243		
Adoecimento materno nos primeiros 10 dias após o parto								
Sim	-	-	-	-	1,00		-	-
Não ou não lembra					1,14 (0,73-1,79)	0,565		
AM na primeira hora de vida								
Não	-	-	-	-	1,00		-	-
Sim					0,84 (0,58-1,21)	0,344		
Consulta na primeira semana de puerpério								
Não ou não lembra	-	-	-	-	1,00		-	-
Sim					1,15 (0,84-1,57)	0,372		
Peso de nascimento (Kg)	-	-	-	-	0,94 (0,67-1,33)	0,741	-	-

Tabela 3 (continuação)

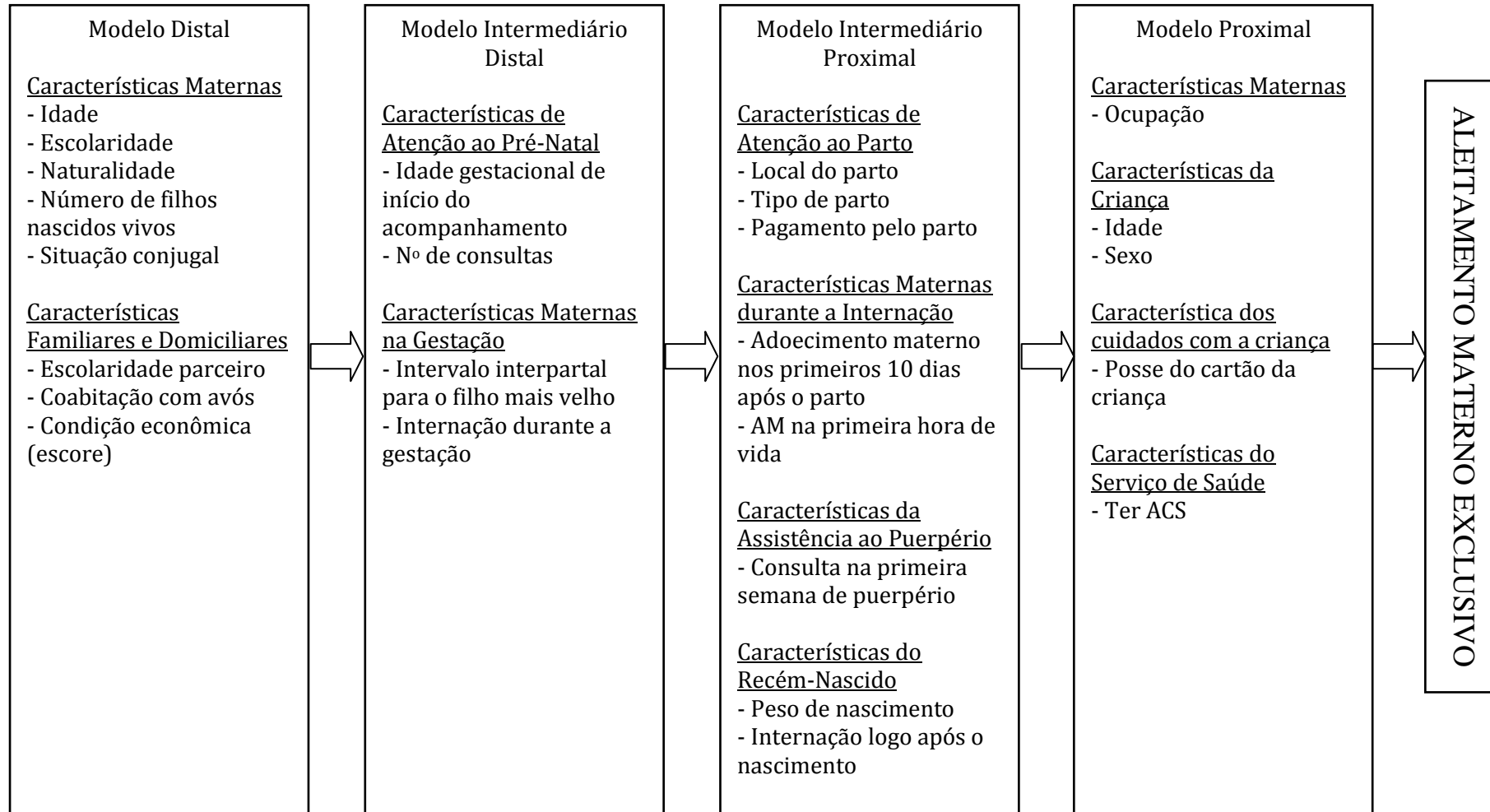
Variáveis	Modelo Distal		Modelo Intermediário Distal		Modelo Intermediário Proximal		Modelo Proximal	
	RP (IC 95%)	p valor	RP (IC 95%)	p valor	RP (IC 95%)	p valor	RP (IC 95%)	p valor
Internação da criança logo após o nascimento								
Sim	-	-	-	-	1,00 0,81 (0,32-2,00)	0,640	-	-
Não								
Ocupação materna								
Autônoma							1,00	
Dona de casa	-	-	-	-	-	-	1,28 (0,96-1,70)	0,097
Outras							1,54 (1,05-2,26)	0,027
Idade da criança (meses)	-	-	-	-	-	-	0,77 (0,71-0,84)	<0,001
Sexo da criança								
Masculino	-	-	-	-	-	-	1,00	
Feminino							1,34 (1,02-1,76)	0,033
Posse do cartão da criança								
Não	-	-	-	-	-	-	1,00	
Sim							1,13 (0,80-1,58)	0,491
Ter ACS na área								
Não	-	-	-	-	-	-	1,00	
Sim							1,09 (0,85-1,39)	0,499

RP Razão de prevalência

IC intervalo de confiança 95%

ACS agente comunitário

Figura 1: Modelo Hierarquizado dos Determinantes do AME



7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foram produzidos indicadores de AME e AM a partir de uma pesquisa de base populacional em um país com escassez de informações a respeito das práticas de amamentação. Características do sistema de saúde do local pesquisado denunciam, por um lado, a presença de obstáculos ao acesso a serviços públicos de qualidade, como, por exemplo, a considerável parcela de mulheres que referem ter pagado pelo parto, inclusive no serviço público, e a baixíssima taxa de cesáreas. Por outro lado, os dados demonstram que uma parcela significativa das mulheres inicia precocemente o pré-natal e comparece a pelo menos quatro consultas, o que, apesar de estar aquém do ideal, pode ser considerado razoável no contexto estudado. Destaca-se o pré-natal como um momento oportuno para compartilhamento de saberes sobre as boas práticas de amamentação e incentivo ao AME, acolhendo a gestante nas suas fragilidades e contribuindo para o desenvolvimento do desejo de amamentar. Ressalta-se ainda a relevância do apoio integral à mulher que amamenta, incluindo a seguridade social e econômica como fatores que influenciam o sucesso da do AME. Em relação aos outros fatores associados encontrados, sexo e idade da criança, acreditamos que possam ser explicados parcialmente por crenças e questões culturais, que também podem ser abordadas durante o pré-natal.

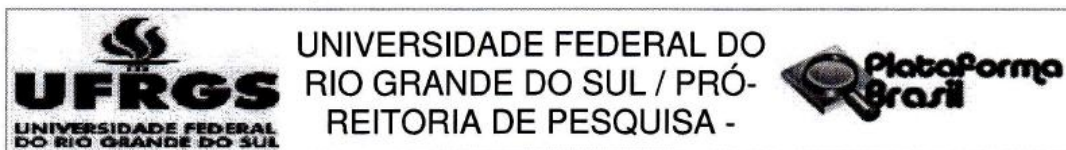
Esta pesquisa trouxe achados inéditos em Angola. Esperamos que estes dados possam contribuir para a adoção de estratégias de promoção do AME em Angola e até em outros países com contextos semelhantes. Para isso, a difusão das informações aqui construídas será feita por meio da publicação de um artigo científico em revista internacional (em inglês) e distribuição direcionada do artigo em português para gestores e acadêmicos angolanos.

Por fim, sendo este o único estudo sobre determinantes do AME em Angola realizado até o momento, há um terreno fértil para mais pesquisas sobre o tema, com amostras maiores e com população de área rural, incluindo também os determinantes do AM, no sentido de ampliar o conjunto de evidências para promoção da amamentação.

8. ANEXOS

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética em Pesquisa
- b. Questionário utilizado para coleta de dados no projeto original
- c. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa relativa ao projeto original
- d. Carta de autorização da Direção Provincial de Saúde de Luanda
- e. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado no projeto original

a. Aprovação pelo Comitê da Ética em Pesquisa



Continuação do Parecer: 1.025.941

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

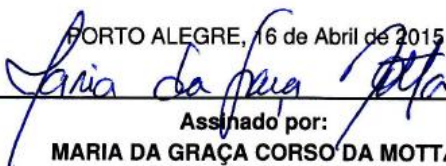
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

FORTO ALEGRE, 16 de Abril de 2015


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

b. Questionário utilizado para coleta de dados no projeto original

--	--	--	--	--	--

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA COORDENADOR

Código do Coordenador

Código da Micro área No primeiro dígito, anote: 0 para área "sem ACS"
1 para área "com ACS"

Nome da Micro área

Endereço

Telefone

INTRODUÇÃO

Ao chegar na casa da mãe, apresente-se e diga o motivo da visita:
Faça parte de uma equipa de pesquisa que está verificando como está a situação da saúde neste município e gostaria de conversar consigo.

Em seguida pergunte: A Senhora já recebeu aqui alguma visita informando sobre esta conversa?

Explique novamente o motivo da entrevista: O objetivo desta entrevista é falar diretamente com as mães de crianças pequenas nessa comunidade sobre a sua situação de saúde. Essas conversas nos ajudarão a saber o que está sendo bom e o que precisa ser melhorado na assistência à saúde da população, principalmente de crianças e grávidas.

A seguir, inicie a aplicação do questionário:

Código do Entrevistador Data da entrevista / /

DADOS DA MÃE

1. Qual seu nome completo?

2. Qual a sua idade?

3. Você é natural de onde ?
Deste Município mesmo

De outro Município da Província de Luanda Qual:

De outra Província Qual:

De outro País Qual:

4. Há quanto tempo mora neste bairro? Há mais de 2 anos
Há menos de 2 anos

--	--	--	--	--	--

14. Qual a renda mensal de cada pessoa que contribui na sua casa?

Pessoa 1 - Kwanzas/mês	<input type="text"/>	Pessoa 5 - Kwanzas/mês	<input type="text"/>
Pessoa 2 - Kwanzas/mês	<input type="text"/>	Pessoa 6 - Kwanzas/mês	<input type="text"/>
Pessoa 3 - Kwanzas/mês	<input type="text"/>	Pessoa 7 - Kwanzas/mês	<input type="text"/>
Pessoa 4 - Kwanzas/mês	<input type="text"/>	Pessoa 8 - Kwanzas/mês	<input type="text"/>

COORDENADOR: calcular a renda mensal total da casa:

DADOS SOBRE A MÃE E OS FILHOS

15. Quantos filhos você tem ou teve? (considere todos os filhos, incluindo nados mortos e falecidos)

16. Aponte o nome de todos os filhos, do mais velho pro mais novo, incluindo a criança selecionada, e complete as informações (em caso de gêmeos, aponte primeiro aquele que nasceu antes):

Ordem	Primeiro Nome	Idade em meses	Idade em anos	Data de Nascimento	Condição	Mora consigo
Filho 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Filho 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

17. Você já teve algum aborto ou perdeu o bebê antes de completar 5 meses de gravidez?

Não Não sei Não lembro Sim Quantos:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

41. Você fez consulta na Unidade de Saúde ou Maternidade na primeira semana após o parto?
 Sim Não Não lembro
42. Quanto tempo após o parto você fez a consulta? dias
 Não lembro Não se aplica
43. Você adoeceu nos primeiros 10 dias logo após o parto? Sim Não Não lembro
- Se SIM, que problema você teve? **(Leia as alternativas e, se necessário, marque mais de uma)**
 Hemorragia Tensão alta Convulsão Paludismo Febre alta/Infecção Pneumonia/tuberculose
- Outro
44. Você ficou internada por causa de alguma complicação no parto ou logo após o parto?
 Sim Não Não lembro Se SIM, por quantos dias
45. Você pagou por alguma consulta de pré-natal, consulta pós parto ou para fazer análise e tomar medicamentos que fazem parte do pré-natal/pós parto?
 Sim Não Não lembro
46. Você pagou para ter o parto?
 Sim Não Não lembro

DADOS SOBRE O REGISTO DA CRIANÇA SELECIONADA

47. (Nome da criança) já foi registrado(a) ou tem cédula de registro? Sim Não Não lembro
Se NÃO, pule para a pergunta 51
48. Com que idade foi registrado?
 Na primeira semana após o parto
 No primeiro mês de vida
 Antes de completar um ano
 Após o primeiro ano
49. Onde foi registrado?
 Na unidade de saúde ou maternidade, antes da alta
 Na unidade de saúde ou maternidade, após a alta
 Na unidade de saúde ou maternidade, após parto em casa
 Na administração municipal
 Outro Qual:
50. Você teve a ajuda de alguém para registrar a criança?
 Sim Não Se Sim, quem ajudou:
51. Se não foi registrado, qual o motivo?
 Tem que pagar Distância Não sabia que tinha que registrar Não sabia onde registrar
 A espera é longa Outro motivo

DADOS SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA SELECIONADA

Perguntar diretamente para a mãe (não olhar o cartão da criança neste momento)

52. Quem cuida de (nome da criança) na maior parte do tempo?
 Mãe
 Avó da criança
 Irmão da criança
 Outro familiar
- Outra pessoa
- Vai a creche

73. Que idade (nome da criança) tinha quando deixou de mamar?

- Não sei
- Ainda mama
- Nunca manou

meses dias

COORDENADOR

Calcule o tempo de aleitamento materno exclusivo: dias

Calcule o tempo total de aleitamento materno: meses

74. (Nome da criança) já fez alguma consulta SEM motivo de doença? Sim Não Não sei

Se SIM, onde foi a consulta?

- Unidade de Saúde ou hospital público
- Posto de Saúde, clínica ou hospital privado
- Centro tradicional
- Outro

Se SIM, qual foi o motivo da consulta?

[Grid for recording reasons for consultation]

75. Pergunte se a criança teve alguma das condições abaixo e se precisou de assistência:

(Nome da criança) teve DIARREIA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? Sim Não

Se SIM, qual a assistência recebeu?

- Foi levada ao banco de urgência/US/Hospital público
- Foi levada ao posto de saúde, clínica ou hospital privado
- Foi levada ao centro tradicional/tratamento tradicional/igreja
- Outro local (loja, farmácia ou outro)
- Não foi necessário procurar assistência, usou métodos caseiros
- Não foi necessário procurar assistência, usou medicamentos por conta própria
- Não foi necessário procurar assistência nem usar qualquer método ou medicação

(Nome da criança) teve FEBRE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? Sim Não

Se SIM, qual a assistência recebeu?

- Foi levada ao banco de urgência/US/Hospital público
- Foi levada ao posto de saúde, clínica ou hospital privado
- Foi levada ao centro tradicional/tratamento tradicional/igreja
- Outro local (loja, farmácia ou outro)
- Não foi necessário procurar assistência, usou métodos caseiros
- Não foi necessário procurar assistência, usou medicamentos por conta própria
- Não foi necessário procurar assistência nem usar qualquer método ou medicação

(Nome da criança) teve TOSSE ou FALTA DE AR NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? Sim Não

Se SIM, qual a assistência recebeu?

- Foi levada ao banco de urgência/US/Hospital público
- Foi levada ao posto de saúde, clínica ou hospital privado
- Foi levada ao centro tradicional/tratamento tradicional/igreja
- Outro local (loja, farmácia ou outro)
- Não foi necessário procurar assistência, usou métodos caseiros
- Não foi necessário procurar assistência, usou medicamentos por conta própria
- Não foi necessário procurar assistência nem usar qualquer método ou medicação

76. Você levou (nome da criança) para consultar na Unidade de Saúde por motivo de doença nos ÚLTIMOS 3 MESES? Sim Não Não lembro Se SIM, quantas vezes? []

77. Você faltou ao trabalho e ficou em casa cuidando do/a (nome da criança) por motivo de doença nos ÚLTIMOS 3 MESES?

- Sim
 - Não
 - Não lembro
 - NSA
- Se SIM, quantas vezes? []

78. (Nome da criança) foi internado/a alguma vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sim
 - Não
 - Não lembro
- Se SIM, quantas vezes? []

Se SIM, qual foi o motivo do internamento?

Internamento 1	<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção Respiratória <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro	Internamento 2	<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção Respiratória <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro
Internamento 3	<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção Respiratória <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro	Internamento 4	<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção Respiratória <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro

79. Você já pagou por alguma consulta para (nome da criança) na Unidade de Saúde pública?
 Sim Não Não lembro Se SIM, quando foi? Há mais de 2 anos Entre 1 ano e 6 meses
Quanto pagou Entre 1 e 2 anos Há menos de 6 meses

80. Você já pagou por medicamentos para (nome da criança) entregues na Unidade de Saúde?
 Sim Não Não lembro Se SIM, quando foi? Há mais de 2 anos Entre 1 ano e 6 meses
Quanto pagou Entre 1 e 2 anos Há menos de 6 meses

81. Você já comprou medicamentos para (nome da criança) fora da Unidade de Saúde?
 Sim Não Não lembro

82. Como você tem ido à Unidade de Saúde?
 a pé bicicleta motorizada taxi carro particular outro

83. Quanto tempo você leva para chegar até a Unidade de Saúde com este meio de transporte? min

84. Alguma vez aconteceu de você precisar levar (nome da criança) para consultar na Unidade de Saúde por motivo de doença, mas não conseguir? Não, nunca aconteceu Sim, já aconteceu Não lembro

Se SIM, qual foi o motivo?

Distância (não tinha meios para ir)	<input type="checkbox"/>
Achou que ia ter que pagar pela consulta e não tinha dinheiro	<input type="checkbox"/>
Não tinha ninguém para levar a criança	<input type="checkbox"/>
Outro motivo	<input type="text"/>

DADOS SOBRE A SAÚDE DE OUTROS(AS) FILHOS(AS)

85. Algum(a) outro(a) filho(a) MENOR DE CINCO ANOS foi internado(a) alguma vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?

Sim Não Não sei Se SIM, quantos filhos foram internados?

86. Listar os filhos que foram internados nos últimos 12 meses (listar mais de uma vez se um mesmo filho foi internado mais de uma vez) e marcar com um X o motivo do internamento:

Nome do filho internado				Outro motivo
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação	<input type="checkbox"/> Infecção respiratória	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação	<input type="checkbox"/> Infecção respiratória	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação	<input type="checkbox"/> Infecção respiratória	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação	<input type="checkbox"/> Infecção respiratória	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação	<input type="checkbox"/> Infecção respiratória	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação	<input type="checkbox"/> Infecção respiratória	<input type="text"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

87. No caso de haver filhos falecidos de qualquer idade, listar cada óbito e marcar com um X o motivo do óbito:

Nome do filho falecido	Que idade tinha quando faleceu?	Há quanto tempo faleceu?	Motivo do óbito																																																									
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção respiratória Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
meses																																																												
anos																																																												
meses																																																												
anos																																																												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção respiratória Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
meses																																																												
anos																																																												
meses																																																												
anos																																																												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção respiratória Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
meses																																																												
anos																																																												
meses																																																												
anos																																																												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção respiratória Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
meses																																																												
anos																																																												
meses																																																												
anos																																																												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção respiratória Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
meses																																																												
anos																																																												
meses																																																												
anos																																																												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>meses</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>anos</td><td> </td></tr></table>			meses				anos		<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção respiratória Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
meses																																																												
anos																																																												
meses																																																												
anos																																																												

88. Você adoeceu na gestação, no parto ou logo após o parto de um dos OUTROS FILHOS?

Sim Não Não sei

Se SIM, em quantos

--	--

Se SIM, qual o problema que você teve?(Leia as alternativas e, se necessário, marque mais de uma)

Gestação/parto 1	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Tensão alta	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Febre alta/infecção	Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Gestação/parto 2	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Tensão alta	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Febre alta/infecção	Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Gestação/parto 3	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Tensão alta	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Febre alta/infecção	Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Gestação/parto 4	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Tensão alta	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Febre alta/infecção	Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Gestação/parto 5	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Tensão alta	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Febre alta/infecção	Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Gestação/parto 6	<input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Tensão alta	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Febre alta/infecção	Outro <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					

POSSE DOS CARTÕES DE SAÚDE

--	--	--	--	--	--	--

115. Você tem o CARTÃO DA GRÁVIDA da gravidez de (nome da criança)?

Sim Não, nunca recebi

Tive, mas perdi

Não sei

116. Se SIM, você pode me mostrar o cartão? Sim, visto Não visto

117. Você tem o CARTÃO DE SAÚDE (ou CARTÃO DE VACINAS) de (nome da criança)?

Sim Não, nunca recebi

Tive, mas perdi

Não sei

118. Se Sim, você pode me mostrar o cartão? Sim, visto Não visto

DADOS DO CARTÃO DA GRÁVIDA Sem cartão ()

Aponte somente os dados que estão registados no cartão

119. Idade gestacional da primeira consulta de pré-natal : semanas meses

120. Número de consultas de pré-natal: consultas

121. Peso aferido nas consultas de pré-natal? Sim, em todas as consultas

Sim, mas não em todas as consultas

Sim, em apenas uma consulta

Sem Informação

122. Tensão arterial medida nas consultas? Sim, em todas as consultas

Sim, mas não em todas as consultas

Sim, em apenas uma consulta

Sem Informação

123. Vacina anti-tetânica realizada na gravidez?

Sim, 1 dose

Sim, 2 doses

Sim, 3 doses

Não precisou, pois já era vacinada

Sem Informação

124. Fez desparasitação (Albendazol) na gravidez? Sim Sem Informação

125. Recebeu medicamento para prevenção da malária na gravidez (Tratamento Intermitente Preventivo com Fansidar)?

Sim, 1 dose

Sim, 2 ou mais doses

Sem Informação

126. Recebeu medicamento para anemia (sal ferroso e/ou ácido fólico) durante a gravidez?

Sim

Sem Informação

--	--	--	--	--	--

135. Anote o recebimento e as datas das doses de Vitamina A:

Vitamina A 1ª dose Realizada
 Sem Informação
Data: / /

Vitamina A 2ª dose Realizada
 Sem Informação
Data: / /

136. Anote a data de entrega do mosquiteiro:

Entrega do Mosquiteiro Realizada
 Sem Informação
Data: / /

137. Se a criança tem idade maior ou igual a 1 ano, anote o recebimento e as datas das doses de desparasitante (Albendazol):

Albendazol

Data: / /

Data: / /

Data: / /

Data: / /

138. Anote a idade do último peso da criança: meses

139. Quantas vezes o peso está anotado no cartão?

--	--	--	--	--	--

COORDENADOR

Calcular se as vacinas estão em dia para a idade

Fonte de Informação Cartão Mãe

BCG: Sim Não Pólio: Sim Não

Pentavalente: Sim Não Sarampo: Sim Não

Febre Amarela: Sim Não

O intervalo do último peso está adequado para a idade? Sim Não

AFERIÇÃO DO PESO E DO COMPRIMENTO DA CRIANÇA

Explique para a mãe: *agora vamos medir o peso e o comprimento de (nome da criança). Por favor, você pode tirar a roupa de (nome da criança)? O peso será medido junto com a mãe na balança.*

Anote o peso da mãe:

,

 kg

Média: _____

Anote o peso da mãe com a criança no colo:

,

 kg

Média: _____

Peso da criança: _____

Anote o comprimento da criança:

,

 cm

Média: _____

A criança tem edema nos membros inferiores? Sim Não

Localize nas curvas de crescimento:

	< p3	p3 a p15	p15 a p85	p85 a p97	> p97
Peso/altura					
Peso/idade					
Altura/idade					
IMC					

c. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa relativa ao projeto original



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro - pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008045

Título : Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda.

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPACÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
BRUCE BARTHOLOW DUNCAN	PESQ RESPONSÁVEL	bbduncan@orion.ufrgs.br	33085591
CAMILA GIUGLIANI	PESQUISADOR	giugli@hotmail.com	
ERNO HARZHEIM	PESQUISADOR	ernoharz@terra.com.br	33085591

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 48 , ata nº 128 , de 30/4/2009 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 8 de maio de 2009


ILMA SIMONI BRUM DA SILVA
Coordenador do CEP-UFRGS

d. Carta de autorização da Direcção Provincial de Saúde de Luanda



FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
Mestrado e Doutorado
Ramiro Barcelos, 2400-2º andar – CEP 90035-003-Porto Alegre-RS
Fone: 3308.5620 – Fax: 3308.5621



Ao Sr. Director Provincial de Saúde de Luanda, Dr. Vita Vemba

O Governo Brasileiro, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – edital PROAFRICA e do Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde está financiando o seguinte projecto de cooperação com Angola:

- **Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda – edital 012/2008 - Processo 490557/2008-2, coordenado pelo Prof. Bruce B. Duncan (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)**

O referido projecto tem como objectivo contribuir para o fortalecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, principalmente através do trabalho com dados de monitoramento e avaliação. No intuito de dar continuidade à coleta de dados, iniciada em 2009 com a análise dos relatórios de avaliação do Programa e a realização de entrevistas com os coordenadores e grupos focais com os agentes comunitários de saúde, prosseguiremos, durante os meses de Agosto e Setembro de 2010, com a condução de um inquérito domiciliar no Município de Cacuaco. Este consistirá da aplicação de questionários às mães de crianças menores de dois anos e da aferição do peso e do comprimento das crianças seleccionadas. Pretende-se, com isso, ter dados oriundos da comparação de áreas com e sem agentes comunitários de saúde, para documentar de forma sistematizada os resultados do Programa, de forma a contribuir para reforçar este Programa e outras políticas no domínio da Atenção Primária à Saúde na Província de Luanda.

Tendo a Direcção Provincial de Saúde de Luanda conhecimento deste projecto (disponível integralmente em anexo), que contam com a participação de dois representantes do Programa em Angola (Dra. Catarina Oatanha – Direcção Provincial de Saúde de Luanda e Dr. Nkanga Guimarães - UNICEF), vimos através desta solicitar a vossa concordância para a sua realização. Comprometemo-nos a compartilhar os dados em todas as etapas do projecto e a divulgá-los somente com a vossa prévia autorização.

Atenciosamente,

Luanda, aos 07 de Setembro de 2010

Dra. Camila Giugliani
(pesquisadora de projecto, representante do Coordenador Prof Bruce Duncan)

e. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado no projeto original



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar de um projecto de pesquisa chamado **Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda** coordenado pelo Prof. Bruce Duncan, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Brasil. Este é um projecto de cooperação entre Brasil e Angola e envolve também colaboradores da Direcção Provincial de Saúde de Luanda.

O objetivo deste projecto é avaliar como está a saúde das crianças e mães nas comunidades deste Município desde a chegada dos Agentes Comunitários de Saúde.

Neste projecto de pesquisa, vamos entrevistar mães de crianças com idade de zero a dois anos. Nessa entrevista, iremos perguntar sobre a sua saúde e a dos seus filhos, verificar os cartões da grávida e da criança, se disponíveis, e pesar e medir a criança. As entrevistas terão 40 minutos a uma hora de duração. As respostas das entrevistas serão guardadas pelos pesquisadores e serão identificadas apenas por um número. A identidade das pessoas que responderam às perguntas será mantida em sigilo.

Este é um convite, a sua participação é importante, mas é totalmente voluntária. Você pode optar por não participar ou desistir de participar a qualquer momento, sem problema nenhum.

Em caso de dúvidas, constrangimentos ou necessidade de obter outras informações, favor entrar em contacto com a responsável pela pesquisa em Angola, Dra. Camila Giugliani (telefone: _____).

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntária, do projecto de pesquisa acima descrito.

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Se não souber assinar o nome, marque com um X ()

Nome e assinatura do pesquisador que forneceu as informações:
