

Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas

Cristiano Siqueira Boccolini^I, Patricia de Moraes Mello Boccolini^{II}, Fernanda Ramos Monteiro^{III}, Sonia Ioyama Venâncio^{IV}, Elsa Regina Justo Giugliani^V

^I Laboratório de Informações em Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Faculdade de Medicina de Petrópolis. Faculdade Arthur Sá Earp Neto. Petrópolis, RJ, Brasil

^{III} Coordenadora Nacional das Políticas de Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{IV} Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^V Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Atualizar a tendência dos indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas três décadas, incorporando informações mais recentes provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde.

MÉTODOS: Utilizamos dados secundários dos inquéritos nacionais com informações sobre aleitamento materno (1986, 1996, 2006 e 2013) para a construção da série histórica das prevalências dos seguintes indicadores: aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de vida (AME6m), aleitamento materno em menores de dois anos (AM), aleitamento materno continuado com um ano de vida (AM1ano) e aleitamento materno continuado aos dois anos (AM2anos).

RESULTADOS: As prevalências de AME6m, AM e AM1ano tiveram tendência ascendente até 2006 (aumentando de 4,7%, 37,4% e 25,5% em 1986 para 37,1%, 56,3% e 47,2% em 2006, respectivamente). Para esses três indicadores, houve relativa estabilização entre 2006 e 2013 (36,6%, 52,1% e 45,4%, respectivamente). O indicador AM2anos teve comportamento distinto – prevalência relativamente estável, em torno de 25% entre 1986 e 2006, e aumento subsequente, chegando a 31,8% em 2013.

CONCLUSÕES: A série histórica dos indicadores de aleitamento materno no Brasil mostra tendência ascendente até 2006, com estabilização a partir dessa data em três dos quatro indicadores avaliados. Esse resultado, que pode ser considerado um sinal de alerta, impõe avaliação e revisão das políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, fortalecendo as existentes e propondo novas estratégias para que as prevalências dos indicadores de aleitamento materno retomem a tendência ascendente.

DESCRITORES: Aleitamento Materno, tendências. Estudos de Séries Temporais. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Cristiano Siqueira Boccolini
Av. Brasil, 4365 Pavilhão Haity
Mousstaché Manguinhos
21040-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: cristiano.boccolini@icict.
fiocruz.br

Recebido: 19 mai 2016

Aprovado: 26 set 2016

Como citar: Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. Rev Saude Publica. 2017;51:108.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A amamentação traz inúmeros benefícios para as crianças e para as mulheres e constitui a intervenção com o maior potencial de redução da mortalidade infantil⁵. Níveis ideais de amamentação poderiam prevenir mais de 820.000 mortes de crianças menores de cinco anos por ano no mundo, além de evitar 20.000 mortes de mulheres por câncer de mama¹⁷. Revisões sistemáticas recentes reafirmam a proteção da amamentação contra doenças infecciosas e menor risco de maloclusão dental e doenças crônicas (como diabetes e sobrepeso em crianças amamentadas), bem como seu impacto no melhor desempenho em testes de inteligência¹⁷. Acredita-se que o aumento da prevalência e duração do aleitamento materno observado a partir da década de 1970¹⁵ tenha contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde da criança no Brasil¹⁷, reduzindo, por exemplo, as internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias em crianças menores de um ano no país^{1,2}.

Na década de 1970, observou-se uma “epidemia do desmame”, decorrente do intenso processo de urbanização, da inserção da mulher no mercado de trabalho e da propaganda e marketing não regulados dos leites industrializados em todo o mundo¹⁵. Como reação a esse fato, o Brasil criou o Programa Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), em 1981, notabilizando-se pela diversidade de ações, entre as quais: a regulação da comercialização dos alimentos para lactentes, a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança¹⁰, a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano³, a adoção do Método Canguru⁴ como política pública, a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil⁸, e, mais recentemente, a inclusão de ação voltada para a mulher trabalhadora que amamenta. Como resultado dessa política, os inquéritos nacionais realizados a partir de 1975 vêm mostrando expansão da prática da amamentação exclusiva em crianças entre zero e seis meses de vida e aumento da duração mediana da amamentação, aproximando-se das recomendações da OMS¹⁵.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, é o mais recente inquérito sobre saúde de base populacional conduzido no Brasil¹², com informações sobre a prática da amamentação, o que permite renovar a análise sobre a tendência do aleitamento materno no país. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi atualizar a tendência dos indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas três décadas, incorporando informações mais recentes provenientes da PNS.

MÉTODOS

Desenho do Estudo e Fontes de Dados

Estudo de tendência temporal com dados secundários de inquéritos nacionais de base populacional, realizados em 1986^a, 1996^b, 2006^c e 2013¹², para traçar a tendência da prática da amamentação no Brasil.

A Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF-1986) resultou de uma subamostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1984), com amostra probabilística em dois estágios e representativa das seis regiões geográficas da época do estudo (Rio de Janeiro, São Paulo, Sul, Centro-Leste e Distrito Federal, Nordeste, e Norte e Centro-Oeste (essas últimas duas agregadas), e excluídas da amostra as áreas rurais das regiões Norte e Centro-Oeste, a população do estado do Acre e dos territórios de Rondônia, Roraima e Amapá. Nessa pesquisa, foram selecionados 8.519 domicílios, sendo entrevistadas 6.733 mulheres de 15 a 44 anos^a.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS-1996) compreendeu uma subamostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-1995), com amostra probabilística em dois estágios, representativa das sete regiões da PNAD da época do estudo – Rio de Janeiro, São Paulo, Sul, Centro-Leste, Nordeste, Norte (áreas urbanas) e Centro-Oeste. Foram obtidas informações de 13.283 domicílios e 12.612 mulheres de 15 a 49 anos, das quais obtivemos informações de seus filhos menores de cinco anos de idade (n = 4.782 crianças)^b.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) ocorreu por amostragem probabilística em dois estágios, com base no Censo demográfico de 2000,

^a Arruda JM, Rutenberg N, Morris L, Ferraz EA. Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - PNSMIPF-Brasil, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1987 [citado 27 abr 2017]. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR4/FR4.pdf>

^b Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil; Macro International; Institute for Resource Development. Demographic, and Health Surveys. Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Rio de Janeiro; 1997 [citado 27 abr 2017]. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>

^c Ministério da Saúde (BR), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006. Brasília (DF); 2009 [citado 27 abr 2017]. p.196-209. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

estratificado tanto pelas cinco grandes regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) quanto pela situação de domicílio (urbana e rural), totalizando 10 estratos. Foram visitados 14.617 domicílios, obtendo-se informações sobre 15.575 mulheres de 15 a 49 anos e seus respectivos filhos menores de cinco anos de idade ($n = 5.461$)^d.

Por fim, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013) utilizou plano amostral por conglomerados em três estágios de seleção, sendo entrevistado um morador com 18 anos ou mais de idade em cada residência (com equiprobabilidade entre todos os moradores adultos do domicílio), tendo por base a amostra mestra do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram realizadas 64.348 entrevistas domiciliares e 60.202 entrevistas individuais com o morador selecionado no domicílio. Desses indivíduos, 31.845 eram mulheres. Dessas mulheres, 4.215 tinham crianças com menos de dois anos de idade, as quais foram selecionadas para a presente pesquisa¹⁵.

A PNSMIPF e PNDS-1986 fizeram parte do Programa de Pesquisas sobre Demografia e Saúde (*Demographic and Health Surveys* – DHS), com dados públicos obtidos com autorização prévia do DHS, por meio do sítio www.measuredhs.com (acessado em 20/3/2016). Já a PNDS-2006, embora utilizando os critérios e questionários da DHS, não fez parte do conjunto de pesquisas da DHS desse período, sendo seus microdados obtidos do sítio www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/banco_dados.php (acessado em 20/12/2015). Vale ressaltar que, enquanto a PNSMIPF e as PNDS foram desenhadas para avaliar aspectos relacionados à saúde materno-infantil, o foco da PNS-2013 foi a situação de saúde da população adulta em geral. Os dados da PNS-2013 foram obtidos por meio do sítio do IBGE http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm (acessado em 21/12/2015).

Crítérios de Inclusão e de Exclusão

Para a PNSMIPF-1986 e as PNDS 1996 e 2006, foram selecionadas as crianças com menos de dois anos de idade no momento da entrevista e excluídas as crianças não vivas no momento da entrevista; entre os gêmeos, apenas o primeiro filho foi selecionado para compor o estudo e, havendo mais de uma criança nessa faixa etária no mesmo domicílio, somente a mais nova foi considerada para as análises.

Para a PNS-2013, foram incluídas as crianças com menos de dois anos de idade residindo nos domicílios selecionados no momento da entrevista, cujas informações foram obtidas pelas mães ou responsáveis das crianças; havendo mais de uma criança nessa faixa etária no domicílio ou gêmeos, somente as mais novas participavam da pesquisa.

Questionários

Para obter as informações sobre aleitamento materno, as mães/responsáveis foram questionadas sobre a oferta de leite materno aos seus filhos nas 24 horas prévias à entrevista em todos os inquéritos. Também foram obtidas informações sobre outros alimentos consumidos nas últimas 24 horas: no inquérito de 1986, foi questionado o consumo de água, suco, leite em pó, leite de vaca, outros líquidos e comida sólida ou pastosa; no inquérito de 1996, obteve-se informação sobre consumo de água (pura ou com açúcar), suco de frutas, chás ou ervas, leite em pó, fórmula infantil, leite fresco (puro ou com água), outros líquidos, papas industrializadas, iogurte, papa com farinha, papa com arroz, papa com verduras, ovos, peixe, frango ou carne de vaca; em 2006, questionou-se sobre o consumo de água (pura ou com açúcar), suco de frutas, chás, leite em pó, leite fresco (puro ou com água), outros líquidos, papas, multimistura, alimentos lácteos ou comida de sal; e na PNS-2013, foram coletados dados sobre consumo de outro leite (e derivados), água, chá, mingau, frutas ou suco natural de frutas, sucos artificiais, verduras e legumes, feijão (ou outras leguminosas); carnes ou ovos, batata e outros tubérculos e raízes, biscoitos, bolachas e bolos, doces e balas, refrigerantes e outros alimentos.

Indicadores

A definição de aleitamento materno exclusivo (AME) adotada neste estudo segue as recomendações da OMS de 2007^e, ou seja, a criança deve receber “somente leite materno

^dCavenaghi S. Aspectos metodológicos e comparabilidade com pesquisas anteriores. In: Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher- PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2009 [citado 27 abr 2017]. p.14-32. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

^eWorld Health Organization. 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. Geneva; 2008 [citado 27 abr 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf

(diretamente do peito ou ordenhado) e nenhum outro líquido ou sólido (com exceção de medicamentos, suplementos minerais ou vitaminas)". Para a construção da variável "AME", a mulher deveria ter oferecido, nas últimas 24 horas, leite de peito e não ter oferecido nenhum outro alimento ou líquido listado em cada inquérito.

Os indicadores relacionados à prevalência de aleitamento materno foram calculados com base na recomendação da OMS (WHO, 2008). A prevalência de AME em crianças com menos de seis meses de vida (AME<6m) foi obtida pela proporção de crianças entre zero e cinco meses completos de vida alimentados exclusivamente com leite materno.

Outros indicadores utilizados foram prevalência do AM (AM – proporção de crianças nascidas nos últimos dois anos que foram amamentadas alguma vez nas últimas 24 horas); prevalência de AM continuado ao primeiro ano de vida (AM1ano – proporção de crianças entre 12 e 15 meses de vida amamentadas na época da entrevista) e prevalência de AM continuado aos dois anos de vida (AM2anos – proporção de crianças entre 20 e 23 meses de vida amamentadas na época da entrevista). Como a tabulação da PNS disponível não permitia comparabilidade direta com os indicadores propostos pela OMS, foi necessário modificar o indicador AM1ano para 12 a 14 meses de idade, e o indicador AM2anos para 21 a 23 meses de idade. Não foi possível comparar a prevalência de crianças alguma vez amamentadas e nem a amamentação na primeira hora de vida, pois essas informações não constavam na PNS-2013.

Análises Estatísticas

Foram estimadas as prevalências pontuais e intervalos de 95% de confiança dos indicadores AME<4m, AME<6m, AM, AM1ano e AM2anos, levando-se em conta o desenho complexo da amostra de cada inquérito¹³ e a estratificação por faixa etária da criança no momento da entrevista.

Considerações Éticas

Por se tratar de informações de acesso público, sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, e não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso, o presente estudo não necessitou de aprovação prévia em Comitê de Ética, estando em acordo com a Resolução 466/12^f.

RESULTADOS

Em relação aos indicadores utilizados, a prevalência do AME entre os menores de seis meses aumentou 34,2 pontos percentuais entre 1986 e 2006, indo de 2,9% para 37,1%, com ganhos estatisticamente significativos em cada década até 2006 e estabilização em 2013. Padrão semelhante foi observado com a prevalência de AM, que aumentou de forma estatisticamente significativa 18,9 pontos percentuais entre 1986 e 2006, alcançando prevalência de 56,3% em 2006. Porém, em 2013 houve discreta diminuição do AM (52,1%). A prevalência de AM no primeiro ano de vida (AM1ano) subiu de 22,7% em 1986 para 45,4% em 2013, equivalente a um aumento total de 22,7 pontos percentuais no período, estabilizando-se entre 2006 e 2013. A evolução da prevalência de AM aos dois anos de idade (AM2anos) diferiu dos outros indicadores, com prevalência relativamente estável em torno de 25% entre 1986 e 2006, e aumento subsequente e estatisticamente significativo de 8,5 pontos percentuais, chegando a 31,8% em 2013 (Tabela 1).

O acréscimo nas prevalências de AME diminuiu com o aumento da faixa-etária. Entre 1986 e 2006, houve aumento de 44% da prevalência de AME entre os bebês de zero a dois meses de idade e de 28,1% entre bebês de três a cinco meses. Em 2013, houve redução da prevalência de AME de 0,3% entre os bebês de zero a dois meses de idade e 15,1 pontos percentuais entre os bebês de três a cinco meses de idade em relação ao inquérito de 2006 (Tabela 2).

A Figura mostra o aumento contínuo das prevalências do AM até os 18 meses de 1986 a 2006, com maior ganho nas faixas etárias entre dois e 19 meses. A curva relativa ao ano

^f Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012 [citado 27 abr 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Tabela 1. Prevalência de aleitamento materno no Brasil, por inquérito nacional, entre 1986 e 2013.

Ano	1986 ^a	1996 ^b	2006 ^c	2013 ^d
Característica	Prevalência (IC95%) ^h	Prevalência (IC95%) ^h	Prevalência (IC95%) ^e	Prevalência (IC95%) ^e
AME<4m ^f	4,7 (1,7–12,0)	29,2 (24,0–35,0)	45,0 (35,7–54,6)	-
AME<6m ^g	2,9 (1,1–7,4)	23,9 (19,8–28,5)	37,1 (29,7–45,2)	36,6 (30,4–42,9)
AM ^h	37,4 (31,5–43,6)	44,8 (42,2–47,4)	56,3 (52,4–60,1)	52,1 (50,0–54,2)
AM1ano ⁱ	22,7 (12,9–36,8)	37,5 (31,1–44,2)	47,2 (36,5–58,2)	45,4 (39,4–51,3)
AM2anos ^j	24,5 (11,7–44,4)	24,7 (20,0–30,2)	23,3 (15,2–33,9)	31,8 (25,4–38,1)

^a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar de 1986.

^b Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996.

^c Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006.

^d Pesquisa Nacional de Saúde de 2013.

^e Prevalência (IC95%): Prevalência pontual e Intervalo com 95% Confiança estimados considerando o desenho complexo da amostra.

^f AME<4m: prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de 4 meses de idade.

^g AME<6m: prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de 6 meses de idade.

^h AM: prevalência de aleitamento materno entre crianças menores de 24 meses de idade.

ⁱ AM1ano: prevalência de aleitamento materno entre crianças com 12 a 14 meses de idade.

^j AM2anos: prevalência de aleitamento materno entre crianças com 21 a 23 meses de idade.

Tabela 2. Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças com menos de 24 meses de vida no Brasil, por idade e inquérito populacional, 1986 a 2013.

Idade (meses)	Ano				Período			
	1986 ^a	1996 ^b	2006 ^c	2013 ^d	1986/1996 (10 anos) ^f	1996/2006 (10 anos) ^f	2006/2013 (7 anos) ^f	1986/2013 (27 anos) ^f
	Prevalência (%) ^e				Diferença (%) ^f			
0–2	6,0	42,4	50,0	49,7	36,4	7,6	-0,3	43,7
3–5	1,6	12,6	29,7	14,6	11,0	17,1	-15,1	13,0

^a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar de 1986.

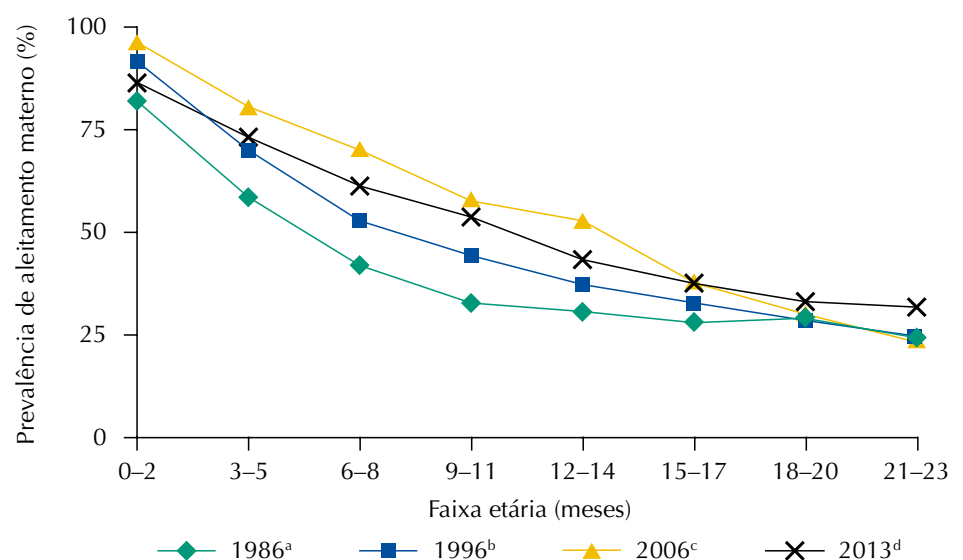
^b Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996.

^c Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006.

^d Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

^e Prevalência de aleitamento materno exclusivo calculado pelo método *current status*, com estimativas suavizadas por médias móveis, conforme método proposto por Segall-Corrêa et al.^c (2009).

^f Diferença absoluta calculada pela diferença entre as prevalências de aleitamento materno exclusivo.



^a Série 1 – Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar de 1986.

^b Série 2 – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996.

^c Série 3 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006.

^d Série 4 – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Figura. Prevalências do aleitamento materno, por faixa etária e inquérito nacional. Brasil, 1986^a, 1996^b, 2006^c e 2013^d.

de 2013, quando comparada à de 2006, mostrou declínio nas prevalências de aleitamento materno nos primeiros 12 meses. A prevalência do aleitamento materno aos 21–23 meses, que se encontrava estagnada desde o primeiro inquérito, aumentou no inquérito de 2013.

DISCUSSÃO

Nas últimas três décadas, as prevalências dos indicadores de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo no Brasil apresentaram tendência ascendente, cujos principais ganhos foram observados entre 1986 e 2006, seguida de relativa estabilização em 2013. Por outro lado, a amamentação continuada até o segundo ano manteve-se estável entre 1986 e 2006, sendo o único indicador com aumento da prevalência entre 2006 e 2013.

Estudos prévios constataram o aumento da duração mediana do aleitamento materno tanto em inquéritos de âmbito nacional, indo de 2,5 meses em 1975¹⁵ para 14 meses em 2006¹⁶, quanto em inquéritos envolvendo apenas as capitais brasileiras e Distrito Federal (de 9,9 meses em 1999 para 11,9 meses em 2008)¹⁴. Esses dados fizeram com que o Brasil fosse considerado um país bem-sucedido na implementação de políticas e programas de incentivo ao aleitamento materno, os quais alcançaram os três diferentes níveis de intervenção propostos por Rollins et al.¹¹: os níveis individual (características e relações entre mães e bebês), local (serviços de saúde, família e comunidade, e local de trabalho e emprego), e estrutural (características socioculturais e de *marketing*). Esse sucesso tem sido atribuído, em grande parte, à regulação e monitoramento da comercialização dos alimentos para lactentes, à adoção da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Estratégia Mãe-Canguru⁴, à criação e ampliação da cobertura dos Bancos de Leite Humano³ e à implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil⁸, bem como à adoção de leis trabalhistas que ampliaram, de forma opcional e subsidiada pelo Governo, a licença maternidade remunerada de quatro para seis meses.

Pérez-Escamilla et al.⁹ conduziram uma revisão sistemática que propôs a avaliação das políticas de AM utilizando modelo de “engrenagens”, a fim de facilitar a adoção de estratégias em nível nacional e garantir a sustentabilidade de programas e políticas de aleitamento materno. Os autores identificaram que o Brasil possui todas as engrenagens necessárias para o avanço dos indicadores de aleitamento materno, a saber: vontade política, legislação e políticas, recursos financeiros, treinamento e capacitação em políticas e programas, promoção do aleitamento materno, pesquisa e avaliação, defesa (*advocacy*) e uma coordenação central com objetivos e monitoramento⁹, indicando que o sucesso da amamentação não é uma responsabilidade exclusiva da mulher, mas sim compartilhada por toda a sociedade¹¹.

Os resultados da PNS-2013 não tiram o mérito de o Brasil ter sido reconhecido internacionalmente como um país bem-sucedido na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas duas publicações citadas^{9,11}. No entanto, é preciso refletir sobre eles. É preocupante a desaceleração em 2013 dos ganhos que vinham sendo observados entre 1986 e 2006; pela primeira vez na série histórica, não foram observados ganhos reais da prevalência do aleitamento materno, cuja queda mais preocupante foi a do AME entre crianças de três a cinco meses de vida.

É natural que quanto maiores os ganhos nas prevalências de aleitamento materno, maiores são as dificuldades para continuar a aumentá-las¹⁴. No entanto, os níveis dos indicadores de aleitamento materno, apesar do significativo aumento ao longo do tempo, ainda estão muito aquém das recomendações quanto à duração do aleitamento materno e do AME. Segundo critérios da OMS, o Brasil encontra-se em situação apenas razoável quanto às prevalências de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, e ruim quanto à duração do aleitamento materno¹⁴.

Tendo em vista o cenário nacional de desaceleração dos incrementos dos indicadores de aleitamento materno são necessários uma avaliação crítica de todas as ações que se encontram em andamento no Brasil, sendo necessário: pactuação de uma política pública de incentivo ao AM entre a Federação, Estados e Município; ampliação do número de

hospitais certificados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (incluindo a acreditação de hospitais da rede privada de assistência); e ampliação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e de outras ações voltadas para a atenção básica em saúde (como salas de apoio à amamentação e coleta de leite humano). Além disso, é necessária a ampliação da licença maternidade para seis meses para todas as trabalhadoras; monitoramento amplo da Lei 11.265/06, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância; e extensão das atividades dos Bancos de Leite Humano para a rede de atenção básica em saúde. É importante, também, considerar outros aspectos, como a valorização de recursos humanos para a implementação e monitoramento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, o fortalecimento de espaços e atores políticos pró-aleitamento materno, as culturas regionais, diferentes ocupações trabalhistas, distintos estilos de vida, populações vulneráveis e minoritárias (como a população indígena e as populações carcerárias) e ampliação da participação do pai, quando presente, e da família na amamentação. A queda das prevalências de aleitamento materno exclusivo entre três e cinco meses de idade observadas entre 2006 e 2013 corrobora a necessidade de reforçar ações estratégicas de apoio às mulheres trabalhadoras no período de lactação.

Por outro lado, é importante destacar o aumento, pela primeira vez na série histórica, da prevalência do aleitamento materno a partir dos 18 meses de idade da criança. Esse dado pode parecer contraditório; no entanto, já foi mostrado que os determinantes para a manutenção do aleitamento materno no primeiro ano de vida podem ser diferentes daqueles para a manutenção do aleitamento materno segundo as recomendações da OMS, ou seja, por dois anos ou mais. Por exemplo, a mãe coabitar com companheiro mostra-se protetor para o aleitamento materno no primeiro ano⁷, mas inibidor para a manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais⁶.

As principais limitações do estudo se devem a diferenças metodológicas entre os inquéritos. As pesquisas padronizadas pela *Demographic and Health Surveys* em 1986, 1996 e 2006 permitem comparação entre si ao entrevistar somente mulheres em idade fértil (15 a 49 anos de idade). Já a PNS-2013, apesar de também ser um inquérito nacional, seguiu metodologia diferente ao entrevistar adultos com 18 anos ou mais, podendo as respostas sobre aleitamento materno ser obtidas de outras pessoas que não a mãe da criança. Para reduzir esse viés e permitir a comparabilidade, foram selecionadas apenas as crianças cujas mães ou responsáveis foram entrevistados.

É importante notar que o indicador que mais sofreu modificações no decorrer dos inquéritos foi o aleitamento materno exclusivo. Podem ter contribuído para isso: a diferença na lista de alimentos incluídos nos questionários dos diferentes inquéritos, tornando-se cada vez mais complexa, e atingindo maior número de perguntas no inquérito de 2013; a ampliação do tempo recomendado para o AME (de quatro a seis meses até 2001¹⁸ para seis meses a partir dessa data (WHO, 2007)⁸; a diferença na formulação da pergunta que definia a duração do AME – no inquérito de 1996, quando a mãe respondia que oferecia somente leite de peito para a criança, não eram aplicadas as questões sobre o consumo de água e chá nas últimas 24 horas, o que impede uma análise fidedigna da prática da amamentação exclusiva nesse inquérito.

Outro aspecto que vale a pena ser mencionado é a ausência de dados desagregados na PNS-2013, dificultando a comparabilidade da prevalência de AME entre crianças com menos de quatro meses de idade. Além disso, as faixas etárias disponíveis para o aleitamento materno em menores de um ano e aos dois anos foram diferentes para os inquéritos de 1986 a 2006 e a PNS-2013 (12 a 15 meses *versus* 12 a 14 meses, e 20 a 23 meses *versus* 21 a 23 meses, respectivamente), tendo sido necessário adotar faixas etárias ligeiramente diferentes das propostas pela OMS. Essas diferenças tendem a superestimar as prevalências de AM1ano e a subestimar as prevalências de AM2anos na PNS-2013, pois, no primeiro caso, o grupo era composto por crianças mais novas e, no segundo, mais velhas.

Acreditamos que os dados da PNS-2013 podem ser utilizados para fins de comparação com os inquéritos de 1986 a 2006, considerando as limitações citadas. Uma nova edição de pesquisa

⁸World Health Organization. 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. Geneva: WHO; 2007 [citado 9 jul 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf

nacional nos moldes da DHS, inicialmente programada para 2016, seria fundamental para a confirmação das tendências aqui apresentadas. Além disso, é necessária a condução de estudos futuros que considerem a distribuição das características individuais de mães e bebês no decorrer das décadas, pois essas características podem influenciar os índices de aleitamento materno e AME.

Concluindo, acreditamos que a participação do governo, da sociedade civil e das entidades de classe na mobilização da sociedade e de governantes foram importantes para o avanço dos índices de aleitamento materno observados entre 1986 e 2006. Contudo, surge um sinal de alerta com a falta de progressão, pela primeira vez na série histórica dos inquéritos nacionais, das prevalências de aleitamento materno e AME observadas na PNS-2013, em comparação com a PNDS-2006, pois, mesmo com diferenças metodológicas, esperava-se aumento dessas prevalências. Esses resultados reforçam a necessidade de se intensificar as ações já implementadas e desenvolver novas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, envolvendo os diversos setores da sociedade, no intuito de retomarmos o crescimento da prevalência e duração do aleitamento materno. Por outro lado, deve-se comemorar o aumento das prevalências do aleitamento materno a partir dos 18 meses, que se encontravam estagnadas desde o início da série histórica. Uma análise aprofundada desse fenômeno pode auxiliar na retomada da ascensão de todos os indicadores do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Boccolini PMM. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(5):399-404. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000500006>
2. Boccolini CS, Boccolini PMM, Carvalho ML, Oliveira MIC. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(7):1857-63. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700025>
3. Giugliani ERJ. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: tecnologia para exportar. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78(3):183-4. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000300001>
4. Gontijo TL, Xavier CC, Freitas MIF. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. *Cad Saude Publica*. 2012;28(5):935-44. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500012>
5. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362(9377):65-71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13811-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13811-1)
6. Martins EJ, Giugliani ERJ. Quem são as mulheres que amamentam por dois anos ou mais? *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(1):67-73. <https://doi.org/10.2223/JPED.2154>
7. Mitchell-Box KM, Braun KL. Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *J Hum Lact*. 2013;29(4):473-9. <https://doi.org/10.1177/0890334413491833>
8. Passanha A, Benício MHA, Venâncio SI, Reis MCG. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1141-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004807>
9. Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the "breastfeeding gear" model. *Adv Nutr*. 2012;3:790-800. <https://doi.org/10.3945/an.112.002873>
10. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Supl 1:S37-45. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700005>
11. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
12. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):207-216. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>

13. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11 Supl 1:38-45. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500004>
14. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr (Rio J).* 2010;86(4):317-24. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>
15. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2013;47(6):1205-1208. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004676>
16. Victora CG, Aquino, EMM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FCLF, et al. Saúde no Brasil 2: Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet.* 2011;6736(11):32-46.
17. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
18. World Health Organization. Innocenti declaration: on the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecol Food Nutr.* 2010;26(4):271-3. <https://doi.org/10.1080/03670244.1991.9991210>

Contribuição dos Autores: Concepção do estudo: CSB. Organização, análise e tabulação dos dados: CSB, PMMB. Interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito: CSB, PMMB, FRM, ERJG, SIV.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.