

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos



Dissertação

**Intenção de amamentar, aleitamento materno e motivos para o desmame entre
mães do sul do Brasil**

Sheila Afonso do Amaral

Pelotas, 2018

Sheila Afonso do Amaral

**Intenção de amamentar, aleitamento materno e motivos para o desmame entre
mães do sul do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição e Alimentos.

Orientador: Renata Moraes Bielemann

Co-Orientador: Bianca Del Ponte da Silva

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação
na Publicação

A111i Amaral, Sheila Afonso do

Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame no primeiro ano de vida / Sheila Afonso do Amaral ; Renata Moraes Bielemann, orientador ; Bianca Del Ponte da Silva, coorientador. — Pelotas, 2018.

105 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Aleitamento materno. 2. Intenção. 3. Desmame. 4. Estudos de coorte. I. Bielemann, Renata Moraes, orient. II. Silva, Bianca

Sheila Afonso do Amaral

Intenção de amamentar, aleitamento materno e motivos para o desmame entre
mães do sul do Brasil

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em
Nutrição e Alimentos, Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos,
Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 03/07/2018

Banca examinadora:

Prof^a Dr^a Renata Moraes Bielemann (Orientadora) Doutora em Epidemiologia pela
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Bianca Del Ponte da Silva (Coorientadora) Doutora em Epidemiologia pela
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Cristina Corrêa Kaufmann Doutora em Saúde e Comportamento pela
Universidade Católica de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Sandra CostaValle Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Agradecimentos

Ao concluir este ciclo, agradeço aos meus familiares, em especial ao meu tripé– vó - mãe - Dé (tia, irmã, dinda, amiga, mãe em alguns momentos) que são a minha base em muitos aspectos, sendo meus exemplos e fontes de inspiração e aos meus amigos por todo incentivo e apoio, estando ao meu lado no momento de angustias e insegurança. Posso afirmar que esta realização sempre esteve entre um dos meus objetivos profissionais, mas por medos muitas vezes infundados posterguei este desejo, porém este veio no melhor momento possível da minha vida.

Só tenho a agradecer a minha orientadora Renata Bielemann por todo o aprendizado, paciência, carinho e incentivo durante esta caminhada e igualmente a minha amiga de longa data e coorientadora Bianca Del Ponte que para mim são exemplos de profissionalismo e dedicação, foi extremamente enriquecedor e gratificante trabalhar com elas por serem pessoas as quais já admirava antes de iniciar neste projeto, espero ter correspondido às expectativas de ambas neste trabalho em equipe.

Por fim, agradeço a todos os participantes desta pesquisa, a equipe do “Deutério” do Centro de Pesquisas Epidemiológicas Dr. Amílcar Gigante e aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Nutrição da UFPel.

“Uma longa caminhada começa pelo primeiro passo.”

Lao-Tsé

Resumo

AMARAL, Sheila Afonso do. **Intenção de amamentar, aleitamento materno e motivos para o desmame entre mães do sul do Brasil**. 2018. N° 105 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Alimentos) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, 2018.

O objetivo do estudo foi avaliar a intenção materna de amamentar, duração do aleitamento materno e os motivos para o desmame entre mães e bebês do sul do Brasil participantes de um estudo multicêntrico. Trata-se de estudo de coorte realizado em Pelotas, RS, com participantes do *Multi-Centre Body Composition Study*. Mães e bebês foram selecionados no hospital do parto e acompanhados aos 3, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de idade. Foram investigados os motivos para o desmame antes dos 12 meses. Mediana e intervalo interquartil da duração do aleitamento materno foram calculados. Das 1377 mães rastreadas, 74% tinham intenção de amamentar exclusivamente até os 6 meses e 91%, de prolongar a amamentação até pelo menos os 12 meses. Ao todo, 168 duplas de mães e bebês atenderam os critérios de elegibilidade e aceitaram participar do acompanhamento. A mediana de aleitamento materno foi de 11 meses (IIQ:5,8-23,0 meses), sendo que 52% das crianças foram desmamadas antes dos 12 meses. Os principais motivos relatados para o desmame foram leite insuficiente (57%), retorno ao trabalho/escola (45%) e a recusa inexplicada do bebê (40%). Os resultados mostraram que, apesar da intenção de amamentar, existe a necessidade de esclarecimento das mães e famílias sobre questões relacionadas à amamentação.

Palavras-chave: aleitamento materno; intenção; desmame

Abstract

AMARAL, Sheila Afonso do. **Intention to breastfeed, breastfeeding and reasons for weaning among mothers from southern Brazil**. 2018. N° 106. f. Dissertation (Master in Nutrition and Food) - Post graduate Program in Nutrition and Food, Federal University of Pelotas, Pelotas / RS, 2018.

The objective of the study was to evaluate the maternal intention to breastfeed, duration of the breastfeeding and reasons for weaning among mothers and babies from southern Brazil participating in a multi center study. This is a cohort study conducted in Pelotas, RS, with participants from the *Multi-Centre Body Composition Study*. Mothers and babies were enrolled at the hospital of delivery and were followed-up at 3, 6, 9, 12, 18 and 24 months of age. The reasons for weaning before 12 months were investigated. Median and interquartile intervals of breastfeeding duration were calculated. Of the 1377 mothers screened, 74% intended to exclusively breastfeed until 6 months and 91% to prolong the breastfeeding until at least 12 months. A total of 168 mother-child pairs met all eligibility criteria and agreed to participate in the follow-up. The median of the breastfeeding duration was 11 months (IQR: 5.8-23.0 months), and 52% of the infants were weaned before 12 months. The main reasons for weaning were insufficient milk (57%), return to work/school (45%) and unexplained refusal of the baby (40%). The results showed that despite the intention to breastfeed, there is a need to clarify the mothers and families about issues related to breastfeeding.

Key-words: breastfeeding; intention; weaning

Sumário

PROJETO DE PESQUISA	10
1. Introdução	12
2. Revisão de Literatura	13
2.1. Aleitamento Materno	13
2.2. Componentes do Leite Materno	14
2.3. Benefícios do Aleitamento Materno	15
2.4. Duração e Prevalência do Aleitamento Materno	17
2.5. Intenção Materna para Amamentar	21
2.6. Motivos para o desmame	23
2.6.1 <i>Estratégia de busca</i>	23
3. <i>Justificativa</i>	35
4. <i>Objetivos</i>	37
4.1 <i>Objetivos Gerais</i>	37
4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	37
5. <i>Hipóteses</i>	37
6. <i>Metodologia</i>	38
6.1 <i>Delineamento do estudo</i>	38
6.2 <i>População alvo</i>	38
6.3 <i>Critérios de elegibilidade</i>	38
6.4 <i>Tamanho da amostra</i>	39
6.5 <i>Amostragem</i>	39
6.6 <i>Instrumentos</i>	40
6.7 <i>Logística</i>	41
6.8 <i>Variáveis do estudo</i>	42
6.8.1 <i>Variáveis dependentes</i>	42
6.8.2 <i>Variáveis independentes</i>	42
7. <i>Análise de dados</i>	42
8. <i>Aspectos éticos</i>	43
9. <i>Orçamento</i>	43
10. <i>Cronograma de atividades</i>	44
Referências	45
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	51
ARTIGO	55
APÊNDICE	83
ANEXOS	85

PROJETO DE PESQUISA

Sheila Afonso do Amaral

**Intenção de amamentar, aleitamento materno e motivos para o desmame entre
mães do sul do Brasil**

Projeto de Dissertação submetido ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição e Alimentos

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Moraes Bielemann

Coorientadora: Dr^a Bianca Del Ponte

Banca examinadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Corrêa Kaufmann

Pelotas, 2017

1.Introdução

Além de ser considerada a estratégia que, de forma isolada, mais previne a mortalidade infantil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o aleitamento materno influencia diretamente na saúde física e mental da dupla mãe-bebê.

De acordo com um panorama mundial sobre a amamentação, o Brasil está em posição de destaque em relação aos avanços nas taxas de aleitamento materno comparado com países como Estados Unidos e Reino Unido (ROLLINS et al., 2016).

Segundo recente estudo realizado no Distrito Federal/Brasil (BANDEIRA DE SÁ et al., 2016) foi possível observar uma prevalência de aproximadamente 80% de aleitamento materno na primeira hora de vida, sendo que esta prática é considerada um dos principais fatores relacionados com o sucesso da amamentação. Outro determinante para o êxito na duração do aleitamento materno é a intenção materna para amamentar, a qual está associada a aspectos sociais, culturais e econômicos (BRÁS; FERREIRA; DUARTE, 2011). Conforme estudo realizado na cidade de Pelotas/RS, que teve como objetivo analisar a intenção de puérperas para amamentar exclusivamente, encontrou-se que as mães pretendiam amamentar por tempo médio de 5,5 meses. O maior tempo de intenção de amamentação esteve associado à maior escolaridade, menor idade materna, não trabalhar fora do lar e ter recebido informações sobre amamentação durante as consultas de pré-natal (MACHADO et al., 2014).

Conforme informações da literatura, o desmame é influenciado pela idade do lactente, sendo que nos primeiros meses de vida as razões mais citadas pelas mães para desmamar são problemas específicos da lactação, como a produção de leite insuficiente e problemas mamários (AHLUWALIA et al., 2005). Já os motivos para o desmame entre mães com e sem intenção de amamentar variaram segundo outro estudo publicado (ODOM et al., 2013), o qual observou que os motivos mais frequentes para a interrupção do aleitamento materno entre as mães que pretendiam amamentar, foram a perda de interesse do bebê pelo peito e a percepção de que o leite materno não satisfazia a criança, ao passo que entre as mães que não tinham o interesse de amamentar, a quantidade insuficiente de leite e a insatisfação da criança foram os principais motivos para o desmame.

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo conhecer a prevalência de intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e de prolongar a amamentação até pelo menos os 12 meses e descrever a duração do aleitamento materno e os motivos para o desmame entre mães com intenção de amamentar do sul do Brasil.

2. Revisão de Literatura

2.1. Aleitamento Materno

A amamentação, de acordo com evidências epidemiológicas e biológicas, é uma decisão que afeta em curto e longo prazo a saúde, nutrição e o desenvolvimento da criança e a saúde materna, sendo o leite humano considerado um extraordinário medicamento personalizado, devido seu potencial mecanismo imunológico, epigenético e microbiônico (VICTORA, CESAR G et al., 2016). Dessa forma, no contexto da promoção do aleitamento materno, a recomendação é colocar o bebê em contato direto com a mãe logo após o parto e incentivar a mãe a iniciar a amamentação assim que o recém nascido estiver pronto, oferecendo auxílio se necessário (BOCCOLINI et al., 2013). Tal recomendação é sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em publicação que evidencia os dez passos para o sucesso da amamentação, no qual o contato pele a pele da mãe e do bebê e o aleitamento materno precoce contribui para estabelecer o vínculo entre a dupla e aumentar a duração da amamentação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam que o aleitamento materno, seja exclusivo até o sexto mês de vida da criança e complementado até dois anos de idade ou mais e a partir dos seis meses se inicie a introdução de alimentos sólidos/semissólidos de qualidade (BRASIL, 2015). Ainda segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) o aleitamento materno é classificado, pela maioria das diretrizes no mundo todo como:

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

2.2. Componentes do Leite Materno

A composição do leite materno varia para adaptar-se às necessidades do bebê. Nos primeiros dias após o parto, o leite materno é chamado de colostro, seguido pelo leite de transição e por último o leite maduro (ABDALA, 2011).

Colostro

O colostro é o leite produzido logo após o nascimento do bebê, além de ser rico em nutrientes, contém altas concentrações de vários fatores de proteção com ação anti-infecciosa, imunoglobulinas, citocinas que proporcionam imunidade passiva e estimulação do desenvolvimento e amadurecimento do sistema imune infantil (BLEWETT et al., 2008)

Palmeira e colaboradora (PALMEIRA; CARNEIRO-SAMPAIO, 2016) definem colostro como o mais potente impulsionador imunológico natural conhecido pela ciência, devido seus componentes bioativos.

Leite de transição

Este leite é produzido entre o quarto e o décimo quinto dia após o parto e é assim chamado devido sua composição intermediária, que se modifica diariamente, até atingir a composição do leite maduro. Ocorrendo diminuição das concentrações de imunoglobulinas e de vitaminas lipossolúveis e aumento do aporte calórico e da quantidade de vitaminas hidrossolúveis, lipídios e lactose (ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, 2004).

Leite Maduro

O leite maduro contém 62 kcal/dL, 3g/dL de lipídios, 1,3g/dL de proteínas e 6,5g/dL.

Além destas variações na composição, o leite materno também sofre modificações ao longo da mamada, o leite posterior (do final da mamada) é mais rico

em energia (calorias), por volta de três vezes a concentração lipídica do leite inicial ou anterior (BRASIL, 2015).

O leite materno também fornece fatores de proteção, tais como anticorpos IgA, IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido. Esse último favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como Shigella, Salmonella e Escherichia coli (AKRÉ, 1997).

2.3. Benefícios do Aleitamento Materno

Conforme as Normas Alimentares para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, que teve como base uma extensa revisão da literatura internacional, não há dúvidas quanto à superioridade do leite humano sobre os leites de outras espécies (GIUGLIANI; VICTORA, 1997). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a amamentação, isoladamente, é a estratégia que mais previne a mortalidade infantil, além de influenciar na saúde física, mental e psíquica da mãe e do bebê.

A universalidade da amamentação poderia prevenir 823.000 mortes a cada ano em crianças menores de cinco anos. Conforme a OMS, a amamentação previne mais mortes entre as crianças de menor nível socioeconômico, pois enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior (VICTORA, CESAR GOMES; BARROS, 2000).

Em consonância ao descrito acima, estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), que avaliou o efeito do aleitamento materno sobre a mortalidade pós-neonatal ratificou que mesmo em países desenvolvidos o aleitamento materno previne a mortalidade infantil. Sendo que nos EUA, por exemplo, estima-se que o aleitamento materno poderia evitar, a cada ano, 720 mortes de crianças menores de um ano (CHEN; ROGAN, 2004).

Em estudo sobre os efeitos do aleitamento materno para a mãe e a criança, comparando os tipos de aleitamento materno, foi evidenciado que bebês que continuaram a ser amamentados exclusivamente de 4 a 6 meses não apresentaram déficit de peso em comparação aos em amamentação mista. Os lactentes que foram amamentados exclusivamente durante seis meses experimentaram menos morbidade por infecção gastrointestinal do que aqueles que foram

amamentados parcialmente a partir de três ou quatro meses (KRAMER, M.; KAKUMAR, 2007).

Na mesma direção, revisão sistemática atual realizada na Índia comparou o efeito do aleitamento materno predominante, parcial ou não-aleitamento versus o aleitamento materno exclusivo nas taxas de mortalidade nos primeiros seis meses de vida e o efeito de nenhum versus qualquer aleitamento materno nas taxas de mortalidade entre 6 e 23 meses de idade; concluiu que as crianças de 6-11 e 12-23 meses de idade que não foram amamentadas tiveram 1,8 e 2,0 vezes mais risco de mortalidade, respectivamente, quando comparadas às que foram amamentadas. O risco de mortalidade relacionada à infecção em 0-5 meses foi 1,7, 4,6 e 8,7 vezes maior em crianças predominantemente, parcialmente e não amamentadas, respectivamente, comparadas às exclusivamente amamentadas (SANKAR et al., 2015).

Segundo recente estudo de revisão feito por profissionais de saúde dos EUA, sobre aleitamento materno e obesidade, foi sugerido uma associação entre aleitamento materno e uma redução da obesidade infantil entre os afro-americanos. O aleitamento materno foi visto como tendo um efeito significativo na redução do risco de aumento do índice de massa corporal (IMC) em crianças. A duração da amamentação foi o fator mais importante na determinação do impacto sobre a obesidade, quanto mais longa foi a duração da amamentação, maior foi o impacto sobre o peso corporal da criança (HESS; OFEI; MINCHER, 2015).

Outra revisão sistemática, conduzida por Victora et al.(VICTORA, CESAR G et al., 2016), concordou com os benefícios evidenciados anteriormente, além de sugerir outras associações. A amamentação reduziu consistentemente a incidência de diarreia, associação mais fortemente evidenciada em crianças menores. O mesmo foi observado com relação às infecções de trato respiratório, onde grande número de pesquisas verificou redução nas infecções respiratórias severas em crianças que são amamentadas. Com relação à saúde materna, foi verificado um efeito protetor consistente da amamentação contra o câncer de mama, além de menor, mas visível redução no risco de câncer ovariano.

Já em relação à otite média aguda, a revisão apontada acima encontrou uma evidência consistente de redução dessa infecção durante os primeiros dois anos de vida associada a maiores durações da amamentação. A publicação também sugere grande redução nas mal oclusões em dentes decíduos em indivíduos

amamentados, bem como o aumento da inteligência (VICTORA, CESAR G et al., 2016).

Quanto ao desenvolvimento da função cognitiva, estudos observacionais observaram tal benefício, tanto em uma Coorte de Nascimento Britânica (Avon Longitudinal Study of Parents and Children - ALSPAC, 1991 e 1992) como na Coorte de Pelotas/RS Brasil de 1993, onde a maior duração da amamentação foi associada com maior Quociente de Inteligência (QI) infantil (BRION et al., 2011). Outro estudo longitudinal realizado na cidade de Pelotas que utilizou dados da Coorte de Nascimentos de 1982 encontrou uma associação positiva entre o tempo da amamentação e o QI, escolaridade e renda dos participantes aos 30 anos de idade (VICTORA, CESAR G et al., 2015). Resultados de um estudo experimental realizado em hospitais e policlínicas na Bielorrússia também constataram o benefício cognitivo do aleitamento materno prolongado e exclusivo (KRAMER, M. S. et al., 2008).

2.4. Duração e Prevalência do Aleitamento Materno

Em estudo comparativo que analisou dados do aleitamento materno de 153 países, o Brasil destaca-se nos avanços em relação à amamentação considerando-se outras nações como a China, Estados Unidos e Reino Unido. De acordo com o estudo, as crianças brasileiras eram amamentadas por 2,5 meses em média no ano de 1975, sendo que em 2006 esse número subiu para 14 meses. Entre 1996 e 2006, o aleitamento materno aos 12 meses no Brasil teve um aumento de 15%, ao contrário na china houve uma diminuição de 5% no período de 2003 e 2008(ROLLINS et al., 2016).

Segundo um estudo transversal realizado em Manipur na Índia no ano de 2009, a mediana de duração da amamentação no estado foi em torno de 20 meses, sendo esta considerada abaixo da média da Índia que é de 25 meses e da recomendação da OMS de 24 meses(SINGH; SINGH, 2011).

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2009), realizada pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2008, a situação da amamentação no país se mostrou heterogênea entre as regiões em relação à prevalência de aleitamento materno exclusivo e a duração da amamentação em crianças menores de um ano de idade e também apresentou mudanças de cenário em relação aos inquéritos anteriores.

A mediana do aleitamento materno verificada na Pesquisa Nacional de

Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS/2006)(BRASIL, 2009a) foi de 14,0 meses, sendo superior a encontrada na pesquisa realizada nas capitais brasileiras no ano de 2008, onde a duração mediana do aleitamento materno foi de 12,9 meses. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo do último inquérito nacional foi de 54,11 dias (1,8 meses). Verificou-se que a região Centro-Oeste apresentou a maior estimativa de duração em dias desta prática (66,6 dias), seguida da Norte (66,2 dias), Sul (59,3 dias), Sudeste (55,0 dias) e Nordeste (34,9 dias) (BRASIL, 2009).

Estudo realizado no nordeste brasileiro (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006) verificou, através de análise de sobrevivência uma duração mediana do aleitamento materno exclusivo, predominante e total de 24, 77 e 112 dias, respectivamente. A duração mediana do aleitamento materno total foi significativamente mais prolongada entre as crianças que residiam na região metropolitana do Recife (148 dias).

- Prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida

O aleitamento materno na primeira hora de vida tem impacto positivo sobre a relação mãe e filho, bem como o prolongamento da duração da amamentação. Além de oferecer ao bebê o colostro que é considerado como a primeira vacina do recém nascido devido as suas propriedades nutricionais e imunológicas(ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, 2004).

Conforme um estudo realizado por Senarath e colaboradores (SENARATH et al., 2012) que utilizou dados de uma Pesquisa de Demografia e Saúde do Sri Lanka de 2006-2007, revelou que o país tem mostrado constante progresso na melhoria da prática da amamentação nas últimas décadas. Sendo que a taxa de iniciação precoce do aleitamento materno aumentou de 56,3% em 2000 para 83,3% no ano de 2006-2007.

Já na Arábia Saudita, um estudo transversal realizado no ano de 2009 (EL-GILANY; SARRAF; AL-WEHADY, 2012), mostrou dados preocupantes em relação ao aleitamento na primeira hora de vida, pois apenas 11,4% de todos os lactentes foram amamentados no período de uma hora após o nascimento. A taxa (0-11%) deste indicador é considerada “Ruim” pelos parâmetros da OMS(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Em relação ao aleitamento materno na primeira hora de vida, na PNDS/2006, do total de crianças analisadas, 42,9% foram amamentadas na primeira hora de vida (BRASIL, 2009a). Já na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF (BRASIL, 2009) a média nacional foi superior, sendo de 67,7%, com os melhores índices dessa prática na região norte (72,9%), ficando a região sudeste com o pior cenário (63,5%).

Estudo atual realizado no Distrito Federal/Brasil (BANDEIRA DE SA et al., 2016), sobre o aleitamento materno na primeira hora de vida e fatores associados, verificou uma prevalência 77,3%, sendo esta superior da encontrada para o Brasil, para a região Centro-Oeste e para o DF em estudos anteriores, visto que na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2008, no DF a prevalência de crianças que mamaram na primeira hora de vida foi de 72,5%.

- Prevalência de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês

De acordo com uma pesquisa realizada na Espanha que teve como base, dados de um levantamento sobre a alimentação infantil para avaliar a amamentação, a prevalência de aleitamento materno exclusivo declinou bruscamente com o aumento da idade do lactente, uma vez que aos 29 dias de vida 63,7% dos bebês estavam em amamentação exclusiva, sendo esta porcentagem reduzida para 32,5% nos três meses de idade e 10,1% nas crianças com seis meses (AGUILARA et al., 2004).

Resultados de um estudo nos EUA que utilizou dados de aleitamento materno de uma coorte de nascimento de 2005 da Pesquisa Nacional de Imunização realizada pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC), também encontrou uma situação subótima de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade, apresentando taxas de 32,1% aos três meses e de 12,3% aos seis meses de vida do bebê (BARTICK; REINHOLD, 2010).

Conforme estudo publicado (KHANAL; SAUER; ZHAO, 2013) que comparou a tendência do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de 5 meses a partir de dados de duas Pesquisas Demográficas e de Saúde do Nepal, a proporção de crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo foi maior no ano de 2011 (66,3%), visto que em 2006 a prevalência foi de 53,2%. Embora este aumento de 13%, a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo ainda é menor

do que a considerada muito boa (90 -100%) pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Ainda sobre a duração do aleitamento materno em outros países, conforme pesquisa com crianças e adolescentes da Suécia e Estônia (European Youth Heart Study), a amamentação foi mais frequente e de maior duração entre os jovens suecos do que em crianças e adolescentes estonianos, visto que a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 3 e 6 meses foi de 32,3% na Estônia e de 71,6% na Suécia (LABAYEN et al., 2012).

No Brasil a PNDS/2006 encontrou prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade de 39,8%, não diferindo muito do encontrado na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF (BRASIL, 2009) que foi de 41%, sendo que a região Norte apresentou maior prevalência desta prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%).

Na cidade de Pelotas/RS no ano de 2010 foi realizado um estudo transversal (STEPHAN; CAVADA; VILELA, 2012) que teve como um dos objetivos verificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses, onde foi observado uma prevalência de 33,7%, menor que a média do país e da região sul, conforme o último inquérito nacional de 2008.

Com base nos dados dos acompanhamentos de quatro coortes de nascimento do município de Pelotas/RS, foi possível comparar os índices de aleitamento materno exclusivo dos participantes aos um e três meses de idade, observou-se que na coorte de 1993 apenas 26% dos bebês com um mês de vida recebiam leite materno exclusivamente, em contraste com 40% na coorte de 1997-1998 e 77% na coorte de 2004, não sendo possível a comparação com a coorte de 1982, pois esta informação não havia sido coletada. Já aos três meses a prevalência de aleitamento materno exclusivo diminuiu nas três coortes, caindo para 16, 19 e 46%, respectivamente. E aos seis meses de vida, nenhum bebê recebia amamentação exclusiva em qualquer dos quatro estudos (ALBERNAZ et al., 2008).

- Prevalência de aleitamento materno até o 12º mês

Segundo importante revisão sistemática sobre a amamentação no século 21 (VICTORA, CESAR G et al., 2016), globalmente, as prevalências mais altas de amamentação aos 12 meses de vida foram encontradas na África Subsaariana, no

Sul da Ásia e em partes da América Latina entre os anos de 1995 e 2013. Na maioria dos países de alta renda, a prevalência é inferior a 20%. Foram observadas diferenças importantes entre países com características econômicas e sociais similares – por exemplo, entre Reino Unido (<1%) e EUA (27%), e entre Noruega (35%) e Suécia (16%).

No Brasil, a prevalência do aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7% no ano de 2008. A região Norte apresentou a melhor situação (76,9%), seguida das regiões Centro-Oeste (64,1%), Nordeste (59,1%) e Sudeste (51,4%). Com relação a esse indicador, a pior situação é a da região Sul (49,5%) (BRASIL, 2009).

Um estudo de coorte com bebês nascidos no ano de 1993 na cidade de Pelotas, o qual teve como objetivo investigar os efeitos da situação nutricional materna sobre a duração da amamentação encontrou uma prevalência de amamentação aos seis meses de idade de aproximadamente 35% (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2000). Outra pesquisa realizada também em Pelotas/RS avaliou a tendência das taxas de aleitamento materno no município de 1982-2004, através da comparação da prevalência da amamentação em quatro coortes de crianças nascidas no ano de 1982, 1993, 1997-1998 e 2004. Esta mostrou aumento nos índices de aleitamento materno aos 12 meses de vida, já que 33% dos bebês da coorte de 1997-1998 e 34% da coorte de 2004 ainda recebiam leite materno, enquanto somente 15 e 22% dos bebês das coortes de 1982 e 1993, respectivamente, mamavam aos 12 meses de idade (ALBERNAZ et al., 2008).

2.5. *Intenção Materna para Amamentar*

Conforme a literatura, a decisão de amamentar está impregnada de hábitos sociais, culturais, econômicos, mas acima de tudo não deixa de ser um ato livre e pessoal, no qual a sua intenção é um determinante considerado como o melhor preditor para o sucesso da amamentação (BRÁS; FERREIRA; DUARTE, 2011).

Pesquisa realizada com o objetivo de aprofundar a eficácia da teoria da ação racional e a teoria da ação planejada, que tem como base investigar os fatores preditores de comportamentos, como por exemplo: amamentar, evidenciou que investigações norteadas por essas teorias podem colaborar para o planejamento de programas de intervenção, pois são importantes ferramentas de diagnósticos situacionais. Este estudo identificou que existem fatores como atitudes e crenças

normativas que podem favorecer a intenção, particularmente no que se refere à amamentação, concluindo que a atitude teve maior poder preditivo na intenção de amamentar o bebê, frente às crenças normativas, segundo o modelo explicativo da teoria da ação racional (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Segundo revisão sistemática conduzida por Vieira et al. (VIEIRA et al., 2016) a intenção materna para amamentar é definida por vários fatores, como o conhecimento da mulher sobre a importância do aleitamento materno, experiência prévia com a amamentação, primiparidade, gestação planejada, idade e escolaridade materna entre outros. O estudo relaciona a intenção materna para amamentar com a teoria do comportamento planejado, que divide a intenção comportamental em três fases, no primeiro momento - atitude comportamental - que é a postura do indivíduo em relação a um determinado comportamento, no segundo momento - norma subjetiva, que é a percepção pessoal quanto às expectativas e pressões sociais em executar um comportamento específico e por último o controle conhecido do comportamento, que reflete a autoconfiança e a capacidade do sujeito em executar um comportamento específico.

Em um estudo realizado na Holanda foi possível visualizar a percepção das mulheres sobre a amamentação durante o período de intenção, através da teoria do comportamento planejado, que afirma que o comportamento intencional é um determinante para o comportamento real. Sendo identificados cinco temas indutivos: combinar a amamentação com o trabalho, aprender a amamentar, organizar o parto, refletir sobre a intenção e tornar-se mãe. Esta pesquisa discute sobre o longo período da intenção de amamentar e o ato em si, mostrando que nem sempre a amamentação é um comportamento natural, onde a mãe tem total controle, visto que já no parto as emoções, os hormônios e o recém nascido assumem o controle da situação. Portanto os autores afirmam que a aplicabilidade desta teoria no presente estudo se torna ambígua, pois nas mulheres que pretendem amamentar, é hipotético antecipar a prática da amamentação antes desse evento incontrolável (OOSTERHOFF; HUTTER; HAISMA, 2014).

De acordo com um trabalho realizado em Portugal que pretendeu determinar a prevalência da intenção de amamentar no momento do nascimento a aos três meses de vida do bebê, pode-se concluir que no nascimento a prevalência da intenção de amamentar foi de 98%, já no terceiro mês esta taxa baixou para 66%. Sendo que o aleitamento materno exclusivo foi de 47% aos três meses. Encontrou-

se significado estatístico entre a decisão prévia de amamentar e a duração da amamentação. No que se relaciona com a intenção de amamentar, 36% das mulheres que não amamentaram não tinham esta intenção; as outras 64% que não amamentaram tinham intenção de amamentar (RODRIGUES, 2002).

Conforme pesquisa realizada em Bangladesh, a prevalência de intenção das gestantes em amamentar foi de 83,9% e a intenção do aleitamento materno exclusivo teve associação com o conhecimento, atitudes e auto-eficácia dos aconselhamentos durante as consultas do pré-natal (THOMAS et al., 2015). Já em um estudo conduzido na Malásia a intenção de amamentar exclusivamente por seis meses foi de apenas 43%, sendo enfatizado o suporte pós-parto como fator importante para lidar com as dificuldades durante a amamentação. O trabalho também encontrou que durante a gestação, a intenção da duração mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 4 meses, sendo que um mês após o parto a intenção da duração do aleitamento materno exclusivo baixou para 1 mês (ISMAIL et al., 2016).

Estudo realizado em um hospital universitário no sudoeste dos Estados Unidos, relatou que em média a intenção materna de amamentar foi cerca de 9 meses. E concluiu que a intenção de amamentar está relacionada a intenção da mulher de trabalhar fora de casa, pois as mães com planos mais determinados de voltar ao trabalho tinham a intenção de amamentar menos meses do que as mães que não planejavam voltar ao trabalho. Outro preditor direto da duração prevista do aleitamento materno neste estudo dizia respeito à mãe estar amamentando exclusivamente enquanto ainda estava no hospital (THOMAS-JACKSON et al., 2016). Em um outro estudo australiano de revisão sistemática, a intenção de amamentar foi consistentemente correlacionada com a mãe ter sido amamentada quando criança, através de evidências sólidas para a continuidade do aleitamento materno entre gerações (DI MANNO; MACDONALD; KNIGHT, 2015).

2.6. Motivos para o desmame

2.6.1 Estratégia de busca

Com o objetivo de identificar artigos que tenham avaliado os motivos relacionados ao desmame entre mães amostradas da comunidade foi realizada uma busca sistemática da literatura. O processo ocorreu em múltiplas etapas,

inicialmente pela leitura dos títulos, seguido pela leitura dos resumos e por fim a leitura dos artigos na íntegra. A busca ocorreu na base de dados PubMed com os seguintes descritores combinados: “breastfeeding”, “lactation”, “breastmilk”, “reason”, “cause”, “motivation”, “weaning”, “cessation” e “stop”. Foi inserido filtro para publicações que continham os descritores acima nos títulos e/ou resumos.

A Figura 1 apresenta o fluxograma da seleção de artigos. A estratégia de busca permitiu localizar 638 publicações, as quais foram importadas para uma biblioteca do *software* EndNote (Thomson Reuters. <http://www.endnote.com/>). Após a leitura dos títulos, foram selecionados 85 registros para a leitura do resumo, sendo que seis destes foram excluídos por não terem o resumo disponível (publicados entre 1980 e 1995). A partir da leitura dos resumos disponíveis, 35 publicações foram excluídas nesta etapa por não serem pertinentes para o estudo, ficando assim 50 artigos para leitura na íntegra. Destes, 24 foram eliminados após a observação do texto completo, pois um era teórico, sete eram intervenções e 16 não apresentavam a exposição (motivos para o desmame) ou o desfecho (desmame) como interesse no estudo. Portanto, 26 artigos atenderam os critérios de inclusão para a presente revisão.

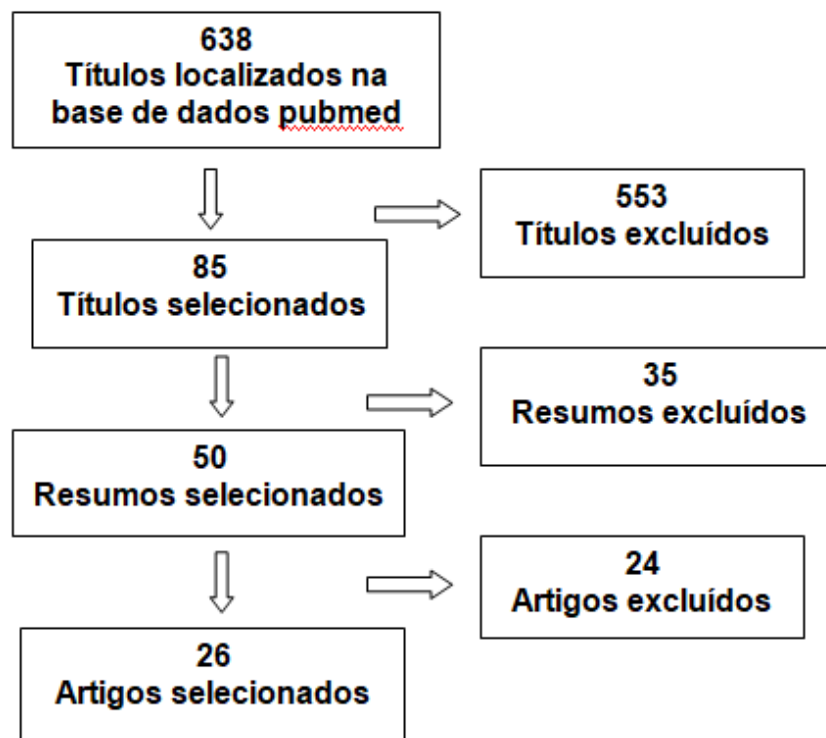


Figura 1 – Fluxograma da busca sistemática da literatura.

2.6.2 Resultados da busca sistemática da literatura

Através da atual revisão, foi possível ter um panorama mundial sobre os motivos para o desmame (Quadro 1), já que foram encontrados estudos de várias localidades do mundo, como do continente Asiático (ABU HAMAD; SAMMOUR, 2013; AHMAD; DAW; ISA, 1996; AL-MAZROU; AZIZ; KHALIL, 1994; GUTHRIE et al., 1983; MARANDI; AFZALI; HOSSAINI, 1993; NEGAYAMA et al., 2012; OLANG et al., 2012; WANG et al., 2014), Europeu (BICK; MACARTHUR; LANCASHIRE, 1998; DIAZ-GOMEZ et al., 2016), Oceânico (COLIN; SCOTT, 2002; HAUCK et al., 2011), Africano (JAKOBSEN et al., 1996; MANE et al., 2006), sendo que o maior número de estudos selecionados foi do continente Americano (AHLUWALIA; MORROW; HSIA, 2005; BOURGOIN et al., 1997; BRAND; KOTHARI; STARK, 2011; BROWN et al., 2014; FADUL; XAVIER, 1983; HILL et al., 1997; KIRKLAND; FEIN, 2003; LI et al., 2008; MARTINES; ASHWORTH; KIRKWOOD, 1989; ODOM et al., 2013; SCHWARTZ et al., 2002; WAYLAND, 2004). Dos estudos incluídos, três são da década de 80 (FADUL; XAVIER, 1983; GUTHRIE et al., 1983; MARTINES et al., 1989), sete da década de 90 (AHMAD et al., 1996; AL-MAZROU et al., 1994; BICK et al., 1998; BOURGOIN et al., 1997; HILL et al., 1997; JAKOBSEN et al., 1996; MARANDI et al., 1993) e dezesseis dos anos 2000 (ABU HAMAD; SAMMOUR, 2013; AHLUWALIA et al., 2005; BRAND et al., 2011; BROWN et al., 2014; COLIN; SCOTT, 2002; DIAZ-GOMEZ et al., 2016; HAUCK et al., 2011; KIRKLAND; FEIN, 2003; LI et al., 2008; MANE et al., 2006; NEGAYAMA et al., 2012; ODOM et al., 2013; OLANG et al., 2012; SCHWARTZ et al., 2002; WANG et al., 2014; WAYLAND, 2004). Sendo que onze tinham delineamento transversal e quinze eram estudos de coorte (BICK et al., 1998; BOURGOIN et al., 1997; BRAND et al., 2011; BROWN et al., 2014; COLIN; SCOTT, 2002; GUTHRIE et al., 1983; HILL et al., 1997; JAKOBSEN et al., 1996; KIRKLAND; FEIN, 2003; LI et al., 2008; MANE et al., 2006; MARTINES et al., 1989; ODOM et al., 2013; SCHWARTZ et al., 2002; WANG et al., 2014).

Os tamanhos de amostra dos estudos variaram de 60 (FADUL; XAVIER, 1983) a 21886 (AHLUWALIA et al., 2005). Todos avaliaram como exposição os motivos para o desmame, sendo que, a maioria (AHLUWALIA et al., 2005; AL-MAZROU et al., 1994; BICK et al., 1998; BOURGOIN et al., 1997; BROWN et al., 2014; COLIN; SCOTT, 2002; FADUL; XAVIER, 1983; GUTHRIE et al., 1983; HAUCK et al., 2011; KIRKLAND; FEIN, 2003; LI et al., 2008; MANE et al., 2006;

MARTINES et al., 1989; NEGAYAMA et al., 2012; OLANG et al., 2012; SCHWARTZ et al., 2002) dos artigos apresentou esses motivos conforme a faixa etária da criança e apenas cinco estudos não especificaram claramente a idade do desmame (BRAND et al., 2011; JAKOBSEN et al., 1996; WANG et al., 2014; WAYLAND, 2004). Já outro artigo especificou os motivos segundo a experiência materna com a amamentação (HILL et al., 1997).

Entre os estudos que especificaram a idade para o desmame foi possível observar diferentes motivos segundo a faixa etária do bebê. Os motivos mais frequentes para a ocorrência de desmame nos primeiros seis meses foram produção de leite insuficiente, leite materno que não satisfaz o bebê, dificuldades do bebê para mamar, desconforto e fadiga materna (AHLUWALIA et al., 2005; AL-MAZROU et al., 1994; BICK et al., 1998; BOURGOIN et al., 1997; BROWN et al., 2014; COLIN; SCOTT, 2002; FADUL; XAVIER, 1983; GUTHRIE et al., 1983; HAUCK et al., 2011; KIRKLAND; FEIN, 2003; LI et al., 2008; MARTINES et al., 1989; NEGAYAMA et al., 2012; OLANG et al., 2012; SCHWARTZ et al., 2002). Já na faixa etária de seis a doze meses, os motivos mais mencionados pelas mães foram recusa ou perda de interesse do bebê e a idade suficiente da criança. A partir dos doze meses o principal motivo citado foi uma nova gravidez (FADUL; XAVIER, 1983; MANE et al., 2006).

Em cinco estudos (ABU HAMAD; SAMMOUR, 2013; AHMAD et al., 1996; DIAZ-GOMEZ et al., 2016; MARANDI et al., 1993), não foram especificadas as faixas etárias, apenas foram apresentados os motivos para o desmame em crianças menores de dois anos. Nestes estudos, os motivos mais prevalentes foram leite insuficiente, gravidez e trabalho materno.

Outro estudo (ODOM et al., 2013), mencionou os motivos para o desmame de mães com ou sem intenção de amamentar em um grupo de crianças menores de um ano. Nesse estudo, os motivos mais frequentes para a interrupção do aleitamento materno entre as mães que tinham a intenção de amamentar, foram a perda de interesse do bebê pelo peito e a percepção de que leite materno não satisfazia a criança, enquanto que entre as mães que não tinham o interesse em amamentar, os principais motivos foram quantidade de leite insuficiente bem como a insatisfação da criança apenas com o leite materno.

Em uma avaliação geral dos estudos, os motivos mais citados pelas mães foram leite insuficiente (citado por 22 estudos) (AHLUWALIA et al., 2005; AHMAD et al., 1996; AL-MAZROU et al., 1994; BICK et al., 1998; BOURGOIN et al., 1997;

BRAND et al., 2011; BROWN et al., 2014; COLIN; SCOTT, 2002; DIAZ-GOMEZ et al., 2016; FADUL; XAVIER, 1983; GUTHRIE et al., 1983; HAUCK et al., 2011; HILL et al., 1997; KIRKLAND; FEIN, 2003; LI et al., 2008; MARANDI et al., 1993; MARTINES et al., 1989; NEGAYAMA et al., 2012; ODOM et al., 2013; OLANG et al., 2012; SCHWARTZ et al., 2002; WANG et al., 2014),seguido por recusa do bebê (11 estudos)(ABU HAMAD; SAMMOUR, 2013; BRAND et al., 2011; DIAZ-GOMEZ et al., 2016; GUTHRIE et al., 1983; KIRKLAND; FEIN, 2003; LI et al., 2008; MARTINES et al., 1989; NEGAYAMA et al., 2012; ODOM et al., 2013; OLANG et al., 2012; WAYLAND, 2004), doença materna (9 estudos) (AL-MAZROU et al., 1994; COLIN; SCOTT, 2002;GUTHRIE et al., 1983; HAUCK et al.,2011; HILL et al., 1997; JAKOBSEN et al., 1996;MANE et al., 2006; MARANDI et al., 1993; OLANG et al., 2012),retorno ao trabalho (9 estudos)(AHMAD et al., 1996; BOURGOIN et al., 1997; BROWN et al., 2014; DIAZ-GOMEZ et al., 2016; GUTHRIE et al., 1983; HILL et al., 1997; NEGAYAMA et al., 2012; SCHWARTZ et al., 2002; WANG et al., 2014) e problemas na mama (6 estudos) (AHLUWALIA et al., 2005;AL-MAZROU et al., 1994;BRAND et al., 2011;DIAZ-GOMEZ et al., 2016; HILL et al., 1997; SCHWARTZ et al., 2002).

O quadro a seguir, mostra a descrição dos artigos selecionados na base de dados Pubmed.

Quadro 1 – Descrição de artigos selecionados na base de dados Pubmed

AUTOR, ANO LOCAL	AMOSTRA	DELINEAMENTO	DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Fadul 1983 Brasil	N=60 Centro de saúde Média de idade: 32 anos	Estudo transversal	Desmame (meses) ≤1 >1-3 >3-5 >5-7 >7-9 >9-11 >11-13 >13-15 >15-17 >17	Os motivos mais freqüentes para o desmame de acordo com as seguintes faixas etárias: ≤1: Leite insuficiente (n=16), Uso de mamadeira (n=4) Não tinha leite (n=3), Choro do bebê (n=3) >1-3: Leite diminuiu e secou (n=10), Não tinha leite (n=2), Uso de mamadeira (n=2), Internação do bebê (n=2) >3-5: Leite diminuiu e secou (n=2) >7-9: Bebê grande demais (n=2) >9-11: Bebê grande demais (n=1) >11-13: Gravidez (n=1) >15-17: Gravidez (n=1)
Guthrie 1983 Filipinas	N=187 Base populacional	Estudo de coorte	Desmame (meses) <1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	Os motivos mais freqüentes para o desmame de acordo com as seguintes faixas etárias: <1: Diarréia (n=2) 1: Leite insuficiente (n=1), Trabalho materno (n=1) Doença materna (n=1) 2: Leite insuficiente (n=1), Gravidez (n=1) 3: Diarréia (n=2), Leite insuficiente (n=2) 4: Trabalho materno (n=2), Doença materna (n=2) 5: Trabalho materno (n=4), Leite insuficiente (n=3) 6: Leite insuficiente (n=1), Recusa do bebê (n=1) 7: Gravidez (n=2) 8: Doença materna (n=2) 9: Diarréia (n=1), Recusa do bebê (n=1) 10: Gravidez (n=1) 11: Diarréia (n=2) 12: Diarréia (n=1), Leite insuficiente (n=1) 13: Diarréia (n=1) 14: Diarréia (n=1)

Continuação Quadro 1 – Descrição de artigos selecionados na base de dados Pubmed

AUTOR, ANO LOCAL	AMOSTRA	DELINEAMENTO	DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Martines 1989 Brasil	N=538 Base populacional (critério de inclusão renda < 4SM)	Estudo de coorte	Desmame (meses) 1 2 3 4 5-6	Os motivos mais freqüentes para o desmame de acordo com as seguintes faixas etárias: 1: Leite insuficiente (42,4%) Problemas com o bebê (27,3%) 2: Leite insuficiente (70,6%) 3: Leite insuficiente (50,8%) Recusa após mamadeira (34,9%) 4: Leite insuficiente (64,6%) Recusa após mamadeira (16,7%) 5-6: Recusa após mamadeira (52,4%) Leite insuficiente (45,2%)
Marandi 1993 Irã	N=900 Base populacional	Estudo transversal	Desmame <2 anos	Os motivos mais frequentes para o desmame em crianças <2 anos: Leite insuficiente (39%) Gravidez (17%) Doença materna (10,7%) Criança com idade suficiente (8,2%)
Al-Mazrou 1994 Arábia Saudita	N=6131 Base populacional	Estudo transversal	Desmame <3 meses De acordo com a idade da mãe (anos) <20 20-24 25-29 30-39 >40	Distribuição percentual dos motivos para o desmame em bebês <3 meses de acordo com a idade materna: <20: Não tinha leite (30%) Uso de pílula (15%) 20-24: Não tinha leite (38%) Problemas mamários (15%) 25-29: Não tinha leite (48%) Uso de pílula (13%) 30-39: Não tinha leite (44%) Doença materna (11%) >40: Não tinha leite (44%) Problemas mamários (13%)

Continuação Quadro 1 – Descrição de artigos selecionados na base de dados Pubmed

AUTOR, ANO LOCAL	AMOSTRA	DELINEAMENTO	DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ahmad 1996 Malásia	N=566 15 aldeias rurais	Estudo transversal	Desmame < 2anos	Os motivos mais freqüentes para o desmame foram: Leite insuficiente (28,3%) Trabalho materno (19,7%) Gravidez (16,4%) Bebê grande demais (9,2%)
Jakobsen 1996 Guiné Bissau	N=1678 Base populacional	Estudo de coorte	Desmame	Os motivos mais freqüentes para o desmame foram: Doença materna (9%) Gravidez (7,8%) Doença do bebê (7,3%)
Bourgoin 1997 Canadá	N=350 Unidade perinatal	Estudo de coorte	Desmame (meses) < 1 1-3 3-6	O principal motivo para o desmame: <1: Fadiga 1-3: Leite insuficiente 3-6: Retorno materno ao trabalho
Hill 1997 EUA	N=120 Hospital Média de idade: 28 anos	Estudo coorte	Desmame de acordo com a paridade 1ª gestação 2ª gestação	Motivos mais freqüentes para o desmame de acordo com a experiência em amamentação: 1ª gestação: Leite insuficiente (33%), Trabalho (25%), Dificuldades na lactação (12%) 2ª gestação: Leite insuficiente (22%), Trabalho (22%), Problemas mamários (17%) Doença materna (17%)
Bick 1998 Inglaterra	N=906 Hospital	Estudo de coorte	Desmame <3 meses	Os motivos mais freqüentes para o desmame em bebês <3 meses: Leite insuficiente (n=41) Dor (n=29) Bebê não estava se alimentando bem (n=27)

Continuação Quadro 1 – Descrição de artigos selecionados na base de dados Pubmed

AUTOR, ANO LOCAL	AMOSTRA	DELINEAMENTO	DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Colin 2002 Austrália	N=556 Hospital Média de idade: 28 anos	Estudo de coorte	Desmame (semanas) <2 3-6 7-10 11-14 15-18 19-24	Os motivos mais freqüentes para o desmame antes das 24 semanas de vida do bebê: < 2: Bebê instável (37%) Doença materna (21%) 3-6: Bebê instável (29%) Devido à qualidade e/ou quantidade do leite (17%) 7-10: Falta de motivação materna (26%) Bebê instável (18%) 11-14: Bebê instável (24%) Falta de motivação materna (20%) 15-18: Bebê instável (22%) Devido à qualidade e/ou quantidade do leite (22%) 19-24: Hora de desmamar (43%) Doença materna (24%)
Schwartz 2002 EUA	N=946 Nebraska (empresa) Michigan (centro de saúde)	Estudo de coorte	Desmame (semanas) ≤3 4-6 7-9 10-12	Os principais motivos para o desmame nas seguintes faixas etárias: ≤3: Leite insuficiente (37%) Problemas mamários (33%) 4-6: Leite insuficiente (35%) Retorno ao trabalho (32%) 7-9: Retorno ao trabalho (53%) Leite insuficiente (25%) 10-12: Retorno ao trabalho (58%) Inconveniente (33%)
Kirkland 2003 EUA	N=758 Base populacional Maioria mães entre 25-29 anos	Estudo de coorte	Desmame (meses) 1-2 3-5 6-12	Os motivos mais importantes para o desmame foram: 1-2: Leite materno não satisfeito (58%) Dificuldades do bebê (43%) 3-5: Leite materno não satisfeito (56%) Leite insuficiente (42%) 6-12: Auto-desmame (55%) Leite materno não satisfeito (39%)

Continuação Quadro 1 – Descrição de artigos selecionados na base de dados Pubmed

AUTOR, ANO LOCAL	AMOSTRA	DELINEAMENTO	DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Wayland 2004 Brasil	N=250 Base populacional Média de idade: 24 anos	Estudo transversal	Desmame	Motivos mais freqüentes para o desmame: Recusa da criança (42%) Gravidez (17%) Decisão materna (17%)
Ahluwalia 2005 EUA	N=21886 Base populacional	Estudo transversal	Desmame (semanas) <1 1-4 >4	Os principais motivos para o desmame de acordo com as seguintes faixas etárias: <1: Dificuldades do bebê (48%) Problemas mamários (35%) 1-4: Leite insuficiente (39%) Leite materno não satisfaz (39%) >4: Leite materno não satisfaz (42%) Leite insuficiente (37%)
Mane 2006 Senegal	N=12208 Base populacional Área rural	Estudo de coorte	Desmame <15 meses	Os principais motivos para o desmame de acordo com as seguintes faixas etárias: <9meses: Morte materna (77%) Doença materna (12%) 9-14,9meses: Gravidez (43%) Morte materna (18%)
Li 2008 EUA	N=1323 Base populacional	Estudo de coorte	Desmame (meses) <1 1-2 3-5 6-8 ≥9	Motivos citados como os mais importantes para o desmame: <1: Dificuldades do bebê (54%) Leite insuficiente (52%) 1-2: Leite materno não satisfaz (56%) Leite insuficiente (52%) 3-5: Leite insuficiente (54%) Leite materno não satisfaz (49%) 6-8: Leite materno não satisfaz (49%) Bebê perdeu interesse em mamar (48%) ≥9: Bebê perdeu interesse em mamar (47%) Leite materno não satisfaz (43%)

Continuação Quadro 1 – Descrição de artigos selecionados na base de dados Pubmed

AUTOR, ANO LOCAL	AMOSTRA	DELINEAMENTO	DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Brand 2011 EUA	N=239 Hospitais Média de idade: 27 anos	Estudo de coorte	Desmame	Principais motivos relatados para a interrupção do aleitamento materno: Leite secou (23%) Bebê preferiu mamadeira (23%) Problemas mamários (17%)
Hauck 2011 Austrália	N=2669 Base populacional	Estudo transversal	Desmame <9 semanas	Os motivos mais citados pelas mães que desmamaram antes da 9ª semana: Leite insuficiente (47%) Dificuldades do bebê (36%) Desconforto ao amamentar (30%) Depressão (18%)
Negayama 2012 Japão França EUA	N=1288 Base populacional Idade entre 20-40 anos	Estudo transversal	Desmame (meses) 1-4 5-8 9-12	Os principais motivos para o desmame nos 3 países de acordo com a faixa etária: Japão 1-4: Leite insuficiente (51%) 5-8: Leite insuficiente (44%) 9-12: Recusa do bebê (19%) França 1-4: Leite insuficiente (23%) 5-8: Retorno ao trabalho (39%) 9-12: Idade da criança (30%) EUA 1-4: Leite insuficiente (20%) 5-8: Leite insuficiente (30%) 9-12: Idade da criança (32%)
Olang 2012 Irã	N < 6 meses (8434) N > 6 meses (52637) Base populacional	Estudo transversal	Desmame < 6 meses > 6 meses	Principais motivos para interromper a amamentação antes ou depois de 6 meses: < 6m: Recomendação médica (54%) Leite insuficiente (28%) Recomendação familiar (20%) > 6m: Leite insuficiente (45%) Recusa do bebê (27%) Doença materna (11%)

AUTOR, ANO LOCAL	AMOSTRA	DELINEAMENTO	DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Abu Hamad 2013 Palestina	N=285 Centros de saúde Média de idade: 30 anos	Estudo transversal	Desmame <24 meses	Principais motivos para o desmame: Gravidez (43%) Para melhorar a alimentação do bebê (17%) Criança tinha mais de 18 meses (13%) Auto desmame (11%)
Odom 2013 EUA	N=1177 Base populacional Mães maiores de 18 anos	Estudo de coorte	Desmame <1 ano	Principais razões para o desmame de acordo com a intenção materna de amamentar: Com intenção: Bebê perdeu interesse (36%) Leite materno não satisfaz (46%) Bebê perdeu interesse (36%) Sem intenção: Leite insuficiente (58%) Leite materno não satisfaz (52%)
Brown 2014 Canadá	N=500 Base populacional	Estudo coorte	Desmame < 24 semanas	As razões para o desmame citadas para as seguintes faixas etárias (semanas): < 1: Fadiga (23%) Decisão pessoal (18%) 1-6: Fadiga (24%) Leite insuficiente (23%) >6: Decisão pessoal (22%) Retorno ao trabalho (20%)
Wang 2014 Hong Kong	N=610 Hospitais	Estudo de coorte	Desmame	Razões mais frequentes para o desmame: Leite materno insuficiente (33%) Cansaço e fadiga materno (31%) Retorno ao trabalho (30%)
Diaz-Gomez 2016 Espanha	N=569 Base populacional Média de idade: 32 anos	Estudo transversal	Desmame <2anos	Motivos mais frequentes para o desmame: Leite insuficiente (29%) Retorno ao trabalho (18%) Recusa (7%) Problemas mamários (7%)

3. Justificativa

De acordo com a recomendação do Ministério da Saúde o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida e complementado pelo menos até os dois anos de idade (BRASIL, 2015) devido aos seus inúmeros benefícios para a saúde, que conseqüentemente fornecem vantagens econômicas e ambientais para toda a sociedade. O valor econômico da amamentação pode ser evidenciado através do efeito protetor que esta tem sobre a morbidade infantil, ocasionando uma redução nos custos de assistência à saúde e também da melhora da cognição (VICTORA, CESAR G et al., 2015). Já uma contribuição do leite humano para a sustentabilidade ambiental está no fato deste ser um alimento natural e renovável, onde sua produção e fornecimento não geram poluição ou desperdícios (ROLLINS et al., 2016).

Apesar das comprovações científicas de todos os benefícios e da importância que tem o aleitamento materno tanto para a saúde da criança quanto para a própria mãe (VICTORA, CESAR G et al., 2016), sabe-se que a duração do aleitamento materno em vários lugares do mundo ainda está aquém do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Deve-se considerar que a amamentação é mais valorizada nos países de baixa e média renda e, mesmo assim, nestes países apenas 37% dos bebês menores de seis meses são amamentados exclusivamente (ROLLINS et al., 2016), de modo que esta realidade sinaliza a necessidade de estratégias de apoio à amamentação aos padrões específicos de cada local e o conhecimento sobre os principais motivos para a interrupção precoce do aleitamento materno.

A intenção materna de amamentar é considerada um forte preditor da iniciação e da duração do aleitamento materno, desde que o contexto seja favorável (BRÁS; FERREIRA; DUARTE, 2011). Sendo estabelecida geralmente durante o terceiro trimestre da gestação, esta intenção pode sofrer influências ao longo da gravidez e logo após o nascimento. Assim, cabe aos profissionais da saúde a proteção e promoção da amamentação em fase precoce da gestação e também um suporte especial após o parto, já que a antecipação

das dificuldades da amamentação são razões comuns para o abandono desta prática (ROLLINS et al., 2016).

Conforme a literatura, os motivos para a interrupção do aleitamento materno variam de acordo com a idade da criança, sendo que nos primeiros meses de vida problemas específicos da lactação são comumente mais mencionados, como leite insuficiente e problemas mamários, os quais podem estar ocorrendo, simplesmente por uma “pega incorreta” do mamilo, a qual ocasiona uma baixa produção de leite, além de aumentar as chances de lesões mamilares. Fato que poderia ser revertido com orientações de profissionais de saúde, assim prevenindo a ocorrência de desmames precoces por estas razões. Porém em outras situações, não cabe apenas a mediação do setor saúde, como no caso das mães que interrompem a amamentação para retornar ao trabalho, já que não recebem o suporte adequado de seus empregadores. Portanto, o conhecimento sobre os motivos para o desmame se torna importante, já que possibilita uma melhor visualização do problema e consequentemente sugere qual intervenção seria mais efetiva, assim tornando a promoção da amamentação um desafio coletivo.

Através deste estudo será possível a obtenção de dados relacionados com a prática da amamentação, como a intenção de amamentar, a duração do aleitamento materno, bem como os motivos para o desmame. Além de identificar possíveis associações entre variáveis sociodemográficas e a duração do aleitamento materno.

Conhecer a intenção materna para a amamentação exclusiva e prolongada, além dos motivos para interrupção da mesma, pode nortear intervenções futuras por possibilitar um diagnóstico da situação. Isso se fortalece ao considerar que as mães cuja duração do aleitamento materno e motivos para o desmame anteriormente aos 12 meses de vida da criança são de famílias de pelo menos médio poder aquisitivo e com intenção de amamentar, sendo assim um grupo de maior acesso a serviços de saúde e que seria de “melhor cenário” para a promoção do aleitamento materno.

Dessa forma, o presente trabalho irá utilizar dados de estudo multicêntrico de referência antropométrica infantil, o qual inclui recém-nascidos da cidade de Pelotas, representante do Brasil, e de outros quatro países como: África do Sul, Paquistão, Quênia e Sri Lanka. As crianças foram

acompanhadas aos 3, 6, 9, 12, 18 e 24 meses, onde foram coletadas informações sobre a alimentação da criança, desmame, morbidades, internações, medidas antropométricas. O estudo estará restrito às informações das mães e crianças brasileiras.

4. Objetivos

4.1 Objetivos Gerais

- Conhecer a prevalência de intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e de prolongar a amamentação até pelo menos os 12 meses entre mães entrevistadas em maternidades da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.
- Descrever a duração do aleitamento materno e os motivos para o desmame entre mães do sul do Brasil pertencentes a estudo multicêntrico de antropometria infantil.

4.2 Objetivos Específicos

- Apresentar a prevalência de intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses entre mães de recém nascidos de Pelotas;
- Descrever a prevalência da intenção de amamentar por pelo menos 12 meses entre mães de recém nascidos da cidade de Pelotas;
- Descrever a duração do aleitamento materno até os 24 meses do estudo multicêntrico de composição corporal infantil;
- Descrever a duração do aleitamento materno conforme a escolaridade, situação conjugal, ocupação e número de gestações prévias de mães do estudo;
- Descrever os motivos para o desmame antes dos 12 meses entre as mães do estudo.

5. Hipóteses

- A prevalência da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses entre mães de recém nascidos de Pelotas será em torno de 80%;
- A prevalência da intenção materna para amamentar por pelo menos 12 meses será em torno de 90%;

- A mediana de duração do aleitamento materno entre as mães pertencentes a estudo multicêntrico de composição corporal infantil será superior a 14 meses e 40% terá interrompido a amamentação antes dos 12 meses;
- A escolaridade materna terá associação com maior duração da amamentação;
- Os motivos para o desmame mais relatados pelas mães serão o retorno ao trabalho, leite insuficiente e recusa do bebê.

6. Metodologia

6.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo longitudinal observacional.

6.2 População alvo

Mães de recém-nascidos residentes da cidade de Pelotas e Jardim América nascidos nas maternidades de Pelotas.

6.3 Critérios de elegibilidade

Para que fosse atendido o primeiro objetivo geral, foram incluídas todas as mães e bebês nascidos nas quatro maternidades de Pelotas durante o período da coleta de dados (de setembro de 2014 a fevereiro de 2015). Para que fosse avaliado o segundo objetivo geral do estudo, foram incluídas as mães e crianças que atendessem aos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Família residir na cidade de Pelotas ou bairro Jardim América;
- ✓ Mãe com idade igual ou superior a 18 anos;
- ✓ Parto único;
- ✓ Nascimento a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas e < 42 semanas);
- ✓ Ausência de patologia perinatal importante (internação em unidade de terapia intensiva neonatal imediatamente após o parto ou presença de doença/má formação que comprometa o crescimento ou estado nutricional na infância);
- ✓ Renda familiar de pelo menos três salários mínimos;
- ✓ Mãe não fumante pesada (menos de três dias por semana antes e depois do parto);

- ✓ Intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e de prolongar a amamentação até pelo menos os 12 meses de idade.

6.4 Tamanho da amostra

Para descrever uma prevalência de intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e de prolongar a amamentação por pelo menos 12 meses de 80% e 90%, respectivamente, considerando ainda que seriam entrevistadas aproximadamente 1700 mães no período de coleta de dados e uma margem de erro de três pontos percentuais, seria necessário entrevistar pelo menos 488 mães.

Já o tamanho da amostra selecionada no Brasil para fazer parte do estudo multicêntrico de composição corporal infantil foi calculado para atender ao objetivo geral do estudo multicêntrico de detectar diferenças em compartimentos de composição corporal de crianças com até dois anos de idade entre os sexos. Dessa forma, para um poder de 90% em detectar uma diferença de menos de um desvio padrão na composição corporal (massa gorda e massa livre de gordura), para meninos e meninas até os dois anos de idade, o cálculo de tamanho de amostra apontou que seria necessária a inclusão de 150 crianças em cada país. Ainda, foram acrescidos 10% para possíveis perdas e recusas.

6.5 Amostragem

Entre setembro de 2014 a fevereiro de 2015 entrevistadoras treinadas e padronizadas para a tomada de medidas antropométricas em recém-nascidos foram responsáveis pela coleta de dados nas quatro maternidades existentes na cidade de Pelotas, RS. As mães de todas as crianças nascidas nessas maternidades durante a jornada de trabalho das entrevistadoras (segunda/sexta das 8h às 18h) foram entrevistadas e verificada a elegibilidade, conforme critérios previamente listados, através de questionário de rastreamento (Anexo A). Mães e recém nascidos que atenderam aos critérios de inclusão do estudo foram convidados para participação no acompanhamento.

6.6 Instrumentos

Questionários

- Questionário de triagem logo após o parto (Anexo A): continha perguntas sobre a idade materna, local de residência, doenças do recém nascido, idade gestacional, fumo na gestação, nível socioeconômico e intenção de amamentar. As mães consideradas elegíveis e que consentiram participar do estudo seguiram respondendo o mesmo questionário com questões sobre características demográficas e socioeconômicas, tipo de parto, desfechos e cuidados ao recém nascido, uso de suplementos alimentares durante a gestação e informações antropométricas (peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer).
- Questionários dos acompanhamentos dos três, seis, nove, 12, 18 e 24 meses: instrumento sobre morbidades, práticas alimentares (amamentação, uso de leite e fórmulas e questionário de frequência alimentar), internações hospitalares, morbidades da criança e informações antropométricas – peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro braquial e pregas cutâneas tricipital e subescapular (Anexos B, C e D).
- Questionário de motivos para o desmame: Instrumento com 11 perguntas com alternativas de resposta sim/não sobre motivos para o desmame, elaborado pela equipe do estudo multicêntrico e sendo testado através de um estudo piloto, realizado no mês de novembro de 2016 no ambulatório de pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. No presente estudo o questionário foi aplicado apenas para as mães com tempo de amamentação inferior a 12 meses. Sendo composto pelos seguintes motivos: falta de tempo, preferência pessoal, nova gravidez, criança com idade suficiente, retorno ao trabalho/escola, suporte social inadequado, recusa do bebê, para fazer a criança comer outros alimentos, leite insuficiente, problemas de saúde ou choro do bebê ou outros, a mãe poderá escolher um ou mais motivos (Apêndice A).

Equipamentos antropométricos

- Balança: para avaliar o peso da criança foi utilizado balança pediátrica Seca 376 com precisão de 5 g até 7,5 kg e de 10 g até 20 kg) a medida foi aferida com o bebê nu.

- Infantômetro: para avaliar o comprimento da criança foi utilizado infantômetro Harpenden com amplitude de medida de 300 a 1100 mm e precisão do leitor digital de 1 mm), a medida foi obtida com a criança deitada em superfície plana, com a cabeça voltada para a parte fixa do aparelho e os pés voltados para a parte móvel.

6.7 Logística

As entrevistadoras permaneceram de segunda a sexta das 8 às 18 horas em quatro maternidades da cidade de Pelotas entre setembro de 2014 e fevereiro de 2015 para o recrutamento da amostra, através da aplicação de questionário e triagem.

Para os acompanhamentos, as mães foram convidadas a comparecerem em uma clínica, localizada no Centro de Pesquisa em Saúde Amílcar Gigante da Universidade Federal de Pelotas. No primeiro ano do bebê, as visitas ocorreram a cada três meses (acompanhamentos aos 3, 6, 9 e 12 meses) e durante o segundo ano de vida a cada seis meses (acompanhamentos aos 18 e 24 meses). Nos casos em que as mães não puderam comparecer na clínica as entrevistadoras ofereciam que os procedimentos ocorressem no domicílio das mães e bebês participantes. O protocolo do estudo permitiu que cada visita fosse antecipada ou atrasada até 10% da idade da criança (por exemplo, 9 dias no acompanhamento dos 3 meses, 18 dias no de 6 meses, 27 dias no de 9 meses, 36 dias no de 12 meses, 54 dias no de 18 meses e 72 dias na visita dos 24 meses).

Para avaliar os motivos para o desmame será aplicado um novo questionário (Apêndice A), entre as mães que interromperam a amamentação antes da criança completar 12 meses de idade, por meio de contato telefônico. A identificação dessas mães foi feita através de um levantamento sobre a duração do aleitamento materno, após sua vinda na clínica para os acompanhamentos e também por meio de contato telefônico, especialmente, para as faltosas, onde foi perguntado qual a idade em que o bebê parou de mamar.

6.8 Variáveis do estudo

6.8.1 Variáveis dependentes

Quadro 2 – Descrição das variáveis dependentes que serão utilizadas no estudo.

Nome	Tipo	Descrição
Intenção de amamentar exclusivamente até os 6 meses	Categórica dicotômica	Sim/Não
Intenção de amamentar por pelo menos 12 meses	Categórica dicotômica	Sim/Não
Duração do aleitamento materno	Numérica contínua	Duração em meses
Motivos para o desmame (cada)	Categórica dicotômica	Sim/Não

6.8.2. Variáveis independentes

Quadro 3 – Descrição das variáveis independentes que serão utilizadas no estudo.

Nome	Tipo	Descrição
Sexo da criança	Categórica dicotômica	Masculino/Feminino
Peso ao nascer	Numérica contínua	Gramas
Paridade	Numérica discreta	Número de filhos
Escolaridade materna	Categórica ordinal	Não estudou/Ensino fundamental/Ensino médio/Nível técnico/Ensino superior
Ocupação materna	Categórica nominal	Dona de casa/Estudante/ Trabalho manual qualificado/ Trabalho manual não qualificado/Gerencial/ Apoio administrativo ou vendas
Situação conjugal	Categórica dicotômica	Com companheiro/Sem companheiro

7. Análise de dados

As análises ocorrerão no pacote estatístico Stata versão 12.1. Serão descritas as prevalências e intervalos de confiança de 95% da intenção de

amamentar exclusivamente até os seis meses e de amamentar por pelo menos 12 meses entre mães de Pelotas. A duração geral da amamentação na amostra, até os 24 meses, será apresentada em histograma. Será descrita a mediana e intervalo interquartil da duração do aleitamento materno conforme variáveis sociodemográficas das mães (escolaridade, ocupação, situação conjugal e paridade), sexo e peso ao nascer do bebê e a diferença testada através de teste não-paramétrico (Wilcoxon ou Kruskal-Wallis a depender do número de categorias das exposições). As proporções de mães que relatam cada um dos motivos para o desmame antes dos 12 meses também serão descritas.

8. Aspectos éticos

O projeto do estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (parecer 1.199.651) e antes da coleta de informações todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução N° 466 de 2012.

9. Orçamento

Todos os centros de realização do estudo foram financiados pela Agência Internacional de Energia Atômica.

Quadro 4 - Parte do orçamento do estudo multicêntrico.

Itens de despesas	Valor (Reais)
Despesas com pessoal (3 entrevistadoras a 1100 reais por mês por 30 meses) (bolsas DTI-C)	99.000,00
Impressão de questionários, manuais de instruções e termos de consentimento	1.500,00
Material de escritório	500,00
Equipamentos antropométricos (balanças e estadiômetros adultos e infantis)	15.000,00
Ajuda de custo (seis visitas para cada mãe e criança com o custo de R\$30,00 cada)	29.700,00
TOTAL	145.700,00

Referências

- ABDALA, M. A. P. **Aleitamento Materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família**. 2011. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011.
- ABU HAMAD, B. A.; SAMMOUR, H. K. Weaning practices of mothers attending United Nations Relief and Works Agency health centres in the Gaza Governorates. **J Adv Nurs**, v. 69, n. 4, p. 773-81, Apr 2013.
- AGUILARA, M. H. et al. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. **Revista pediatria de atención primaria**, v. 6, n. 21, 2004.
- AHLUWALIA, I. B.; MORROW, B.; HSIA, J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. **Pediatrics**, v. 116, n. 6, p. 1408-12, Dec 2005.
- AHMAD, Z.; DAW, W.; ISA, A. Breastfeeding and weaning practices in rural communities of Kelantan. **Malays J Nutr**, v. 2, n. 2, p. 148-54, Sep 1996.
- AKRÉ, J. Organização Mundial da Saúde. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**, 1997.
- AL-MAZROU, Y. Y.; AZIZ, K. M.; KHALIL, M. Breastfeeding and weaning practices in Saudi Arabia. **J Trop Pediatr**, v. 40, n. 5, p. 267-71, Oct 1994.
- ALBERNAZ, E. et al. Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 6, p. 560-564, 2008.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. **Lactancia Materna: guía para profesionales**. MONOGRAFÍAS DE LA A.E.P.Nº 5: Ergón 2004.
- BANDEIRA DE SA, N. N. et al. Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil, 2011. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 3, p. 509-524, Jul-Sep 2016.
- BARTICK, M.; REINHOLD, A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. **Pediatrics**, v. 125, n. 5, p. e1048-56, May 2010.
- BLEWETT, Heather J. Hosea et al. The immunological components of human milk. **Advances in food and nutrition research**, v. 54, p. 45-80, 2008.

BICK, D. E.; MACARTHUR, C.; LANCASHIRE, R. J. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? **Midwifery**, v. 14, n. 4, p. 242-7, Dec 1998.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, n. 2, p. 131-6, Mar-Apr 2013.

BOURGOIN, G. L. et al. Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. **Can J Public Health**, v. 88, n. 4, p. 238-41, Jul-Aug 1997.

BRAND, E.; KOTHARI, C.; STARK, M. A. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. **J Perinat Educ**, v. 20, n. 1, p. 36-44, Winter 2011.

BRÁS, C. P. C.; FERREIRA, M. M. C.; DUARTE, J. C. **Intenção da grávida para amamentar**. 2011. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. . ESTRATÉGICAS., D. D. A. P. E. Brasília: Ministério da Saúde 2009.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde**. PLANEJAMENTO, C. B. D. A. E. Brasília: Ministério da Saúde 2009a.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23) 2015.

BRION, M. J. et al. What are the causal effects of breastfeeding on IQ, obesity and blood pressure? Evidence from comparing high-income with middle-income cohorts. **Int J Epidemiol**, v. 40, n. 3, p. 670-80, Jun 2011.

BROWN, C. R. et al. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. **Can J Public Health**, v. 105, n. 3, p. e179-85, May 09 2014.

CHEN, A.; ROGAN, W. J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. **Pediatrics**, v. 113, n. 5, p. e435-e439, 2004.

COLIN, W. B.; SCOTT, J. A. Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. **Breastfeed Rev**, v. 10, n. 2, p. 13-9, Jul 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**

DI MANNO, L.; MACDONALD, J. A.; KNIGHT, T. The intergenerational continuity of breastfeeding intention, initiation, and duration: a systematic review. **Birth**, v. 42, n. 1, p. 5-15, 2015.

DIAZ-GOMEZ, M. et al. [Motivations and Perceived Barriers to Initiate or Sustain Breastfeeding among Spanish Women]. **Rev Esp Salud Publica**, v. 90, p. e1-e18, Sep 15 2016.

EL-GILANY, A. H.; SARRAF, B.; AL-WEHADY, A. Factors associated with timely initiation of breastfeeding in Al-Hassa province, Saudi Arabia. **East Mediterr Health J**, v. 18, n. 3, p. 250-4, Mar 2012.

FADUL, F. D.; XAVIER, L. F. [Factors contributing to early weaning]. **Rev Bras Enferm**, v. 36, n. 2, p. 213-20, Apr-Jun 1983.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Revista de saude publica**, v. 34, n. 3, p. 259-265, 2000.

GIUGLIANI, E. R.; VICTORA, C. G. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: bases científicas. In: (Ed.). **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: bases científicas**: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

GUTHRIE, G. M. et al. Early termination of breastfeeding among Philippine urban poor. **Ecol Food Nutr**, v. 12, n. 4, p. 195-202, 1983.

HAUCK, Y. L. et al. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. **Matern Child Health J**, v. 15, n. 2, p. 260-8, Feb 2011.

HESS, C.; OFEI, A.; MINCHER, A. Breastfeeding and Childhood Obesity Among African Americans: A Systematic Review. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v. 40, n. 5, p. 313-9, Sep-Oct 2015.

HILL, P. et al. Effects of parity and weaning practices on breastfeeding duration. **Public Health Nurs**, v. 14, n. 4, p. 227-34, Aug 1997.

ISMAIL, T. et al. The extended Theory of Planned Behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. **Nutrition research and practice**, v. 10, n. 1, p. 49-55, 2016.

JAKOBSEN, M. S. et al. Reason for termination of breastfeeding and the length of breastfeeding. **Int J Epidemiol**, v. 25, n. 1, p. 115-21, Feb 1996.

- KHANAL, V.; SAUER, K.; ZHAO, Y. Exclusive breastfeeding practices in relation to social and health determinants: a comparison of the 2006 and 2011 Nepal Demographic and Health Surveys. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 958, 2013.
- KIRKLAND, V. L.; FEIN, S. B. Characterizing reasons for breastfeeding cessation throughout the first year postpartum using the construct of thriving. **J Hum Lact**, v. 19, n. 3, p. 278-85, Aug 2003.
- KRAMER, M.; KAKUMAR, R. **Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Syst Rev 2007, issue 4**: John Wiley & Sons DOI.
- KRAMER, M. S. et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, n. 5, p. 578-84, May 2008.
- LABAYEN, I. et al. Exclusive breastfeeding duration and cardiorespiratory fitness in children and adolescents. **The American journal of clinical nutrition**, v. 95, n. 2, p. 498-505, 2012.
- LI, R. et al. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. **Pediatrics**, v. 122 Suppl 2, p. S69-76, Oct 2008.
- MACHADO, Adriana Kramer Fiala et al. . Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 1983-1989, July 2014 .
- MANE, N. B. et al. Early breastfeeding cessation in rural Senegal: causes, modes, and consequences. **Am J Public Health**, v. 96, n. 1, p. 139-44, Jan 2006.
- MARANDI, A.; AFZALI, H. M.; HOSSAINI, A. F. The reasons for early weaning among mothers in Teheran. **Bull World Health Organ**, v. 71, n. 5, p. 561-9, 1993.
- MARTINES, J. C.; ASHWORTH, A.; KIRKWOOD, B. Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. **Bull World Health Organ**, v. 67, n. 2, p. 151-61, 1989.
- MOUTINHO, K.; ROAZZI, A. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 2, p. 279-287, 2010.
- NEGAYAMA, K. et al. Japan-France-US comparison of infant weaning from mother's viewpoint. **J Reprod Infant Psychol**, v. 30, n. 1, p. 77-91, Feb 2012.
- ODOM, E. C. et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. **Pediatrics**, v. 131, n. 3, p. e726-32, Mar 2013.

OLANG, B. et al. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. **Int Breastfeed J**, v. 7, n. 1, p. 7, May 06 2012.

OOSTERHOFF, A.; HUTTER, I.; HAISMA, H. It takes a mother to practise breastfeeding: Women's perceptions of breastfeeding during the period of intention. **Women Birth**, v. 27, n. 4, p. e43-50, Dec 2014.

PALMEIRA, Patricia; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda. Immunology of breast milk. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 62, n. 6, p. 584-593, Sept. 2016.

RODRIGUES, M. H. P. Intenção de amamentar: Factores que a influenciam. 2002.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, Jan 30 2016.

SANKAR, M. J. et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 3-13, 2015.

SCHWARTZ, K. et al. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. **J Fam Pract**, v. 51, n. 5, p. 439-44, May 2002.

SENARATH, U. et al. Determinants of breastfeeding practices: an analysis of the Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006-2007. **Matern Child Nutr**, v. 8, n. 3, p. 315-29, Jul 2012.

SINGH, N. S.; SINGH, N. S. Determinants of duration of breastfeeding amongst women in Manipur. **Bangladesh Journal of Medical Science**, v. 10, n. 4, p. 235, 2011.

STEPHAN, A. M. S.; CAVADA, M. N.; VILELA, C. Z. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 431-438, 2012.

THOMAS-JACKSON, S. C. et al. In-hospital Breastfeeding and Intention to Return to Work Influence Mothers' Breastfeeding Intentions. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 4, p. NP76-NP83, 2016.

THOMAS, J. S. et al. Maternal knowledge, attitudes and self-efficacy in relation to intention to exclusively breastfeed among pregnant women in rural Bangladesh. **Matern Child Health J**, v. 19, n. 1, p. 49-57, Jan 2015.

VASCONCELOS, M. G. L. D.; LIRA, P. I. C. D.; LIMA, M. D. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 6, n. 1, p. 99-105, 2006.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VICTORA, C. G.; BARROS, A. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **The Lancet**, v. 355, n. 9202, p. 451, 2000.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199-e205, 2015.

VIEIRA, T. O. et al. [Maternal intention to breastfeed: a systematic review]. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 12, p. 3845-3858, Dec 2016.

Vitolo, Márcia Regina. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

WANG, W. et al. Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: a prospective longitudinal study. **Midwifery**, v. 30, n. 6, p. 678-87, Jun 2014.

WAYLAND, C. Breastfeeding patterns in Rio Branco, Acre, Brazil: a survey of reasons for weaning. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 6, p. 1757-61, Nov-Dec 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. 1998.

_____. Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs. **Geneva: WHO**, 2003.

_____. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: definitions: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. 2008.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

RELATÓRIO DE TRABALHO DE PESQUISA

O presente relatório tem como propósito descrever a execução das etapas de construção desta pesquisa. Cabe destacar que este estudo faz parte de um projeto maior vinculado ao Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas, composto por pesquisadores desta instituição, mestrandas, doutorandas e outras bolsistas.

Para a elaboração deste trabalho foi utilizado dados do Estudo Multicêntrico de Composição Corporal (*Multi-Centre Body Composition Study*) realizado com recém nascidos do nascimento aos dois anos de idade, cujo objetivo maior consiste em avaliar a composição corporal longitudinalmente utilizando técnicas de isótopos estáveis, mais especialmente avaliando mudanças na massa gorda e massa livre de gordura durante os primeiros dois anos de vida em diversos acompanhamentos.

O estudo multicêntrico foi realizado em Pelotas, representante do Brasil, e em mais 4 países - África do Sul, Paquistão, Quênia e Sri Lanka, sendo iniciado o trabalho de campo em setembro de 2014, com o recrutamento dos recém-nascidos em 4 maternidades da cidade de Pelotas. Entretanto, será exposto nesse relatório apenas etapas que dizem respeito ao estudo em questão. Nova fase de recrutamento de crianças para este estudo ocorreu de maio a julho de 2017. Porém, as informações utilizadas especificamente neste projeto de pesquisa correspondem apenas à amostra recrutada na primeira fase, cujo término dos acompanhamentos ocorreu em abril de 2017.

Após verificados os critérios de inclusão do estudo, conforme anteriormente apresentados no projeto, e o consentimento materno em participar da pesquisa, foram coletados os dados antropométricos do recém-nascido e aplicado um questionário com questões sociodemográficas e relacionadas ao recém nascido.

Durante o período do estudo longitudinal as crianças foram acompanhadas a cada 3 meses no primeiro ano após o nascimento e a cada 6 meses durante o segundo ano para coleta dos dados antropométricos e aplicação de questionários sobre a saúde e alimentação do bebê, incluindo o aleitamento materno.

Logo após o ingresso no Mestrado Acadêmico da Faculdade de Nutrição em 2016, foi decidido junto com a minha orientadora o tema de pesquisa, assim imediatamente fui inserida ao grupo de pesquisa do estudo Multicêntrico no Centro de Pesquisa Amílcar Gigante da UFPel para apoio técnico e realização de atividades inerentes apenas a esta pesquisa.

Os dados referentes à situação sociodemográfica materna, perinatais e relacionados a saúde, alimentação do bebê foram obtidos através dos instrumentos aplicados pelas entrevistadoras envolvidas no Estudo Multicêntrico. Já as questões relacionadas à duração da amamentação e desmame foram verificadas pelas entrevistadoras e também por mim, através de contato telefônico ou presencialmente durante as visitas dos acompanhamentos. O questionário referente aos motivos para o desmame foi aplicado apenas para as mães que desmamaram antes do primeiro ano de vida do bebê.

Com relação às perdas ocorridas, das 168 duplas de mães e bebês incluídos no estudo, 38 foram perdidas. Para as 67 mães e bebês que desmamaram antes dos 12 meses de vida da criança, obteve-se os motivos para a interrupção do aleitamento materno.

Todos os questionários da primeira fase do Estudo Multicêntrico foram armazenados separadamente em pastas por mês de acompanhamento no Centro de Pesquisas Epidemiologias da UFPel sendo estes duplamente digitados durante o decorrer da pesquisa no *software* EpiData versão 3.1.. Após todas as informações referentes a presente pesquisa estarem devidamente coletadas e digitadas, os dados foram analisados estatisticamente no programa Stata 12.0

Quanto às modificações do projeto, durante as análises dos dados foram realizadas algumas alterações, como o acréscimo de mais duas variáveis independentes para serem investigadas que foram: estado nutricional do bebê aos 3 meses de idade, de acordo com os índices peso/idade (baixo peso ou peso adequado), estatura/idade (baixa estatura ou estatura adequada) e peso/estatura (magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso ou sobrepeso); hospitalizações até os 3 meses de idade (sim ou não). Também foi modificada a forma de apresentação da duração da amamentação da amostra, que conforme planejamento no projeto de pesquisa seria na forma de um

histograma e na versão final do artigo consta a apresentação na forma de uma tábua de sobrevivência, atendendo a sugestão da principal investigadora do estudo multicêntrico no Brasil. Para finalizar, a proporção dos motivos para o desmame que seria apresentada globalmente para todas as mães e bebês que tiveram a interrupção do aleitamento materno antes dos 12 meses, na versão final está sendo apresentada em dois gráficos, sendo um com a proporção dos motivos para o desmame entre aqueles desmamados antes dos 6 meses e o outro para aqueles cuja interrupção do aleitamento materno ocorreu entre 6 e 12 meses de idade do bebê.

ARTIGO

**Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o
desmame no primeiro ano de vida**

**Maternal intention to breastfeed, duration of breastfeeding and reasons for
weaning in the first year of life**

Intenção de amamentar e motivos de desmame

Intention to breastfeed and reasons for weaning

Sheila Afonso do Amaral¹

Renata Moraes Bielemann^{1,2}

Bianca Del-Ponte²

Neiva Cristina Jorge Valle²

Caroline dos Santos Costa²

Martiele da Silva Oliveira¹

Iná S. Santos²

¹Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

²Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

Autor correspondente: Sheila Afonso do Amaral

E-mail: sheamaral@gmail.com

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS

Rua Gomes Carneiro, 1 -Bloco A 2º andar – CEP: 96010-610

Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar a intenção materna de amamentar, duração do aleitamento materno e os motivos para o desmame no primeiro ano de vida, entre mães e bebês do sul do Brasil. Trata-se de estudo de coorte realizado em Pelotas, RS, com participantes do *Multi-Centre Body Composition Study*. A seleção se deu na maternidade, com o objetivo de identificar crianças com maior probabilidade de atingir o seu máximo potencial de crescimento. Foram investigados a duração da amamentação e os motivos para o desmame antes dos 12 meses entre mães que pretendiam amamentar por este período. Para a análise da duração da amamentação usou-se tábua de vida. Das 1377 mães rastreadas, 74% tinham intenção de amamentar exclusivamente até os 6 meses, enquanto 91% pretendiam prolongar a amamentação até pelo menos os 12 meses. Um total de 168 pares mãe-bebê atenderam os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo. Até pelo menos 6 meses 58% das crianças foram amamentadas. A mediana de aleitamento materno foi de 11 meses. Os principais motivos relatados para o desmame foram leite insuficiente (57%), retorno ao trabalho/escola (45%) e a recusa inexplicada do bebê (40%). Os resultados mostram que, apesar da intenção de amamentar, falta esclarecimento das mães sobre questões relacionadas à amamentação.

Palavras-chave: aleitamento materno; intenção; desmame; estudos de coorte

Abstract

The objective of the study was to evaluate the maternal intention to breastfeed, duration of breastfeeding and reasons for weaning in the first year of life, among mothers and babies from southern Brazil. This is a cohort study conducted in Pelotas, RS, Brazil, with participants from the Multi-Center Body Composition Study. The selection took place in the maternity ward, with the objective of identifying children most likely to reach their maximum growth potential. We investigated the duration of breastfeeding and the reasons for weaning before 12 months among mothers intending to breastfeed during this period. To analyze the duration of breastfeeding, a life table was used. Of the 1377 mothers screened, 74% intended to exclusively breastfeed until 6 months, while 91% intended to prolong breastfeeding until at least 12 months. A total of 168 mother-infant pairs met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Up to at least 6 months, 58% of the children were breastfed. The median breastfeeding was 11 months. The main reasons reported for weaning were insufficient milk (57%), return to work / school (45%) and unexplained refusal of the baby (40%). The results show that, despite the intention to breastfeed, mothers lack clarification about issues related to breastfeeding.

Keywords: breastfeeding; intention; weaning; cohort studies

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o leite materno é o único alimento capaz de promover a nutrição ideal do recém-nascido, bem como seu desenvolvimento e crescimento adequados¹. A amamentação, além de ser considerada a estratégia que, de forma isolada, mais previne a mortalidade infantil, também influencia positivamente a saúde física e mental da dupla mãe-bebê². O aleitamento materno confere inúmeros benefícios para a saúde da criança, protegendo contra a incidência e hospitalizações por doenças infecciosas e reduzindo o risco de obesidade^{3,4}. As mães que amamentam apresentam menor risco de diabetes tipo 2 e câncer de mama e de ovário³. Além disso, a amamentação reduz os custos de assistência à saúde e melhora os níveis de escolaridade e renda alcançados na vida adulta⁵.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e complementado pelo menos até os dois anos de idade⁶. No entanto, os últimos dados representativos para toda a população quanto à prática da amamentação, provenientes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS 2006⁷, revelaram uma mediana de duração do aleitamento materno exclusivo de 2 meses, enquanto a mediana de duração da amamentação foi de 14 meses, ambas aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde⁶.

Em contrapartida, o Brasil se destaca nos avanços em relação à amamentação, considerando-se outras nações como a China, Estados Unidos e Reino Unido. Estudo comparativo que analisou dados do aleitamento materno de 153 países mostrou que as crianças brasileiras eram amamentadas por 2,5 meses em média no ano de 1975, sendo que em 2006 esse número subiu para 14 meses. Entre 1996 e 2006, o aleitamento materno aos 12 meses no Brasil teve um aumento de 15%, ao contrário da China que apresentou uma diminuição de 5% no período de 2003 e 2008³.

Dentre os fatores relacionados ao sucesso da amamentação, encontra-se a intenção materna de amamentar, a qual está associada a aspectos sociais, culturais e econômicos⁸. Tal preditor foi constatado em um estudo realizado na cidade de Pelotas que observou que a mãe sem intenção de amamentar o filho durante a gestação teve um risco cerca de duas vezes maior de desmamar precocemente, definido como o desmame nos primeiros três meses de vida, do que aquelas com intenção de amamentar⁹.

A literatura não é consistente quanto aos motivos para o desmame apontados pelas mães, variando conforme a idade do lactente. Nos primeiros meses de vida, por exemplo, são descritos os problemas específicos da lactação, como a produção insuficiente de leite e problemas na mama¹⁰. Já no quarto ou quinto mês de vida, o retorno ao trabalho é apontado como um dos principais motivos para o desmame¹¹.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo conhecer a prevalência de intenção materna de amamentar, bem como descrever a duração do aleitamento materno e os motivos para o desmame durante o primeiro ano de vida do bebê, entre mães do sul do Brasil que, por ocasião do parto, relataram intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e continuar amamentando até pelo menos os 12 meses de vida da criança.

Métodos

O presente trabalho apresenta delineamento longitudinal, do tipo observacional, o qual utilizou dados de participantes brasileiros integrantes da primeira fase do *Multi-Centre Body Composition Study* (MBCS), realizado no Brasil (na cidade de Pelotas), com o objetivo de descrever a composição corporal de crianças com até dois anos de idade, utilizando técnicas de isótopos estáveis (óxido de deutério). O MBCS ocorreu concomitantemente em outros quatro países (África do Sul, Paquistão, Quênia e Sri Lanka). As crianças foram recrutadas ao nascer e, posteriormente,

acompanhadas aos 3, 6, 9, 12, 18 e 24 meses, quando foram coletadas informações maternas, paternas e sobre a saúde e nutrição da criança.

Conforme cálculo de tamanho de amostra, para um poder de 90% em detectar uma diferença de menos de um desvio padrão na composição corporal entre os meninos e meninas até dois anos de idade, o estudo necessitava recrutar no mínimo 150 crianças em cada país, acrescidos de 10% para possíveis perdas e recusas. A coleta de dados dos prontuários, as entrevistas e medidas antropométricas foram tomadas por nutricionistas devidamente treinadas. Em Pelotas, o recrutamento dos recém-nascidos ocorreu entre setembro de 2014 e fevereiro de 2015, nas quatro maternidades existentes na cidade. Os acompanhamentos ocorreram no Centro de Pesquisas em Saúde Amílcar Gigante, da Universidade Federal de Pelotas ou, quando solicitado pela mãe, na residência dos participantes.

Para fazer parte do estudo, as mães e recém-nascidos necessitavam atender aos seguintes critérios: família residir na cidade de Pelotas; mãe com idade igual ou superior a 18 anos; parto único; nascimento a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas e < 42 semanas); ausência de patologia perinatal importante; renda familiar de pelo menos três salários mínimos; mãe não fumante ou fumante em menos de três dias por semana na gestação e após o parto; e ter intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e de prolongar a amamentação até pelo menos os 12 meses de idade. Após a verificação da elegibilidade, as mães eram convidadas a participar do acompanhamento.

Após admissão no estudo, foram obtidas informações sobre paridade, situação conjugal, escolaridade e ocupação maternas, além da tomada das medidas de peso, comprimento e perímetro cefálico do recém-nascido. As medidas antropométricas foram tomadas, em no máximo 24 horas após o nascimento da criança e, em todos os acompanhamentos, por duas avaliadoras independentes treinadas e padronizadas. As

duas avaliadoras tomavam as primeiras medidas separadamente e, caso houvesse uma diferença entre as medições de 50 g ou mais no peso ou 7 mm ou mais no comprimento, uma nova rodada de aferição das medidas era iniciada, até o máximo de três. Para fins de análise, no caso de haver mais de uma rodada de medidas, utilizou-se o par de medidas com menor diferença na aferição entre ambas as avaliadoras.

A duração do aleitamento materno foi obtida nas entrevistas presenciais ou por contato telefônico, no caso das que não compareceram às visitas, através da pergunta “Com que idade o bebê parou de mamar?”. As causas do desmame foram investigadas em um subestudo realizado por telefone ou no domicílio da criança, conforme a disponibilidade da mãe. Para aquelas mães que pararam de amamentar antes dos 12 meses, foi aplicado um questionário, que continha onze perguntas retratando motivos de desmame, com alternativas de resposta dicotômica (sim/não). Este questionário foi elaborado pela equipe do estudo multicêntrico, tendo sido previamente testado na realidade local, por meio de um estudo piloto, realizado no Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com mães de crianças menores de um ano de idade. Os motivos para o desmame questionados foram: falta de tempo, preferência pessoal, nova gravidez, criança com idade suficiente, retorno ao trabalho/escola, suporte social inadequado, recusa do bebê, para fazer a criança comer outros alimentos, leite insuficiente, problemas de saúde e choro do bebê. Além disso, uma pergunta aberta explorava sobre “outros motivos” não contemplados nos anteriores.

As variáveis independentes investigadas foram a escolaridade materna (ensino fundamental/médio/técnico; ou ensino superior); situação conjugal (sem companheiro ou com companheiro); sexo da criança (masculino ou feminino); peso ao nascer (registrado em gramas - posteriormente categorizado em $< 2,500$, $2,500-3,499$ ou \geq

3,500 kg); estado nutricional do bebê aos três meses de idade, de acordo com os índices peso/idade (baixo peso ou peso adequado), estatura/idade (baixa estatura ou estatura adequada) e peso/estatura (magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso ou sobrepeso)¹²; hospitalizações até os três meses de idade após a alta do parto (sim ou não); ocupação materna (dona de casa/estudante, trabalho manual qualificado/trabalho manual não qualificado, gerencial/profissional/técnico, apoio administrativo/vendas ou outras); e paridade (número de filhos - categorizada em primípara ou múltípara).

Os dados foram duplamente digitados no Programa EpiData e analisados no programa estatístico Stata 12.1. A amostra foi descrita em números absolutos e respectivas médias e desvios-padrão ou proporções, conforme as variáveis de interesse. As prevalências de intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e de prolongar a amamentação por pelo menos 12 meses, juntamente com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}), foram calculadas tendo como denominador o total de mães rastreadas. Para a análise da duração da amamentação, foram consideradas somente as mães e bebês que atenderam os critérios de elegibilidade e aceitaram participar do estudo. Foi construída uma tábua de vida, contendo as informações do número de crianças amamentadas, bem como as perdas de informação e cálculos de probabilidade de risco de desmame e de manutenção do aleitamento materno para cada período de acompanhamento do estudo. A mediana e intervalo interquartil (IIQ) da duração do aleitamento materno foram apresentados conforme as variáveis independentes e a significância estatística da associação avaliada com o teste de Wilcoxon, para exposições dicotômicas, e teste de Kruskal Wallis, para exposições politômicas. Foi analisada a frequência de desmame antes dos 12 meses de vida da criança, de acordo com variáveis sociodemográficas maternas (escolaridade, ocupação, situação conjugal e paridade) e variáveis do bebê (sexo, peso ao nascer, estado

nutricional aos 3 meses de idade e hospitalizações até os 3 meses de vida). As associações foram testadas por meio do teste do qui-quadrado de Pearson e, quando necessário, com o teste exato de Fisher. Os motivos para o desmame antes dos 6 meses e entre 6 e 12 meses foram apresentados em proporções. O nível de significância assumido nas análises foi de 5%.

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (parecer 1.199.651) e antes da coleta de informações as mães que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução N° 466 de 2012¹³.

Resultados

Das 1377 duplas mãe-bebê que foram rastreadas nas quatro maternidades da cidade de Pelotas, 235 eram elegíveis para o estudo multicêntrico e, destas, 168 (71%) aceitaram participar do estudo. Em relação às características dos pares mãe-bebê participantes do estudo (N= 168), conforme os dados apresentados na Tabela 1, cerca da metade das mães tinha curso superior (46,5%) e quase a totalidade (95,8%) viviam com companheiro, além da maioria (60,7%) ser primípara. No que diz respeito aos recém-nascidos, menos de 5% apresentaram baixo peso ao nascer (BPN - menos de 2,500 kg), a grande maioria apresentou peso adequado para idade, enquanto 4,2% e 5,2% apresentaram, respectivamente, baixa estatura e baixo peso para estatura aos três meses de idade. Apenas 8% foram hospitalizados até os três meses.

A Figura 1 mostra, entre as 1377 mães rastreadas, a prevalência de intenção de amamentar (IMA), segundo o tipo de aleitamento (exclusivo até os seis meses e complementado até pelo menos os 12 meses) e seus respectivos intervalos de confiança. Por ocasião do parto, a IMA exclusivamente até o sexto mês foi de 74,3% (IC_{95%}: 72,1; 76,5) e a IMA por pelo menos 12 meses foi de 91,1% (IC_{95%}: 89,5; 92,7). Entre as 130

crianças com informação de duração do aleitamento materno até os 12 meses (77% da amostra inicial) foi encontrada mediana de duração da amamentação de 11 meses (IIQ: 5,8 - 23 meses), cabendo salientar que os acompanhamentos do estudo finalizaram aos 24 meses.

A Tabela 2 mostra a duração do aleitamento materno a cada acompanhamento durante os dois anos do estudo. Para 32 crianças que ainda estavam sendo amamentadas no último acompanhamento, ocorrido aos 24 meses de vida, não foi possível observar a idade exata do desmame, sendo esta, porém, superior aos 24 meses. A probabilidade de interrupção da amamentação antes do terceiro mês foi de 9% enquanto que, entre o terceiro e o sexto mês, foi de 16%. Três em cada quatro crianças foram amamentadas até 5,9 meses de idade, enquanto a metade foi desmamada após os 8 meses.

A Tabela 3 apresenta a mediana e o intervalo interquartil da duração da amamentação, conforme características maternas e das crianças ao nascer e aos 3 meses de idade. A mediana de duração do aleitamento materno foi menor entre as mães menos escolarizadas, que exerciam trabalho manual e primíparas. Crianças nascidas com baixo peso, com peso e estatura adequados para a idade, sem risco de sobrepeso e que não hospitalizaram foram amamentadas por menos tempo. As diferenças entre essas e seus pares não foram estatisticamente significativas.

Ainda na Tabela 3, são apresentadas as frequências relativas de desmame antes dos 12 meses. Houve diferença apenas em relação à escolaridade materna, sendo o desmame antes dos 12 meses mais frequente entre as mães com ensino fundamental/médio/técnico (61,4%), em comparação às mães com ensino superior (40,0%) ($p=0,015$).

Sobre os motivos para o desmame, as 62 mães (52%) cujos bebês foram desmamados antes dos 12 meses de idade citaram o leite insuficiente (57%), retorno ao

trabalho/escola (45%) e a recusa inexplicada do bebê (40%) como as principais dificuldades encontradas para prolongar o aleitamento pelo período pretendido logo após o parto. É possível visualizar, na Figura 3, que a frequência dos motivos mais importantes para o desmame variaram nos primeiros 6 meses e entre 6 e 12 meses de vida. Os motivos mais frequentes para o desmame antes dos 6 meses foram: leite insuficiente (69%), recusa inexplicada do bebê (38%) e retorno ao trabalho/escola (24%); enquanto que, entre 6 e 12 meses, foram: retorno ao trabalho/escola (64%), leite insuficiente (46%) e recusa inexplicada da criança (42%).

Discussão

O presente estudo descreveu a proporção de mães que por ocasião do parto, tinham intenção de amamentar, a proporção de crianças exclusivamente amamentadas aos 6 meses, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame, entre mães e bebês da cidade de Pelotas participantes do *Multi-Centre Body Composition Study*. Chama a atenção a elevada prevalência de mães na cidade de Pelotas com intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses (74%) e de estender a amamentação por pelo menos 12 meses (91%). Entretanto, os resultados deste estudo mostraram que, mesmo considerando tal intenção e que, para elegibilidade no estudo, as mães e bebês deveriam pertencer a famílias de bom nível econômico (mínimo de três salários mínimos de renda familiar mensal), metade dos recém-nascidos do estudo foram desmamados antes de um ano de vida. Ainda, além da mediana de aleitamento materno (11 meses) não refletir a intenção materna relatada no pós-parto imediato, ressalta-se que o leite insuficiente, retorno ao trabalho/ escola e recusa inexplicada da criança foram os motivos mais frequentemente alegados para o desmame precoce.

Quanto à intenção materna para amamentar, os achados do presente estudo foram mais satisfatórios do que o encontrado em estudo na Malásia, onde a

prevalência de intenção materna de amamentar exclusivamente até seis meses foi de apenas 43%¹⁴. A mesma pesquisa também constatou que, quando questionadas durante a gestação, 50% das mães tinham intenção de amamentar exclusivamente por no mínimo quatro meses, diminuindo a mediana da intenção de amamentar exclusivamente para apenas um mês, quando as mães foram entrevistadas após o parto. Cabe salientar a diferença entre as leis trabalhistas dos países, uma vez que são garantidas por lei apenas 8,5 semanas de licença-maternidade na Malásia¹⁵, sendo a intenção de amamentar atrelada à atividade laboral materna.

Ainda sobre a intenção materna de amamentar, nos Estados Unidos, um estudo observou que 28,8% das mães não conseguiram cumprir sua intenção de amamentar por pelo menos 3 meses e que a probabilidade de não atingir a duração da amamentação pretendida durante a gestação foi maior entre as mães que retornaram ao trabalho em tempo integral antes de 3 meses¹⁶. Tal resultado corrobora com outros estudos do mesmo país que mencionaram o trabalho materno como motivo para interrupção da amamentação, uma vez que a licença-maternidade naquele país consiste em apenas 12 semanas, não cumprindo a recomendação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) de licença-maternidade remunerada de pelo menos 14 semanas¹⁵. Já em um estudo realizado em 2010, com puérperas de Pelotas, foi observado que as mães pretendiam amamentar exclusivamente por tempo médio de 5,5 meses, sendo que a intenção de amamentar por mais tempo esteve associada a maior escolaridade, menor idade materna, não trabalhar fora do lar e ter recebido informações sobre amamentação durante as consultas de pré-natal¹⁷.

Considerando que o nascimento a termo era um dos critérios para admissão no estudo, a proporção de crianças com BPN na amostra foi de menos de 5%. Isto contribuiu positivamente com duração da amamentação, visto que, conforme a

literatura, o BPN é um dos preditores para o desmame precoce, possivelmente pelo baixo poder de sucção apresentado por estes recém-nascidos, o que influencia na produção de leite materno, e também pela longa permanência em unidades de terapia intensiva neonatais, dificultando as práticas de aleitamento materno¹⁸. Considerando que a prevalência de BPN na amostra estudada equivale a menos da metade observada entre recém-nascidos da população geral da cidade de Pelotas (10%)¹⁹, é preocupante que, mesmo com cenário mais favorável, metade das crianças tiveram a interrupção do aleitamento materno antes de completarem 12 meses de vida.

Ainda sobre características da amostra que influenciariam positivamente os resultados, quase 50% das mães apresentava ensino superior completo e, dentre essas, 40% dos bebês foram desmamados antes dos 12 meses, comparados a mais de 60% dos bebês filhos de mães sem ensino superior. Este achado corrobora com Hauck e colaboradores, que encontraram associação entre o menor nível de escolaridade materna e a interrupção precoce do aleitamento materno entre mães australianas²⁰.

A ausência de associação entre duração do aleitamento materno e ocupação materna pode ter sido afetada pelo tamanho da amostra. Porém, entre as mães que realizavam trabalhos manuais, 90% foram desmamados antes dos 12 meses, sendo que a categoria que apresentou menor frequência de desmame foi a gerencial, profissional e técnico ($p=0,068$). Tal achado é consistente com um estudo australiano que verificou que as mães ocupantes de cargos gerenciais ou profissionais ou autônomas têm maior probabilidade de amamentar por mais tempo²¹. O “trabalho materno” é uma variável bastante utilizada nos estudos, mas poucos associam o tipo de ocupação com a duração da amamentação. As pesquisas existentes avaliam o trabalho fora do lar de maneira dicotômica (sim ou não)²², quanto ao tipo de vínculo empregatício (formal ou informal)²³ ou se é em turno parcial ou integral²⁴. Por exemplo, estudo realizado

recentemente em Gana²⁵ identificou diferença na duração da amamentação exclusiva entre mães dos setores formal e informal de emprego, justificada pela maior ou menor flexibilidade do trabalho materno.

A hospitalização do bebê até os 3 meses de vida não se associou com desmame antes dos 12 meses, diferente do encontrado em um estudo realizado em Salvador, onde a amamentação exclusiva foi interrompida em 35,4% dos casos de internações hospitalares²⁶. Entretanto, ainda há escassez de estudos que tenham avaliado a associação entre internação hospitalar do lactente e prática do aleitamento materno.

Cerca de um quarto dos bebês teve a amamentação interrompida posteriormente aos 24 meses de vida. No entanto, a mediana de amamentação observada foi inferior a encontrada na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal², que observou uma mediana de duração da amamentação de 12,9 meses, e na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS 2006⁷, que foi de 14 meses.

No que diz respeito aos motivos para as mães desmamarem seus filhos, os resultados observados na presente pesquisa não diferiram dos achados em estudos internacionais, em que o leite insuficiente e o retorno ao trabalho/ escola foram as principais dificuldades maternas para prosseguir com o aleitamento pelo tempo anteriormente pretendido^{27, 28}. Um estudo local prévio havia encontrado a diminuição da produção do leite e a recusa da criança para mamar como motivos relatados para o desmame²⁹.

O aumento da participação da mulher no mercado de trabalho³⁰ e o curto período de licença-maternidade, que ainda é assegurado por muitos países¹⁵, faz com que o retorno ao trabalho esteja entre os principais motivos para o desmame entre o 6º e 12º meses de vida da criança, período que coincide com o término da licença-

maternidade em todos os setores. Entretanto, cabe ressaltar que o Brasil é um dos países que garante uma licença-maternidade com duração superior à recomendada pela OIT, sendo que, no ano de 2008, houve ampliação deste direito para 180 dias, em caráter opcional, através da Lei 11.770³¹. Na direção disso, estudo constatou que a licença-maternidade favoreceu o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo nas capitais brasileiras, reforçando a necessidade de ampliação deste benefício para até os seis meses de idade do bebê em todos os setores³².

A produção insuficiente de leite também foi mencionada pelas mães como um motivo para a interrupção precoce da amamentação, principalmente nos primeiros 6 meses de vida do bebê. No entanto, a literatura considera este um fenômeno bastante raro entre as nutrizes³³, podendo tal alegação estar associada à insegurança materna frente às dificuldades da amamentação, levando-as erroneamente a pensar que o seu leite é fraco ou insuficiente para saciar o bebê³⁴. Ainda, Olang e colaboradores associaram a produção insuficiente de leite a fatores psicológicos maternos, que influenciam na quantidade de leite produzido pela mãe, e também a fatores relacionados a criança, como a recusa inexplicada ao peito, que, conseqüentemente, pode reduzir o volume de leite materno produzido³⁵.

Não se pode negar que o incentivo à amamentação no Brasil é crescente e com o envolvimento de vários setores da sociedade. Diversas intervenções políticas visando a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno estão sendo implementadas, como o incentivo ao aleitamento materno na atenção básica, por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil^{36,37}, e na atenção hospitalar, com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança³⁸. Ainda, com relação à proteção legal ao aleitamento materno, o país possui a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL³⁹. Além da extensão opcional da licença maternidade, o Brasil também tem

ações de defesa da amamentação nos locais de trabalho, por meio de Salas de Apoio à Amamentação nas empresas, visando a proteção da amamentação após a licença-maternidade⁴⁰.

No que se refere às limitações do estudo, deve-se mencionar um possível erro de recordatório quanto aos motivos para o desmame mencionados pelas mães, já que os mesmos foram questionados quando a criança já estava com mais de um ano de idade. Sabe-se também que os resultados desse estudo não são generalizáveis a toda a população, devido aos critérios de inclusão, restritivos para incluírem apenas crianças com maior probabilidade de atingirem o seu potencial de crescimento, devido a suas características socioeconômicas e ambientais, uma exigência do estudo maior no qual este estava aninhado. Entretanto, o estudo mostrou que, mesmo entre mães e bebês com cenário econômico, comportamental e de saúde mais favorável, em comparação à população em geral, ainda existe o desafio de diminuir as barreiras que levam as crianças a serem desmamadas precocemente.

Em contrapartida às fragilidades, alguns aspectos fortalecem os resultados aqui apresentados, como por exemplo, o rigor na coleta de dados; o uso de um instrumento padrão, especificamente planejado para o estudo, e que está sendo aplicado em outros países, sob a chancela de *experts* em nutrição infantil; a execução de estudo piloto, para verificar se o instrumento sobre motivos para o desmame desenvolvido internacionalmente seria aplicável à realidade local; e a supervisão constante por parte dos pesquisadores envolvidos no trabalho de campo.

A partir do exposto, pode-se concluir que, apesar das comprovações científicas de todos os benefícios e da importância do aleitamento materno, tanto para a saúde da criança quanto para a própria mãe, e de todas as iniciativas públicas existentes no Brasil para a promoção e proteção desta prática, a duração do aleitamento materno na amostra

estudada ainda foi aquém do recomendado pelo Ministério da Saúde. Os motivos apontados para o desmame precoce refletem a existência ainda de mitos e inseguranças na prática da amamentação e a necessidade de ampliação de políticas públicas que apoiem o aleitamento materno entre as mães trabalhadoras.

Agradecimentos

Os autores agradecem a International Atomic Energy Agency (IAEA) pelo suporte financeiro destinado ao estudo.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. I Encontro Nacional sobre Segurança Alimentar e Nutricional na Primeira Infância, São Paulo, SP Brasil. 2005.
2. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: DAPES/MS; 2009.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016; 387(10017):475-490.
4. Hess C, Ofei A, Mincher A. Breastfeeding and childhood obesity among African Americans: a systematic review. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2015; 40(5):313-319.
5. Victora CG, Horta BL, De Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health*. 2015; 3(4):e199-e205.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: MS, 2015.
7. Brasil. Ministério Saúde (MS). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: MS; 2009.
8. Brás CPC, Ferreira MMC, Duarte JC. Intenção da grávida para amamentar [dissertação], Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2011.
9. KAUFMANN, Cristina Corrêa et al. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, n. 2, p. 157-165, 2012.
10. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*. 2005; 116(6):1408-1412.
11. Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20:1293-1305.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN. Brasília: MS; 2011.
13. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, 2013.
14. Ismail T, Alina T, Wan Muda WAM, Bakar MI. The extended Theory of Planned Behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutrition research and practice*. 2016; 10(1):49-55.
15. Addati L, Cassirer N, Gilchrist K. Maternity and paternity at work: Law and practice across the world: International Labour Office; 2014.

16. Mirkovic KR, Perrine CG, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM. Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with US mothers' ability to meet breastfeeding intentions. *Journal of Human Lactation*. 2014; 30(4):416-419.
17. Machado AKF, Elert VW, Pretto ADB, Pastore CA. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. *Ciencia & saude coletiva*. 2014; 19:1983-1989.
18. Salustiano LPdQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RdMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2012; 34(1):28-33.
19. Hallal PC, Bertoldi AD, Domingues MR, Silveira MFD, Demarco FF, da Silva ICM, Barros FC, Victora CG, Bassani DG. Cohort Profile: The 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *International journal of epidemiology* 2017 .
20. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal and child health journal*. 2011; 15(2):260-268.
21. Xiang N, Zadoroznyj M, Tomaszewski W, Martin B. Timing of return to work and breastfeeding in Australia. *Pediatrics*. 2016:e20153883.
22. Boccolini CS. Aleitamento materno: determinantes sociais e repercussões na saúde infantil [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. 12012.
23. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(2):283-90.
24. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C, Group MCSC. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millennium Cohort Study. *Public health nutrition*. 2007; 10(9):891-896.
25. Nkrumah J. Maternal work and exclusive breastfeeding practice: a community based cross-sectional study in Efutu Municipal, Ghana. *International breastfeeding journal*. 2016;12(1):10.
26. Souza ELS, Silva LR, Sá ACS, Bastos CM, Diniz AB, Mendes CMC. Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(5):1062-1070.
27. Wang W, Lau Y, Chow A, Chan KS. Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: a prospective longitudinal study. *Midwifery*. 2014; 30(6):678-687.
28. Diaz-Gomez M, Ruzafa-Martinez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivations and Perceived Barriers to Initiate or Sustain Breastfeeding among Spanish Women. *Revista espanola de salud publica*. 2016; 90:e1-e18.
29. STEPHAN, Ana Maria Siga; CAVADA, Marina Neves; VILELA, Cínara Zacca. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 3, p. 431-438, 2012.
30. Neto AN, Corpa C, Mibach S, Barros F. A inserção da mulher no mercado de trabalho. *JICEX*. 2017; 7(7).
31. BRASIL. Lei nº 11.770. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.09 de janeiro de 2008. *Diário Oficial da União* 2008, 10 set.

32. Monteiro FR, Buccini GdS, Venâncio SI, Costa TH. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *Jornal de pediatria*. 2017; 93(5):475-481.
33. Algarves TR, de Sousa Julião AM, Costa HM. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce/breastfeeding: myths and beliefs influence in early weaning. *Saúde em Foco*. 2015; 2(1):151-167.
34. Moreira ASH, Murara AZ. Aleitamento materno, desmame precoce e hipogalactia: O papel do nutricionista. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná*. 2012; 2(2):51-61.
35. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *International breastfeeding journal*. 2012; 7(1):7.
36. BRASIL. Portaria nº1.920,de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. : Ministério da Saúde.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: relatório de pesquisa. Brasília: MS/DAPE; 2013.
38. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: MS; 2008.
39. Brasil. Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006. Regula a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da União* 2006; 04 jan.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora. Brasília: MS; 2015.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mães e dos bebês participantes do *Multi-Centre Body Composition Study*. Pelotas, RS, 2017.

Variáveis	N	%
Características perinatais (N=168)		
Escolaridade materna		
Fundamental/Médio/Técnico	90	53,5
Superior	78	46,5
Ocupação materna		
Dona de casa/Estudante	36	21,4
Trabalho manual qualificado/Trabalho manual não qualificado	13	7,8
Gerencial/profissional/técnico	65	38,7
Apoio administrativo/vendas ou outras	54	32,1
Situação conjugal		
Sem companheiro	7	4,2
Com companheiro	161	95,8
Paridade		
Primípara	102	60,7
Múltipara	66	39,3
Sexo do bebê		
Feminino	84	50
Masculino	84	50
Peso ao nascer (Kg)		
< 2,500	8	4,8
2,500 - 3,499	128	76,6
≥ 3,500	31	18,6
Características aos 3 meses (N=140)		
Peso para idade		
Baixo peso	2	2,1
Peso adequado	94	97,9
Estatura para idade		
Baixa estatura	4	4,2

Estatura adequada	92	95,8
Peso para estatura		
Magreza acentuada	2	2,1
Magreza	3	3,1
Eutrofia	66	68,8
Risco de sobrepeso	22	22,9
Sobrepeso	3	3,1
Hospitalizações		
Sim	11	7,9
Não	129	92,1

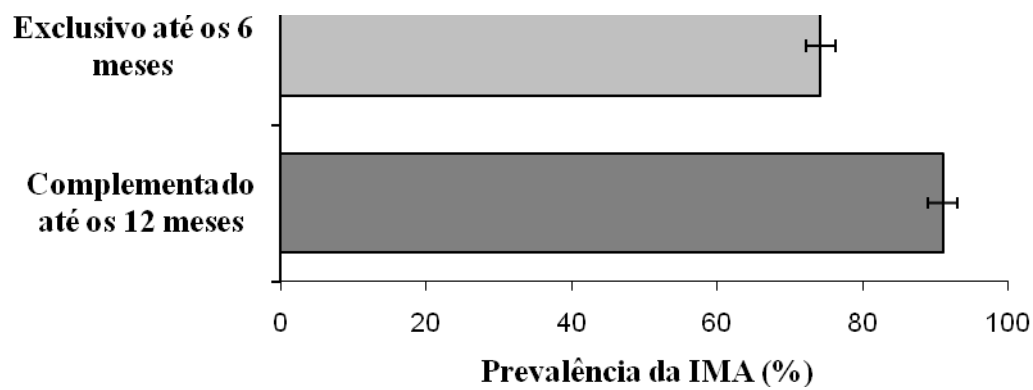


Figura 1. Prevalência da Intenção Materna para Amamentar (IMA), conforme tipo de aleitamento materno entre mães rastreadas pelo *Multi-Centre Body Composition Study*. Pelotas, RS. (N=1377)

Tabela 2. Tábua de vida mostrando a duração da amamentação entre 168 crianças participantes do *Multi-Centre Body Composition Study* desde o nascimento. Pelotas, RS. (N=168)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Meses desde o nascimento	Número de crianças em amamentação no início do período	Interrupção da amamentação durante o período	Número de crianças perdidas durante o período	Número em risco de interrupção da amamentação no período*	Risco de interrupção da amamentação durante o período**	Probabilidade de manter a amamentação durante o período***	Probabilidade de manter a amamentação desde o nascimento#	IC95% da probabilidade de manter a amamentação desde o nascimento
< 3 meses	168	14	38	149	0,094	0,906	0,906	0,882-0,930
3 - 5.9 meses	116	19	0	116	0,164	0,836	0,757	0,718-0,796
6 - 8.9 meses	97	23	0	97	0,237	0,763	0,578	0,528-0,628
9 - 11.9 meses	74	11	0	74	0,149	0,851	0,492	0,434-0,550
12 - 17.9 meses	63	20	0	63	0,318	0,682	0,336	0,277-0,395
18 - 23.9 ^a meses	43	11	0	43	0,256	0,744	0,250	0,184-0,316

* Número de crianças recebendo amamentação no início do período menos a metade do número de crianças censuradas [(2) - (4)/2], assumindo que, em média, essas perdas ocorreram no meio do mês;

** (3)/(5);

*** 1 - (6);

(8 mês anterior) x (7)

^a último acompanhamento foi aos 24 meses

Tabela 3. Mediana e intervalo interquartil (IIQ) da duração da amamentação e proporção de crianças desmamadas até os 12 meses, segundo variáveis maternas e da criança ao nascer e aos 3 meses de idade (N=130)

Variáveis	Duração da amamentação (meses)			Desmame < 12 meses	
	Mediana	IIQ	p	N (%)	p
<i>Características maternas</i>					
Escolaridade			0,114		0,015
Fundamental/Médio/Técnico	8,5	5,0 - 22,0		43 (61,4)	
Ensino superior	13,3	6,0 - 23,5		24 (40,0)	
Ocupação			0,067		0,068
Dona de casa/ Estudante	12,0	5,0 - 19,0		12 (46,2)	
Trabalho manual qualificado					
/Trabalho manual não qualificado	6,0	4,0 - 7,0		9 (90,0)	
Gerencial/profissional/técnico	12,0	7,0 - 20,0		24 (45,3)	
Apoio administrativo/vendas ou outros	10,5	4,0 - 24,0		22 (53,7)	
Situação conjugal			0,286		0,142
Sem companheiro	18,0	12,0 - 24,0		0 (0,0)	
Com companheiro	10,3	5,6 - 22,5		67 (52,3)	
Paridade			0,398		0,650
Primípara	9,5	5,8 - 22,0		43 (53,1)	
Multípara	12,0	6,0 - 24,0		24 (49,0)	
<i>Características da criança ao nascer</i>					
Sexo			0,844		0,599
Feminino	12,0	5,0 - 23,0		32 (49,2)	
Masculino	10,0	6,0 - 22,0		35 (53,9)	
Peso ao nascer (Kg)			0,726		0,714
< 2,500	6,5	5,0 - 15,0		4 (66,7)	
2,500 - 3,499	11,0	6,0 - 24,0		50 (51,6)	
≥ 3,500	12,0	4,5 - 23,0		13 (48,2)	
<i>Características da criança aos três meses de idade</i>					
Peso para idade			0,647		0,511

Baixo peso	15,0	15,0 – 15,0		0 (0)
Peso adequado	12,0	6,0 – 24,0		38 (41,8)
Estatura para idade			0,414	0,267
Baixa estatura	15,0	12,0 – 24,0		0 (0)
Estatura adequada	12,0	6,0 – 24,0		38 (42,2)
Peso para estatura			0,730	0,923
Magreza	12,0	4,5 – 19,0		2 (40,0)
Eutrofia	12,0	6,5 – 24,0		27 (42,2)
Risco de sobrepeso/sobrepeso	13,5	6,8 – 24,0		9 (37,5)
Hospitalizações			0,312	0,561
Sim	11,0	6,0 – 23,0		6 (60,0)
Não	8,0	3,0 – 18,0		59 (50,4)

IIQ – Intervalo interquartil.

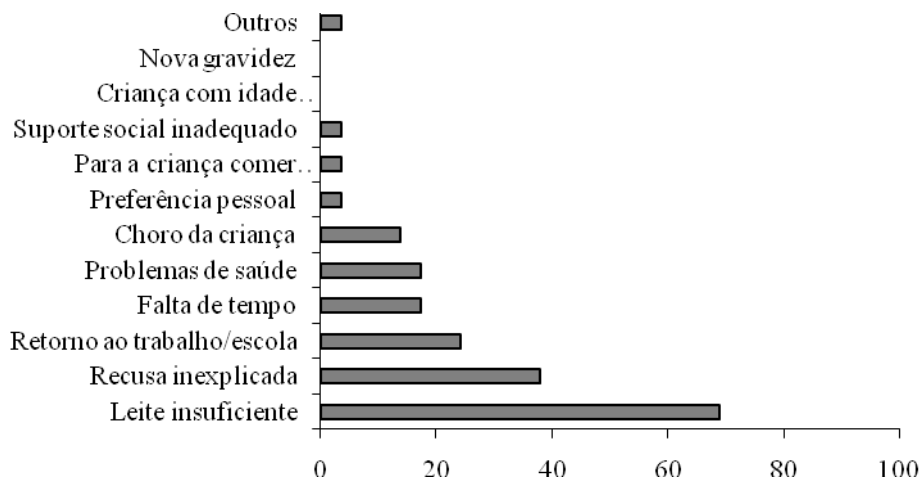
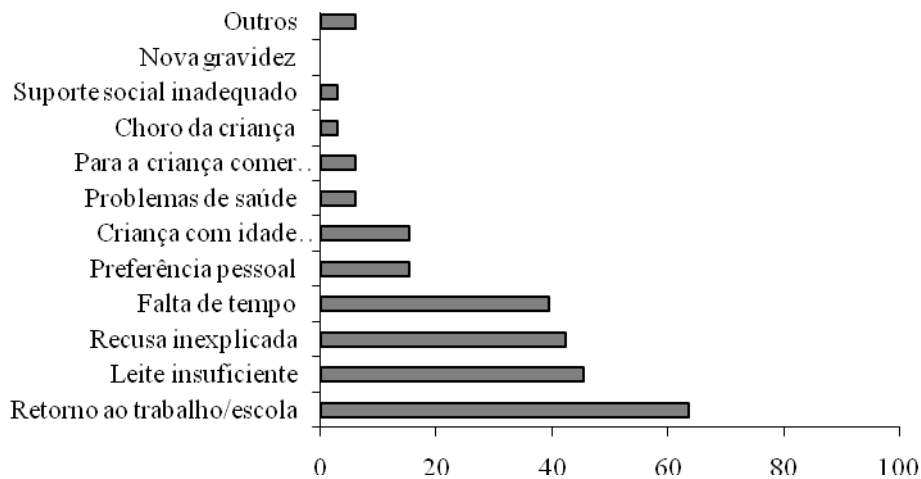


Gráfico A

Percentual (%)



Percentual (%)

Gráfico B

Figura 2. Proporção dos motivos para o desmame antes dos seis meses (A) e entre seis e 12 meses (B) de idade do bebê apontados pelas mães participantes do *Multi-Centre Body Composition Study*. (N=62)

APÊNDICE

Apêndice A – Questionário sobre os motivos para o desmame

	IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)		IFU
Infant Follow-up			
MBCRS PTID Número	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Código do Hospital	<input type="text"/> <input type="text"/>
Registro Criança Hospital	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data da Visita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Seção 3: Práticas alimentares

Leite materno

(A) O bebê mamou no peito alguma vez?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
(B) O bebê continua mamando?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
(C) Com que idade o bebê parou de mamar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Por quais motivos a Sra parou de amamentar o (a) "nome do bebê"?

Falta de tempo	<input type="text"/> <input type="text"/>
Preferência pessoal	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nova Gravidez	<input type="text"/> <input type="text"/>
Criança tem idade suficiente	<input type="text"/> <input type="text"/>
Retorno ao trabalho ou escola	<input type="text"/> <input type="text"/>
Suporte social inadequado	<input type="text"/> <input type="text"/>
Recusa inexplicada da criança	<input type="text"/> <input type="text"/>
Para fazer a criança comer outros alimentos	<input type="text"/> <input type="text"/>
Leite insuficiente para atender a criança	<input type="text"/> <input type="text"/>
Problemas de saúde mãe/criança	<input type="text"/> <input type="text"/>
Criança chorava muito	<input type="text"/> <input type="text"/>
Outro (especifique)	<input type="text"/>

ANEXOS

Anexo A – Questionário de triagem

IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)		SCR
Screening		Pág 1 de 3
MBCRS PTID Número <small>(se recrutado)</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Código do Hospital <input type="text"/> <input type="text"/>
Número Screening	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data Screening <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Seções 1-6 DEVEM ser completadas – Seções subsequentes serão completadas SOMENTE se TCLE preenchido.		
Seção 1: Informações gerais		
<p>1. Idade da mãe em anos completos: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. A mãe tem 18 anos ou mais? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. A mãe mora dentro da área de estudo? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Foi uma gestação única? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. O neonato apresenta alguma morbidade importante? <small>(especifica para cada país)</small> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
Seção 2: Idade gestacional ao nascer		
6. Data do parto:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora do parto: <small>(24-horas)</small> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>7. O comprimento crânio-caudal (CCC) foi medido antes de 14 semanas? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p><i>Se sim, responda A e B, após pule para a Questão 11</i></p> <p><i>Se não, pule para a Questão 8.</i></p> </div> <p>(A) Data da medida de CCC mais antiga: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(B) Baseado neste CCC, qual foi a idade gestacional estimada no ultrassom? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias</p>		
<p>8. Uma medida de perímetro cefálico (PC) foi obtida antes de 24 semanas? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p><i>Se sim, responda C e D, após pule para a Questão 11</i></p> <p><i>Se não, pule para Questão 9.</i></p> </div> <p>(C) Data da medida de PC mais antiga: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(D) Baseado neste PC, qual foi a idade gestacional estimada no ultrassom? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias</p>		
<p>9. A data do primeiro dia da última menstruação (DUM) da mãe é conhecida? <small>(Se não, pule para questão 11)</small> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. Se sim, data do primeiro dia da última menstruação (DUM) da mãe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
<p>11. Baseado na melhor* informação disponível, qual foi a idade gestacional ao nascer? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias</p> <p><small>*1ª preferência = IG por CCC (Q7); 2ª preferência = IG por PC (Q8); 3ª preferência = IG por DUM (Q9).</small></p>		
<p>12. A idade gestacional ao nascer está entre 37 e 41 semanas e seis dias, inclusive? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
Seção 3: Tabagismo		
<p>13. Depois que você descobriu que estava grávida, quantos dias por semana você fumou (em média)? <small>(marque uma caixa apenas)</small></p> <p style="text-align: right;">0-3 dias <input checked="" type="checkbox"/> 4-7 dias <input type="checkbox"/></p>		
<p>14. Agora que o bebê nasceu, quantos dias por semana você pretende fumar? <small>(marque uma caixa apenas)</small></p> <p style="text-align: right;">0-3 dias <input checked="" type="checkbox"/> 4-7 dias <input type="checkbox"/></p>		
Seção 4: Nível socioeconômico		
<p>15. A mãe é elegível conforme critério para nível socioeconômico? <small>(R\$2.172,00 ou mais por mês)</small> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		

	IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS) Screening	SCR Pág 2 de 3
Número Screening	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data Screening <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> DDMMAA </div>
Seção 5: Intenção de amamentar		
16. Você pretende amamentar?	<input type="button" value="sim"/> <input type="button" value="no"/>	
17. Você estaria disposta a TENTAR amamentar exclusivamente durante pelo menos os primeiros 6 meses?	<input type="button" value="sim"/> <input type="button" value="no"/>	
18. Você estaria disposta a TENTAR amamentar por pelo menos 12 meses? (qualquer padrão de amamentação)	<input type="button" value="sim"/> <input type="button" value="no"/>	
Seção 6: Consentimento e elegibilidade geral → TCLE		
19. A mãe forneceu consentimento esclarecido para participação no estudo?	<input type="button" value="sim"/> <input type="button" value="no"/>	
20. Todas as caixas sombreadas () acima estão marcadas com um 'X'?	<input type="button" value="sim"/> <input type="button" value="no"/>	
<p>Se sim, a mãe é elegível para o estudo. → Coloque o Número PTID E complete o restante deste questionário.</p> <p>Se não, a mãe não é elegível para o estudo → Pare aqui.</p>		
Seção 7: Características demográficas e socioeconômicas maternas		
21. Situação conjugal: (marque uma caixa apenas)		
Solteira	<input type="checkbox"/>	Viúva <input type="checkbox"/>
Casada/Com companheiro	<input type="checkbox"/>	Separada/Divorçada <input type="checkbox"/>
22. Número total de anos de escolaridade: <input type="text"/> <input type="text"/>		
23. Maior nível de escolaridade atingido: (marque uma caixa apenas)		
Não estudou	<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental <input type="checkbox"/>
Ensino Médio	<input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>
Nível Técnico/Profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Qual das seguintes opções descreve melhor a ocupação da mãe? (marque uma caixa apenas)		
Dona de casa	<input type="checkbox"/>	Trabalho manual qualificado <input type="checkbox"/>
Gerencial/profissional/técnico	<input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
Estudante	<input type="checkbox"/>	Trabalho manual não qualificado <input type="checkbox"/>
Apoio administrativo, serviços ou vendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Número de nascimentos prévios: <input type="text"/> <input type="text"/>	26. Peso pré-gestacional ou peso no 1º trimestre: (a partir de registros médicos) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg	
Seção 8: Antropometria do recém-nascido		
27. Apresentação fetal no parto (marque uma caixa apenas)		
Cefálica	<input type="checkbox"/>	Nádegas <input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tipo de parto (marque uma caixa apenas)		
Vaginal espontâneo	<input type="checkbox"/>	Vaginal assistido (ex: fórceps, vácuo) <input type="checkbox"/>
Parto pélvico/ Apresentação pélica	<input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>
29. Data da medida: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora da medida: (24 horas) <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Primeira rodada de medidas antropométricas		
30. Peso:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg
31. Comprimento:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> cm
32. Perímetro cefálico:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> cm

IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)		SCR
Screening		Pág 3 de 3
Número Screening	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data Screening
Seção 8: Antropometria do recém-nascido (continuação)		
Segunda rodada de medidas antropométricas Repita as medidas (se solicitado) Repita as medidas (se solicitado)		
33. Peso:	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> kg
34. Comprimento:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> cm
35. Perímetro cefálico:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> cm
Seção 9: Desfechos e cuidados ao recém-nascido		
36. Sexo do recém-nascido	Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
37. Escore Apgar aos 5 minutos:	<input type="text"/> <input type="text"/>	
38. O recém-nascido foi admitido à alguma unidade de tratamento intensivo ou de cuidado especial?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Seção 10: Suplementos Nutricionais		
Durante esta gravidez, a mãe ROTINEIRAMENTE tomou os seguintes?		
39. Multivitaminas / minerais	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	40. Ferro <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
		41. Ácido fólico <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Seção 11: Próximo acompanhamento		
Por favor agora agende a próxima visita (quando a criança estiver com 3 meses de idade).		
42. Data da próxima visita:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nome da Entrevistadora	<input type="text"/>	Assinatura <input type="text"/>
Código entrevistadora	<input type="text"/> <input type="text"/>	Código antropometrista 1 <input type="text"/> <input type="text"/>
		Código antropometrista 2 <input type="text"/> <input type="text"/>

Anexo B – Questionário do acompanhamento de 3 meses

	IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)	IFU					
Infant Follow-up		Pág 1 de 3					
MBCRS PTID Número	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Código do Hospital <input type="text"/> <input type="text"/>					
Registro Criança Hospital	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data da Visita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Este questionário deverá ser preenchido SOMENTE para as crianças na visita dos 3 meses.							
Seção 1: Situação da criança na visita							
1. Situação da criança: Viva <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> 2. Situação da mãe: Viva <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/>							
Seção 2: Período Neonatal							
Antes da alta hospitalar após o parto, a criança foi diagnosticada com alguma das seguintes condições?							
3. Traqueiteja transitória do recém-nascido	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no	5. Hiperbilirrubinemia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no					
4. Sepsis neonatal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no		6. Policetemia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no					
7. Quando você deixou o hospital, como você estava alimentando o seu bebê?							
Amamentação exclusiva <input type="checkbox"/> Amamentação e mamadeira <input type="checkbox"/> Mamadeira somente <input type="checkbox"/>							
Seção 3: Práticas alimentares							
Nos últimos 28 dias, quantas vezes você deu os seguintes líquidos/alimentos ao seu bebê?							
	Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes por dia	>3 vezes por dia	
8. Leite materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda partes A-C
(A) Você extraiu leite materno para dar ao bebê? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no							
(B) O bebê continua mamando? (Se sim, pule para Questão 9) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no							
(C) Com que idade o bebê parou de mamar? <input type="text"/> M <input type="text"/> M meses <input type="text"/> S sem							
9. Mamadeira (leite tipo NAN, Ninho, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda partes D-G
(D) Qual tipo de leite a criança recebeu? (marque todos que se aplicam)							
Leite em pó padrão <input type="checkbox"/> Leite em pó à base de soja <input type="checkbox"/> Outro (especifique) <input type="text"/>							
(E) Com que idade a criança começou a tomar mamadeira? <input type="text"/> M <input type="text"/> M meses <input type="text"/> S sem							
(F) A criança continua tomando mamadeira? (Se sim, pule para Questão 10) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no							
(G) Com que idade a criança parou de tomar mamadeira? <input type="text"/> M <input type="text"/> M meses <input type="text"/> S sem							
10. Leite animal (vaca, cabra...)/Leite de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda partes H-I
(H) Qual tipo de leite a criança recebeu? (marque todos que se aplicam)							
Desnatado <input type="checkbox"/> Semi-desnatado <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Leite de soja <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>							
(I) Com que idade a criança começou a tomar outros tipos de leite? <input type="text"/> M <input type="text"/> M meses <input type="text"/> S sem							

IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)		IFU									
Infant Follow-up		Pág 2 de 3									
MBCRS PTID Número	[][] - [][][][]	Data da Visita									
		[D] [D] [M] [M] [A] [A]									
Seção 3: Práticas alimentares (continuação)											
Nos últimos 28 dias, quantas vezes você deu os seguintes líquidos/alimentos para seu bebê? (marque uma caixa por linha)											
	Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes por dia	>3 vezes por dia					
11. Chás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12. Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13. Suco (frutas ou vegetais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
14. Mel/açúcar adicionado aos líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
15. Frutas ou vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
16. Carne vermelha / Vísceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
17. Carne de aves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
18. Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
19. Ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
20. Outros alimentos sólidos ou semi-sólidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda parte NO				
(N) Qual a idade do bebê quando alimentos sólidos ou semi-sólidos foram introduzidos pela primeira vez?			[M] [M] meses	[W] semanas							
(O) Razão para o desmame: (marque uma caixa apenas)											
Falta de tempo	<input type="checkbox"/>	Retorno ao trabalho ou escola	<input type="checkbox"/>	Leite insuficiente para atender a criança	<input type="checkbox"/>						
Preferência pessoal	<input type="checkbox"/>	Suporte social inadequado	<input type="checkbox"/>	Problemas de saúde mãe/criança	<input type="checkbox"/>						
Nova gravidez	<input type="checkbox"/>	Recusa inexplicada da criança	<input type="checkbox"/>	Criança chorava muito	<input type="checkbox"/>						
Criança tem idade suficiente	<input type="checkbox"/>	Para fazer a criança comer outros alimentos	<input type="checkbox"/>								
Outro (especifique)	<input type="checkbox"/>										
21. Seu bebê está seguindo alguma dieta especial? (marque todos que se aplicam)											
Vegetariana	<input type="checkbox"/>	livre de Glúten	<input type="checkbox"/>	Baixa lactose	<input type="checkbox"/>	Baixa fenilalanina	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>	Nenhuma	<input type="checkbox"/>
Seção 4: Antropometria dos pais											
22. (A) Altura materna	[][][] - [][] cm	(B) Peso	[][][] - [][] kg								
23. (A) Altura paterna	[][][] - [][] cm	(B) Peso	[][][] - [][] kg	(C) Idade	[][]	anos					
Seção 5: Antropometria da criança											
24. Data da medida	[D] [D] [M] [M] [Y] [Y]	Hora da medida (24 horas)	[H] [H] : [M] [M]								
25. A criança foi cooperativa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no										
1ª rodada de medidas antropométricas	Repita as medidas (se solicitado)		Repita as medidas (se solicitado)								
26. Peso:	[][][] - [][][] kg	[][][] - [][][] kg	[][][] - [][][] kg								
27. Comprimento:	[][][] - [][] cm	[][][] - [][] cm	[][][] - [][] cm								
28. Perímetro cefálico:	[][][] - [][] cm	[][][] - [][] cm	[][][] - [][] cm								
29. Perímetro braquial:	[][][] - [][] cm	[][][] - [][] cm	[][][] - [][] cm								
30. Prega tricipital:	[][][] - [][] mm	[][][] - [][] mm	[][][] - [][] mm								
31. Prega subscapular:	[][][] - [][] mm	[][][] - [][] mm	[][][] - [][] mm								

IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)		IFU
Infant Follow-up		Pág 3 de 3
MBCRS PTID Número	[] [] - [] [] []	Data da Visita
D D M M A A		
Seção 5: Antropometria da criança (continuação)		
2ª rodada de medidas antropométricas		
32. Peso:	[] [] . [] [] kg	Repita as medidas (se solicitado)
33. Comprimento:	[] [] . [] cm	[] [] . [] cm
34. Perímetro cefálico:	[] [] . [] cm	[] [] . [] cm
35. Perímetro braquial:	[] [] . [] cm	[] [] . [] cm
36. Prega tricipital:	[] [] . [] mm	[] [] . [] mm
37. Prega subscapular:	[] [] . [] mm	[] [] . [] mm
Seção 6: Internações Hospitalares		
38. Desde a última entrevista, o seu bebê esteve hospitalizado alguma vez? (Se não, pule para Questão 44) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no		
39. Número de internações desde a última visita	[] []	40. Número total de dias no hospital desde a última visita (todas as internações juntas):
		[] []
41. Diagnóstico na 1ª internação		
42. Diagnóstico na 2ª internação		
43. Diagnóstico na 3ª internação		
Seção 7: Morbidades		
Desde a última visita, a criança começou ou continuou tratamento para alguma das seguintes condições as quais requereram consulta(s) com um profissional de saúde?		
44. Pneumonia de repetição / infecção respiratória aguda / bronquite	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no	50. Parasitose gastrointestinal
45. Tuberculose	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no	51. Diarreia de repetição
46. Hepatite	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no	52. Vômito persistente
47. HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no	53. Desidratação
48. Malária	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no	54. Alguma outra condição (especifique)
49. Problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no	[] [] [] [] [] []
Seção 8: Próxima visita		
Por favor agora agende a próxima visita (3 meses a partir de hoje)		
55. Data da próxima visita:	D D M M A A	
Nome da Entrevistadora	[] [] [] [] [] []	Assinatura
Código Entrevistadora	[] [] [] []	Código Antropometrista 1
	[] [] [] []	Código Antropometrista 2
	[] [] [] []	[] [] [] []

Anexo C – Questionário dos acompanhamentos dos 6, 9 e 12 meses

	IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS) Infant Follow-up	IFU Pág 1 de 3					
MBCRS PTID Número	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Código do Hospital <input type="text"/> <input type="text"/>					
Registro Criança Hospital	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data da Visita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Este questionário deverá ser preenchido para as crianças nas visitas dos 6, 9 e 12 meses.							
Seção 1: Situação da criança na visita							
1. Situação da criança: Viva <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> 2. Situação da mãe: Viva <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/>							
Seção 2: Antropometria dos pais							
Colete a antropometria dos pais nesta visita se esta não foi medida em visita anterior, exceto para o peso materno a ser medido em TODAS as visitas.							
3. (A) Altura materna:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> cm	(B) Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> kg ← Colete em todas as visitas se disponível					
4. (A) Altura paterna:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> cm	(B) Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> kg (C) Idade: <input type="text"/> <input type="text"/> anos					
Seção 3: Práticas alimentares							
Nos últimos 28 dias, quantas vezes você deu os seguintes líquidos/alimentos ao seu bebê? (Marque uma caixa por linha)							
	Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes por dia	>3 vezes por dia	
5. Leite materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda partes A-C
(A) Você extraiu leite materno para dar ao bebê? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no							
(B) O bebê continua mamando? (Se sim, pule para Questão 6) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no							
(C) Com que idade o bebê parou de mamar? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> sem							
	Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes por dia	>3 vezes por dia	
6. Mamadeira (leite NAN, Ninho, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda partes D-G
(D) Qual tipo de formula a criança recebeu? (marque todos que se aplicam)							
Leite em pó padrão <input type="checkbox"/> Leite em pó à base de soja <input type="checkbox"/> Outro (especifique) <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>							
(E) Com que idade a criança começou a tomar mamadeira? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> sem							
(F) A criança continua a tomar mamadeira? (Se sim, pule para Questão 7) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> no							
(G) Com que idade a criança parou de tomar mamadeira? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> sem							
	Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes por dia	>3 vezes por dia	
7. Leite animal (vaca, cabra...)/ Leite de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda partes H-I
(H) Qual tipo de leite a criança recebeu? (marque todos que se aplicam)							
Desnatado <input type="checkbox"/> Semi-desnatado <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Leite de soja <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>							
(I) Com que idade a criança começou a tomar outros tipos de leite? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> sem							

IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)		IFU					
Infant Follow-up		Pág 2 de 3					
MBCRS PTID Número	[][] - [][][][]	Data da Visita					
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [D][D][M][M][A][A] [D][D][M][M][A][A] </div>							
Seção 3: Práticas alimentares (continuação)							
Nos últimos 28 dias, quantas vezes você deu os seguintes líquidos/alimentos para seu bebê? (marque uma caixa por linha)							
	Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes por dia	>3 vezes por dia	
8. Chás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Suco (frutas ou vegetais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Mel/açúcar adicionado aos líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Frutas ou vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responda partes NO
13. Carne vermelha / Vísceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Carne de aves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Outros alimentos sólidos ou semi-sólidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(N) Qual a idade do bebê quando alimentos sólidos ou semi-sólidos foram introduzidos pela primeira vez?			[M][M] meses	[S] sem			
(Q) Razão para o desmame: (marque uma caixa apenas)							
Falta de tempo	<input type="checkbox"/>	Retorno ao trabalho ou escola	<input type="checkbox"/>	Leite insuficiente para atender a criança	<input type="checkbox"/>		
Preferência pessoal	<input type="checkbox"/>	Suporte social inadequado	<input type="checkbox"/>	Problemas de saúde mãe/criança	<input type="checkbox"/>		
Nova gravidez	<input type="checkbox"/>	Recusa inexplicada da criança	<input type="checkbox"/>	Criança chorava muito	<input type="checkbox"/>		
Criança tem idade suficiente	<input type="checkbox"/>	Para fazer a criança comer outros alimentos	<input type="checkbox"/>				
Outro (especifique)	<input type="checkbox"/>						
18. Seu bebê está seguindo alguma dieta especial? (marque todos que se aplicam)							
Vegetariana	<input type="checkbox"/>	Livre de Glúten	<input type="checkbox"/>	Baixa lactose	<input type="checkbox"/>	Baixa fenilalanina	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	Nenhuma	<input type="checkbox"/>				
Seção 4: Antropometria da criança							
19. Data da medida	[D][D][M][M][A][A]			Hora da medida (24 horas)	[H][H]:[A][A]		
20. A criança foi cooperativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
1ª rodada de medidas antropométricas		Repite as medidas (se solicitado)			Repite as medidas (se solicitado)		
21. Peso:	[][] - [][][] kg	[][] - [][][] kg	[][] - [][][] kg				
22. Comprimento:	[][] - [][] cm	[][] - [][] cm	[][] - [][] cm				
23. Perímetro cefálico:	[][] - [][] cm	[][] - [][] cm	[][] - [][] cm				
24. Perímetro braquial	[][] - [][] cm	[][] - [][] cm	[][] - [][] cm				
25. Prega tricipital:	[][] - [][] mm	[][] - [][] mm	[][] - [][] mm				
26. Prega subscapular:	[][] - [][] mm	[][] - [][] mm	[][] - [][] mm				

	IAEA / WHO / Oxford Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS) Infant Follow-up	IFU Pág 3 de 3
MBCRS PTID Número	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Data da Visita
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
Seção 4: Antropometria da criança (continuação)		
2ª rodada de medidas antropométricas Repita as medidas (se solicitado) Repita as medidas (se solicitado)		
27. Peso:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
28. Comprimento:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
29. Perímetro cefálico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
30. Perímetro braquial:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
31. prega tricipital:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
32. Prega subscapular:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Seção 5: Internações Hospitalares		
33. Desde a última entrevista, o seu bebê esteve hospitalizado alguma vez? (Se não, pule para Questão 39)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
34. Número de internações desde a última visita	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	35. Número total de dias no hospital desde a última visita (todas as internações juntas):
36. Diagnóstico na 1ª internação	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
37. Diagnóstico na 2ª internação	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
38. Diagnóstico na 3ª internação	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Seção 6: Morbidades		
Desde a última visita, a criança começou ou continuou tratamento para alguma das seguintes condições as quais requereram consulta(s) com um profissional de saúde?		
39. Pneumonia de repetição / infecção respiratória aguda / bronquiolite	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	45. Parasitose gastrointestinal
40. Tuberculose	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	46. Diarreia de repetição
41. Hepatite	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	47. Vômito persistente
42. HIV/AIDS	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	48. Desidratação
43. Malária	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	49. Alguma outra condição (especifique)
44. Problemas cardiovasculares	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Seção 7: Próxima visita		
Se esta não é a visita final, por favor agora agende a próxima visita (3 meses a partir de hoje)		
50. Data da próxima visita	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Nome da Entrevistadora	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Assinatura
Código Entrevistadora	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código Antropometrista 1
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código Antropometrista 2
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

Anexo D – Questionário dos acompanhamentos dos 18 e 24 meses

	Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)							
Infant Follow-up			Pág 1 of 3					
MBCRS PTID Número	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Código do Hospital	<input type="text"/> <input type="text"/>					
Registro Criança Hospital	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data da visita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Este questionário deverá ser preenchido para as crianças na visita dos 18 meses								
Seção 1: Situação da criança e materna na visita								
1. Situação da criança:		Viva <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>	2. Situação da mãe: Viva <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/>				
Seção 2: Antropometria dos pais								
Colete a antropometria dos pais nesta visita (Dados dos pais somente se não foi coletado anteriormente)								
3. (A) Altura materna:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	(B) Peso:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	(C) Mãe está grávida no momento?			
					yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
4. (A) Altura paterna:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	(B) Peso:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	(C) Idade:			
				<input type="text"/> <input type="text"/> anos				
Seção 3: Práticas alimentares								
Over the past 28 days, quantas vezes você deu os seguintes líquidos/alimentos ao seu bebê? (Marque uma caixa por linha)								
		Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes ao dia	>3 vezes ao dia	
5. Leite materno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Responda partes A-C</i>
(A) Você extraiu leite materno para dar ao bebê??								yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
(B) O bebê continua mamando? (Se sim, pule para Questão 6)								yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
(C) Com que idade o bebê parou de mamar?								M <input type="text"/> M <input type="text"/> meses W <input type="text"/> semanas
6. Mamadeira (leite, NAN, Ninho, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Responda partes D-G</i>
(D) Que tipo de fórmula a criança recebeu? (Marque todos que se aplicam)								
Leite em pó padrão <input type="checkbox"/>		Leite em pó a base de soja <input type="checkbox"/>		Outro (especifique) <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		
(E) Com que idade a criança começou a tomar mamadeira?								<input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> semanas
(F) A criança continua recebendo a mamadeira? (Se sim, pule para a questão 7)								<input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> semanas
7. Leite animal (vaca, cabra...)/Leite de soja		Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes Por dia	>3 vezes por dia	<i>Responda partes H-I</i>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(H) Qual tipo de leite a criança recebeu (Marque todos que se aplicam)								
Desnatado <input type="checkbox"/>		Semi-desnatado <input type="checkbox"/>		Integral <input type="checkbox"/>		Leite de soja <input type="checkbox"/>		Outro <input type="checkbox"/>
(I) Com que idade a criança começou a tomar outros tipos de leite?								<input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> semanas

Multi-centre Body Composition Reference Study (MBCRS)
Infant Follow-up

Pág 2 of 3

MBCRS PTID Número -

Seção 3- Práticas alimentares (continuação)

Nos últimos 28 dias, quantas vezes você deu os seguintes líquidos/alimentos para seu bebê?
(marque uma caixa por linha)

	Nunca	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por semana	>3 vezes por semana	1-3 vezes por dia	>3 vezes por dia
8. Chás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Suco (frutas ou vegetais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mel/açúcar adicionados aos líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Frutas ou vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Carne vermelha /Visceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Carne de Aves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bebidas artificiais / refrigerantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Leguminosas (feijão,grão de bico,lentilha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Arroz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Outros grãos (Quinoa, milho de canjica...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Produtos de grãos (pão, biscoitos, bolo SEM recheio/cobertura, NÃO massa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Massa / macarrão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Products lácteos (iogurte e queijo..., NÃO manteiga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cereais / mingau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sopa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Doces (bolo com recheio e/ou cobertura, cookies, doces, chocolate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Manteiga, margarina e óleos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Outro: _____ (Use Q27 para comidas específicas do país)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ISua criança está seguindo alguma dieta especial? (Marque todos que se aplicam) Vegetariana <input type="checkbox"/> Sem glúten <input type="checkbox"/> Baixa lactose <input type="checkbox"/> Baixa fenilalanina <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/>						

Section 4: Anthropometria da criança

30. Data da medida: Hora da medida (24 horas) :

31. A criança foi cooperativa? yes no

	1ª rodada de medidas antropométricas	Repita as medidas (se solicitado)	Repita as medidas (se solicitado)
32. Peso:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
33. Comprimento:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
34. Perímetro cefálico:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
35. Perímetro braquial:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
36. Prega tricipital:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
37. Prega subscapular:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm

MBCRS PTID Número	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Data da visita						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Y</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Y</td> </tr> </table>			D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y			
Seção 4: Antropometria da criança (continuação)								
2ª rodada de medidas antropométricas								
38. Peso:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg						
39. Comprimento:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
40. Perímetro cefálico:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
41. Perímetro braquial:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
42. Prega tricipital:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	mm						
43. Prega subscapular:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	mm						
Repita as medidas (se solicitado)								
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	mm						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	mm						
Repita as medidas (se solicitado)								
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	cm						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	mm						
	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	mm						
Section 5: Internações Hospitalares								
44. Desde a última visita, seu bebê esteve hospitalizado alguma vez? <i>(se não, pule para Questão 49)</i>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no							
45. Número de internações desde a última visita:	<input type="text"/> <input type="text"/>	46. Número total de dias no hospital desde a última visita (todas as internações juntas):						
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>						
47. Diagnóstico na 1ª internação:	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
48. Diagnóstico na 2ª internação:	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
49. Diagnóstico na 3ª internação:	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
Seção 6: Morbidades								
Desde a última visita, a criança começou ou continuou tratamento para algumas das seguintes condições as quais requiseram consulta(s) com um profissional de saúde?								
50. Pneumonia de repetição/ infecção respiratória aguda / bronchiolite	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	56. Parasitose gastrointestinal						
51. Tuberculose	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	57. Diarreia de repetição						
52. Hepatite	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	58. Vômito persistente						
53. HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	59. Desidratação						
54. Malária	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	60. Alguma outra condição (especifique)						
55. Problemas cardíovasculares	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no						
<input style="width: 100%;" type="text"/>								
Seção 7: Próxima visita								
Se esta não for a visita final, por favor agora agende a próxima visita (6 meses a partir de hoje)								
61. Data da próxima visita:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Y</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Y</td> </tr> </table>		D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y			
Nome da Entrevistadora	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Assinatura						
Researcher Code	<input type="text"/> <input type="text"/>	Código Antropometrista 1						
	<input type="text"/> <input type="text"/>	Código Antropometrista 2						
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>						

Anexo E – Instruções aos autores Revista Ciência e Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa*
ISSN 1678-4561 *versão online*

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e

relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *RevPortClin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários

autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/keywords), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma

cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos,

conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *CienSaudeColet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *CienSaudeColet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *CadSaude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em*

saúde. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá

outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.