



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**  
**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**  
**Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento**

Tema:

**Prevalência do aleitamento materno exclusivo e factores associados em Moçambique: uma análise do inquérito nacional de saúde de 2015 (IMASIDA).**

Fátima Omar Mecupa

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

**Lisboa, 11 de Março de 2020**



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**  
**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

**Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento**

**Prevalência do aleitamento materno exclusivo e factores  
associados em Moçambique: uma análise do inquérito nacional de  
saúde de 2015 (IMASIDA).**

Autor: Fátima Omar Mecupa

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento.

Orientadora: Professora Catedrática Doutora Maria do Rosário Oliveira Martins

Co orientador: Dr. Sérgio Chicumbe, Mestre em Saúde Pública e Medicina Tropical.

**Lisboa, 11 de Março de 2020**

*“Dedico este trabalho aos meus pais, Omar Mecupa e Anselma Moreira, meu esposo Abdurremane Samimo, meus filhos e aos meus irmãos”.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço á ALLAH pela bênção e permissão para que tudo isso acontecesse.

Á Professora Maria do Rosário O. Martins pela sua orientação, total apoio e confiança, pelo saber que transmitiu, pelas opiniões e criticas ao longo da realização deste trabalho.

Ao Dr. Sérgio Chicumbe, pela confiança, apoio durante todo o curso, orientação, mentoria e empenho dedicado na elaboração deste trabalho.

Ao meu pai Omar Mecupa, a minha mãe Anselma Moreira, minha amiga e conselheira que sempre me incentivou a acreditar que é possível realizar os meus sonhos. Ao meu esposo Abdurremane Samimo e meus filhos Sumaya e Rafael, pela compreensão e suporte ao longo desta caminhada.

Às minhas amigas e colegas do curso Janeth e Regina pela amizade, cumplicidade, companheirismo, força e apoio em momentos difíceis.

Aos colegas do curso pelo companheirismo e amizade que vão continuar presentes em minha vida e aos professores por me proporcionar o conhecimento e orientações dando ferramentas para a realização da tese.

À direcção, colegas do Instituto Nacional de Saúde e todos que directa e indirectamente contribuíram para a materialização deste trabalho.

Por fim agradece-se ao financiamento generoso do povo do Canadá, através da subvenção 107278-001 da *International Development Research Center* para o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, o qual suportou despesas incorridas pela candidata com viagens e custos do curso. Os financiadores não estão nem dever ser vinculados aos resultados e opiniões expressas neste trabalho.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APEs	Agentes Polivalentes Elementares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CPN	Consulta Pré-Natal
CPP	Consulta Pós-Parto
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
INS	Instituto Nacional de Saúde
IMASIDA	Inquérito de Imunização, Malária e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
MICS	<i>Multiple Indicators Cluster Survey</i>
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds ratio</i>
AOR	<i>Adjusted Odds Ratio</i>
PAMRDC	Plano Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica
PQG	Plano Quinquenal do Governo
US	Unidade Sanitária
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

## ÍNDICE

RESUMO .....	8
1.Introdução .....	11
2. Estudo sobre a prevalência do AME e factores associados .....	18
3. Resultados .....	24
4. Discussão de resultados .....	35
5.Conclusões .....	39
REFERÊNCIAS .....	41
ANEXOS .....	47

Table 1 - Características Sociais e Demográficas das Respondentes e Seus Agregados Familiares.....	25
Table 2 - Características de Utilização dos Serviços de Saúde e Reprodutivas das Respondentes.....	26
Table 3 - Aleitamento Materno e Introdução de Alimentos .....	27
Table 4 - Análise de Associação Bivariável: NÃO Aleitamento Materno e Factores Sociais, Demográficos e de Utilização dos Serviços de Saúde .....	29
Table 5 - Análise de Associação Múltipla: NÃO Aleitamento Materno e características Sociais, Demográficas e de Utilização de Serviços de Saúde .....	31

## RESUMO

**Introdução:** O aleitamento materno exclusivo é benéfico para a saúde da criança e da mãe. O AME reduz o risco de contracção de doenças infantis como diarreia, pneumonia e outras, causas principais de morbi-mortalidade infantil nos países de baixa renda. A mulher em prática do AME não somente estabelece uma ligação afectiva, íntima, ímpar e saudável com o filho, como fica protegida de uma gravidez precoce, para além de comprovado benefício na redução de risco do cancro de órgãos do eixo reprodutivo como o da mama e dos ovários.

A organização Mundial da Saúde, recomenda que se alcance uma prevalência de 50% de AME até 2025. A nível global, somente 38% das crianças menores de seis meses estariam em AME. Em Moçambique embora a proporção tende a melhorar nas últimas décadas, a mais recente estimativa de prevalência de AME é de 43%. Há uma necessidade contínua de identificar e rever os factores associados a prática de AME.

**Objectivos:** Estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo e os factores sociais e demográficos associados.

**Metodologia:** O presente estudo é de carácter quantitativo e utilizou dados secundários do Inquérito de indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA, 2015). O estudo incluiu dados referentes a crianças dos 0 a 6 meses de idade, nascidos de mães dos 15 a 49 anos de idade, em todo o país.

Foram usadas estatísticas descritivas para caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres e a regressão logística para analisar a associação entre a probabilidade de aleitamento materno exclusivo e possíveis factores. Estimaram-se os odds ratio brutos e ajustados e respetivos intervalos de confiança a 95%. Usou-se um nível de significância de 5%.

**Resultados:** O estudo indicou que a prevalência do AME de crianças de 0 a 6 meses foi de 47,1%. Os factores associados ao AME foram a Idade da mãe e da criança, participação da mãe nas decisões domésticas e a utilização da consulta pré-natal.

**Conclusões e implicações para políticas:** a prevalência de AME, pese embora incrementada em comparação com estimativas prévias, mantém-se a níveis insatisfatórios e ainda distantes das metas das políticas de saúde adoptadas para alimentação infantil. Os pré-concebidos factores determinantes do não AME não foram demonstrados ter associação com a prática de Ame com excepção de idade da criança e da mãe. A investigação de dinâmicas e factores na base da determinação

de AME é urgente e crucial e esta deverá constar de uma agenda de pesquisa sobre alimentação infantil em Moçambique.

**Palavras-chaves:** factores, aleitamento materno, exclusivo, Moçambique.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Exclusive breastfeeding (EBF) is beneficial mother and child health. Breast milk is thereby a protective factor for the health of the child, reducing the risk of contracting childhood diseases such as diarrhea and pneumonia, both leading causes of child morbidity and mortality in low-income countries. Not only does a mother practicing EBF to her child establish an intimate, unique and healthy affective bond with the child, but she is protected from early pregnancy, as well as EBF has also been proved to benefit mothers in reducing the risk of cancers of reproductive organs such as the breast and ovaries. Globally, only 38% of children under six months are EBF. The World Health Organization recommends achieving at least 50% prevalence of EBF by 2025. In Mozambique, although the proportion of EBF tends to improve, the latest estimate of EBF prevalence is 43%. Promotion and education about EBF is done at the primary health care level in both health centers and the community health subsystem. There still is a permanent need to identify and review factors associated with the practice of EBF.

**Objective:** To estimate the prevalence of exclusive breastfeeding and associated social and demographic factors.

**Methods:** this is a quantitative study that used secondary data from the Immunization, Malaria and HIV / AIDS Indicators Survey (IMASIDA, 2015). The specific analysis on EBF included data for children aged 0 to 6 months, born to mothers aged 15 to 49, countrywide.

Descriptive statistics were used to characterize women's sociodemographic profile and logistic regression to analyse the association between the probability of exclusive breastfeeding and possible factors. The gross and adjusted odds ratios and their respective 95% confidence intervals were estimated. A significance level of 5% was used.

**Results:** the prevalence of EBF among children aged 0 to 6 months was 47.1%. Factors associated with EBF were the age of mother and child, mother's participation in domestic decisions and the use of prenatal consultation.

**Conclusion:** The prevalence of EBF, although increased compared to previous estimates, remains at unsatisfactory levels and still far from the health policy goals adopted for infant feeding. Conceptualized determinants of non-EBF have not been shown to be explaining EBF in Mozambique except for the age of the child and mother. Research into the dynamics and factors underlying EBF is urgent and crucial and should be part of a research agenda on infant feeding in Mozambique.

**Keywords: factors, exclusive breastfeeding, Mozambique**

## **1.Introdução**

### **1. 1. Contextualização**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das nações Unidas Para Infância (UNICEF) promovem intensamente o aleitamento materno a nível global, especialmente desde a década 90. A recomendação daquelas organizações e geralmente adoptada pelos países é que o aleitamento materno seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança o aleitamento materno em geral seja mantido até que a criança complete pelo menos dois anos de vida. Essas práticas teriam impacto positivo na protecção da saúde infantil e qualidade de vida á médio e longo prazos. As políticas globais e locais recomendam ainda que todas as crianças deveriam ser colocadas ao peito na 1ª hora após o nascimento(1,2).

O aleitamento materno exclusivo (AME) e as recomendações indicadas são práticas de grande importância em saúde pública. Estima-se que o AME poderia salvar anualmente cerca de 1,3 milhões de crianças em todo o mundo pois, são vários os benefícios para a saúde da criança e da mãe(2). O leite materno é um substrato de factores protectivos imunológico para a saúde da criança pois não somente veicula anticorpos e outros elementos imunológicos da mãe para a criança, como não requer cuidados especiais para a sua preparação, reduzindo assim o risco de contracção de doenças infantis altamente prevalentes em países de baixa renda, como diarreia, pneumonia e outras, causas principais da morbi-mortalidade infantil (3,4). O AME reduz em 23 % a incidência da Pneumonia; crianças não aleitadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida têm 10,5 vezes maior o risco de morte por diarreia e 15,1 vezes maior o risco de morte por Pneumonia (5).

Segundo a UNICEF, o combate a estas doenças não requer grandes avanços na tecnologia mas sim com intervenções que foram comprovadas como eficazes (por exemplo o AME), embora apenas 39% das crianças com menos de 6 meses são amamentadas exclusivamente e uma melhoria dos serviços prestados com alcance daqueles que realmente necessitam, sendo que apenas 60% das crianças com suspeita de pneumonia tem acesso aos cuidados adequados, 31% das crianças com suspeita recebem antibióticos e apenas 35% com diarreia recebem terapia de rehidratação oral (5).

Para a mãe, o AME protege-a de uma gravidez precoce nos primeiros seis meses (amenorreia de lactação) e reduz o risco do cancro da mama e dos ovários, diabetes e depressão pós-parto(4). O aleitamento materno (AM) fortifica os laços afectivos entre a mãe e a criança criando um conforto pois as suas necessidades são satisfeitas o que contribui para a tranquilidade da criança podendo proporcionar maior tempo de repouso da mãe facilitando uma rápida recuperação no pós-parto(6).

O AME é ainda considerado uma prática fundamental para a saúde da criança, pois fornece todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança, sendo recomendada a sua promoção como uma acção prioritária em saúde. O exemplo, um estudo realizado no Brasil, mostrou que crianças alimentadas exclusivamente duplicam o seu peso antes do quarto mês de vida e não evoluem para a desnutrição(7). Um outro estudo concluiu a importância das crianças serem aleitadas ao peito da mãe devido as suas vantagens e resultados que esta prática proporciona, tendo em consideração os factores económicos, sociais, culturais e outros que são levantados como determinantes para o seu sucesso(8). Segundo a OMS, a introdução de alimentos antes dos 6 meses não traz vantagens para a criança, pelo contrário, é uma das causas de doenças e mortes das crianças, estando associado aos vários internamentos e maior risco de desnutrição(9). Utensílios para introdução de outros alimentos para a criança a expõe aos agentes infecciosos causadores de doenças respiratórias, gastrointestinais e limita assimilação de elementos importantes na nutrição infantil(9).

O AME é ainda uma estratégia com uma chance de redução de transmissão do HIV de mãe para filho, sendo que a recomendação da OMS é que as crianças de mães infectadas por HIV sejam amamentadas exclusivamente até os 6 meses de vida e continuem a mamar(incluindo outros alimentos sólidos), caso a mãe esteja a fazer terapia antirretroviral(10). As autoridades nacionais e locais de saúde deverão coordenar implementar serviços em unidades de saúde, nos locais de trabalho e nas comunidades, a promoção e apoio às mães infectadas com HIV a amamentar aos seus filhos(10).

Apesar dos inúmeros benefícios que o AME traz para a saúde da criança e da mãe, ainda é um desafio global e de vários países de baixa renda atingir-se a meta

recomendada pela OMS (50% até 2025), pois a nível global, somente 38% das crianças menores de seis meses são alimentadas exclusivamente com leite materno. A nível de África, o AME é ainda um desafio para vários países, pois as prevalências situam-se muito abaixo do recomendado embora existam alguns países com prevalências satisfatórias, como o Ruanda(88%), Burundi(65%)(11). Em Moçambique, embora a prevalência de AME tenha melhorado, apenas 43% das crianças são aleitadas exclusivamente com leite materno, estando ainda aquém das metas estabelecidas no Programa Quinquenal do Governo Para 2010-2014 (PQG) que definiu como acção prioritária na área de saúde da mulher e da criança, o aumento da cobertura do AME para 50% e o Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC) do país, que prioriza acções de promoção do AME definindo metas que inclui aumento da proporção de crianças em AME de 37% em 2008 para 60% em 2015 e 70% em 2020 (12,13).

## **1.2. Modelo Conceptual para o estudo**

O estudo adoptou o modelo conceptual da OMS sobre factores associados ao aleitamento exclusivo(4).O modelo está construído em função de 2 grande tópicos, nomeadamente os factores psicológicos da mãe (atitudes maternas em relação ao AME e suporte oferecido para a mãe) e os factores fisiológicos da mãe (estado nutricional da mãe, morbidade materna e saúde materna) (Figura abaixo).

O aleitamento materno envolve uma complexidade de factores psicológicos e fisiológicos sendo estes, por sua vez, condicionados por factores ambientais, socioeconómicos e culturais. Factores socioeconómicos, ambientais e culturas afectam o aleitamento materno exclusivo em diferentes esferas e dependem muito da cultura. Tendo como base a lógica do quadro conceptual, farão parte do estudo as seguintes variáveis indicativas e contingente às disponíveis, agrupadas como se segue: factores maternos (utilização de consulta pré-natal; ordem de nascimento da criança; utilização da consulta pós natal); factores demográficos maternos (escolaridade, idade e estado civil); factores socioeconómicos (ocupação/fonte de renda e índice de riqueza) e factores contextuais (local de residência, local do parto, participação nas decisões domésticas); factores relacionados a atitudes e crenças sobre a amamentação (região de residência, religião); e as características da criança

(idade, sexo, exposição ao HIV). O presente modelo tem servido de referência para estudos similares.

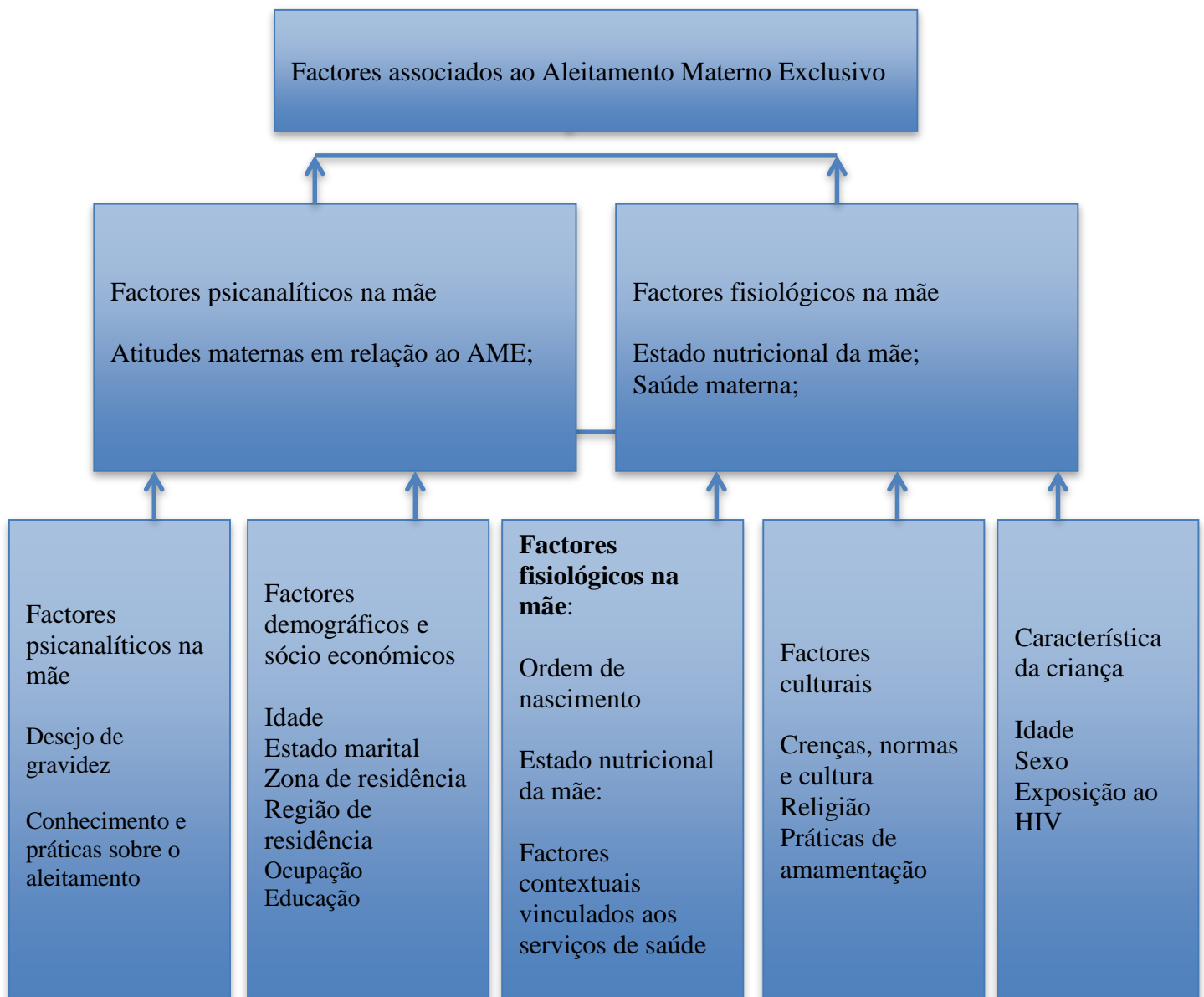


Figura 2: Factores de AME de acordo com modelo descrito por Idris, Shadia M, *et al*, 2013 (4) baseado no modelo da OMS, traduzido e adaptado pela candidata.

## 1.2 Revisão da literatura

Fez-se uma revisão estruturada da literatura científica sobre a prática e factores associados ao AME, com foco em países de média-baixa renda. As palavras-chaves usadas na busca electrónica foram “exclusive” “breastfeeding”, “factors OR determinants”, e utilizou-se os motores de busca *Google scholar* e PubMed; restringiu-se a busca de publicações científicas à partir do ano 2000 considerando a era dos Objectivos de Desenvolvimento do Millenium, que de certa forma acabaria por promover a sobrevivência materno-infantil, para qual AME potencialmente iria contribuir, e não houve restrição quanto a língua da publicação. Com as estratégias mencionadas, e pela e com base no enunciado nos título da publicação, incluiu-se 46 publicações garantindo desta forma que os estudos mais relevantes tenham sido incluídos.

Havendo uma predominância de estudos de corte transversais, no que toca a representatividade desses, a maioria dos estudos encontrados tiveram de representação provincial e distrital (n=22)(7,8,14–33) encontramos que 8 estudos são de corte transversal (14–16,18,20,22,24,34), e destes a maioria usaram abordagem qualitativas. A maior parte dos estudos identificados foram realizados em África (n=23) e destes da África lusófona, encontramos 1 estudo de Angola e 5 de Moçambique(17,19,24,25,33). Não foram encontrados estudos sobre AME de São Tome e Príncipe e Guiné-Bissau. O estudo de Angola apontou que a prevalência AME em 51%, sendo os factores relacionados a idade da criança e as consultas pré natais.

Analisados globalmente os estudos desta revisão, grande parte destes resultados apontaram como factores associados ao AME, a educação da mãe, a idade da mãe e da criança, utilização da consulta pré-natal e exposição ao HIV. Vários estudos realizados na região Austral de África (onde Angola e Moçambique estão inseridos), mostraram semelhança nos factores associados ao AME(15,35,36).

Dois estudos realizados na Tanzânia, um dos países mais próximos a Moçambique, mostram que a educação e idade da mãe e as consultas pré-natais os factores mais associados ao AME. Nestes estudos, mães mais novas, sem instrução, desempregadas e que tiveram parto em casa ou não assistido por um profissional de

saúde, iniciaram tardiamente o aleitamento a criança. As mães que não receberam o aconselhamento pré-natal também foram predispostas ao não AME revelando a necessidade das mães terem pelo menos 2 a 4 visitas de pré natal para o aconselhamento(23,37). Dos estudos realizados na América do Sul e na Ásia , a maioria com representação distrital e provincial (7,8,18,21,22,34,38–40,40), obtiveram resultados similares aos estudos realizados em África quanto aos factores associados ao AME.

Os vários estudos em torno da temática de AME e aleitamento materno mostraram existirem desafios para as melhores praticas, e os factores identificados na sua maioria são demográficos, sociais e económicos, estes factores não tem alterado ao longo dos anos; dos poucos estudos com relevância mais directa para Moçambique os resultados sobre praticas de aleitamento são similares aos estudos de outros contextos, e outro aspecto que se notou foi a falta de estudos com abrangência nacional e regional, apesar de representatividade distrital(local); a maior dos estudos dos estudos para Moçambique são teses, sendo esta um indicativo de que há necessidade de mais estudos e publicações relacionados a matéria, de modo a contribuir-se para revisão e informação à formulação de políticas de AME e aleitamento materno em particular, e bem estar das mães e crianças em geral.

### **1.3. Justificativa e relevância da pesquisa**

Vários factores (sociais, culturais, educacionais, demográficos, saneamento do meio, acesso aos serviços de saúde e outros), são prováveis determinantes do cumprimento das recomendações em relação ao aleitamento, verificando-se muitas vezes o desmame precoce ou mesmo o não aleitamento.

Neste âmbito, o governo de Moçambique através do Ministério da Saúde (MISAU) intensificou acções na área da saúde da mulher e da criança onde a estratégia dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) joga um papel importante na promoção do AME. A promoção do AME nos CSP é através de palestras e campanhas de sensibilização às mães, quer nas consultas pré-natais e pós-parto, quer nas comunidades onde residem, através de actividades de trabalhadores comunitários de saúde, localmente

designados de Agentes Polivalentes de Saúde (APEs), além de líderes tradicionais. Adicionalmente o MISAU instaurou uma semana nacional para actividades de promoção do aleitamento materno(2).

Analisar a prevalência e os factores associados ao AME em Moçambique é um tema inacabado daí que estudos neste sentido se mostram pertinentes. Estes estudos visarão avaliar e identificar factores em volta da prática do AM e AME e poderão contribuir para actualizar conhecimento existente para melhor planificar, priorizar e implementar as intervenções promotoras da prática de AM e AME. Os poucos estudos existentes, ou não são recentes, ou não se basearam nos dados mais recentes de que o país possui, logo, a disponibilização de dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2015 é uma oportunidade para se usar os dados fiáveis e mais actuais para informar as políticas de saúde.

## **2. Estudo sobre a prevalência do AME e factores associados**

### **2.1. Objectivos**

#### **2.2. Objectivo Geral**

Estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e os factores sociais e demográficos associados.

#### **2.3. Objectivos específicos**

Estimar a prevalência de aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo.

Descrever o aleitamento materno exclusivo por diferenciais sociais e demográficos.

Analisar a associação entre aleitamento materno exclusivo e variáveis sociais demográficas, tais como local de residência, índice de riqueza, escolaridade.

#### **2.4. Metodologia**

### **2.4.1 Desenho de estudo**

O presente estudo é de carácter quantitativo e transversal e utilizou dados secundários de um inquérito de base populacional, o inquérito de indicadores de imunização, malária e HIV/SIDA (IMASIDA) de 2015. Este inquérito foi realizado no âmbito do programa de inquéritos demográficos e de saúde (*DHS program*) em seguimento de outros anteriores cujo objectivo primário era determinar a prevalência do HIV, SIDA e Malária, bem como outros indicadores de saúde da mulher e da criança no país. O IMASIDA colheu dados representativos a nível nacional, provincial, por área de residência (urbana e rural) e outras características seleccionadas.

### **2.4.2 Área de estudo e População do estudo**

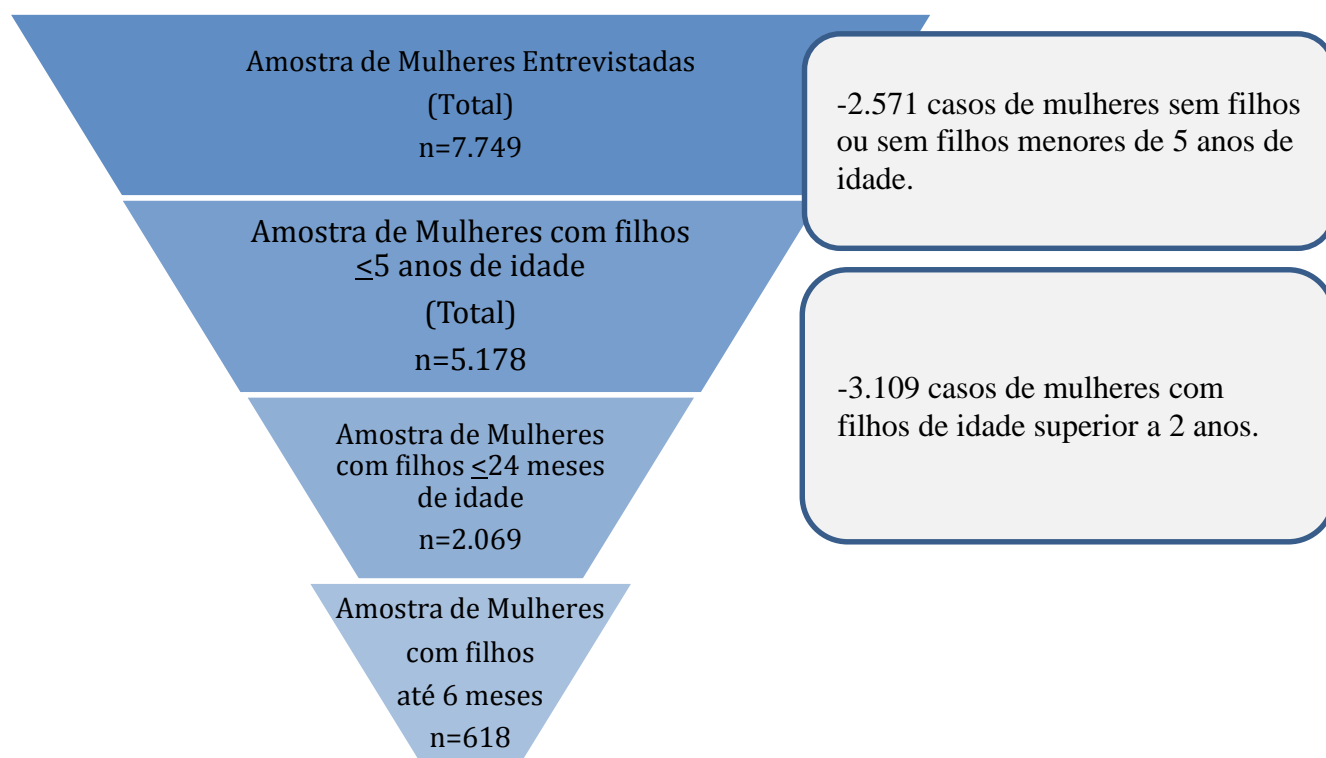
Moçambique é um país localizado no sudeste do Continente africano, banhado pelo Oceano Índico a leste e que faz fronteira com a Tanzânia ao norte; Malawi e Zâmbia a noroeste; Zimbabwe a oeste e Suazilândia e África do Sul a sudoeste. Na faixa Este é banhado pelo Oceano Índico numa extensão de 2,470 km, com um significado vital tanto para Moçambique como para os países vizinhos situados no interior, que têm ligação com o oceano através dos portos moçambicanos. O país está dividido em 11 províncias: sendo que ao Norte, estão as Províncias do Niassa, Cabo Delgado e Nampula, no Centro encontram-se as de Zambézia, Tete, Manica e Sofala e ao Sul, Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade ([www.portaldogoverno.gov.mz](http://www.portaldogoverno.gov.mz)).

Moçambique é um país basicamente agrário com uma população estimada em 27.909.798 habitantes com Produto Interno Bruto per Capita de 453 USD. Cerca de 66,6% da população vive na zona rural e a maioria são mulheres (52%). A taxa bruta de natalidade por 1000 habitantes é de 37,9% e a de mortalidade por 1000 habitantes é de 11,8%. A esperança de vida ao nascer é de cerca de 53,7 anos. Referir ainda que a taxa de analfabetismo embora tende a reduzir, situa-se em 39%(41).

As mulheres moçambicanas, são cerca de 52% da população no total, sendo que 50.1% estão na faixa etária dos 15-64 anos e a mediana de idade é de 16,6 anos. A maioria destas mulheres vivem na zona rural (62,4%) e a taxa de analfabetismo é de 49,4%. A taxa de fecundidade é alta, sendo que em cada mil habitantes nascem 38 crianças e o número médio de filhos por mulher é de cerca de 5,2. A taxa de mortalidade materna é de 452 por 100.000 mil nados vivos, embora haja melhoria com o acesso ao planeamento familiar e os cuidados pré-natais(41).

Estas mulheres têm necessidades a serviços básicos, principalmente serviços de saúde de qualidade e redução das distâncias percorridas para encontrar uma unidade sanitária, água segura e condições básicas de saneamento. A cada mil habitantes nascem cerca de 38 crianças e a taxa de mortalidade situa-se em 67,3 por mil nascidos vivos(41). Embora haja melhorias em alguns aspectos da sobrevivência infantil, todos os dias crianças com menos de 5 anos morrem por doenças preveníveis e curáveis como por exemplo diarreias, infecções respiratórias e SIDA, que é um resultado do fraco acesso da população determinantes favoráveis a saúde, incluindo água e saneamento adequados. Outro mal que afecta nas crianças é a malnutrição crónica que contribui para os índices elevados de mortalidade infantil e ainda a qualidade de vida das crianças a médio e longo prazo uma vez que têm repercussões negativas nas capacidades e capital humano para o futuro. Constitui ainda uma grande preocupação para o bem-estar das crianças moçambicanas, a melhoria da qualidade dos serviços sociais básicos, principalmente os serviços de saúde e a redução de distâncias para ter acesso a um serviço de saúde, particularmente nas zonas rurais onde a maioria destas crianças vive.

Figura 2: Selecção dos casos para análises do AME apartir dos dados do IMASIDA 2015.



### 2.4.3 Tamanho da amostra e amostragem

Trata-se de análise de dados secundários. O estudo fez estimativas com referência a todo o país, e sempre que pressupostos estatísticos permitiram, fez-se desagregação das análises para nível provincial. O estudo incluiu dados referentes a crianças dos 0 a 6 meses de idade, nascidos de mães dos 15 a 49 anos de idade, em todo o país. Com esses pressupostos, o tamanho de amostra é de 644 casos.

A amostra do IMASIDA foi definida com base na projecção para 2014/2015 dos resultados do 3º Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) de Moçambique, com garantia de representatividade a nível nacional, regional, urbano e rural. A amostra foi seleccionada em três etapas, sendo que na 1ª houve estratificação por província e por área urbana/rural e, seguidamente, houve selecção aleatória de 307 unidades primárias de amostragem. Na 2ª etapa foi seleccionada a área de enumeração (conglomerados) e na 3ª etapa, foram enumerados todos os

agregados familiares em cada uma das 307 unidades e conglomerados seleccionados aleatoriamente. Pode-se encontrar mais detalhes da metodologia de amostragem no relatório do IMASIDA 2015(42).

#### **2.4.4 Elegibilidade**

Critérios de inclusão

Incluiu-se para este estudos os casos da base de dados do inquérito nacional referentes a mães-respondentes que estivessem na faixa etária dos 15 a 49 anos de idade e que tivessem filho (crianças) de 0-6 meses de idade.

Critérios de exclusão

A exceção de não conformidade com critério de inclusão, não se aplicou qualquer critério de exclusão.

#### **2.4.5 Colecta de Dados**

Os dados do IMASIDA foram recolhidos por meio de entrevista com recurso a um questionário estruturado. Sendo a base de dados do IMASIDA 2015 de domínio público (*DHS Program*), os dados foram obtidos do sítio da internet do programa nos formatos disponibilizados (SPSS, SAS, STATA) e a análise estatística de interesse deste estudo.

Tratando-se de dados secundários, os procedimentos de controlo e monitoria da qualidade foram acautelados durante o processo de recolha e digitação dos dados do IMASIDA 2015. Este inquérito empregou inquiridores experientes e treinados, constróis internos de qualidade e consistência de dados, supervisão contínua e abrangente do trabalho de campo. Uma equipa de peritos internacionais do *DHS Program* lidou com questões de limpeza e validação dos dados, antes de os disponibilizar em domínio de acesso público e os fornecer ao Instituto Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Estatísticas de Moçambique, de onde são também obtidas as bases de dados.

#### 2.4.6 Análise de dados

A análise estatística compreendeu as seguintes abordagens sequenciais, ponderadas para a técnica de amostragem complexa e para erros de probabilidade de selecção de indivíduos:

- Análise descritiva – as variáveis quantitativas e contínuas foram analisadas quanto as medidas de tendência central (média, mediana, desvio padrão, dispersão) e de acordo com o grau de dispersão, a média (e desvio padrão e amplitude) ou mediana (e intervalo interquartil) foram usadas para descrever respectivamente para variáveis com pouca dispersão ou ampla dispersão. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e percentagens.

- Tabulação cruzada ou análise bivariada – onde a associação entre duas variáveis foi explorada. Para determinar os factores que estão associados a prática do AME, foram comparadas as características das mães e das crianças que não eram aleitadas exclusivamente contra as características das que eram aleitadas, sendo a medida de associação dos potenciais factores em relação ao AME a razão de chance e intervalo de confiança da razão de chance a 95%.

- Análise de regressão logística com múltiplas variáveis (ou multivariável) – onde se estima a associação entre as características estudadas e a prática de AME quando se ajusta para a presença de outras co-variáveis. A razão de chance e intervalo de confiança da razão de chance a 95% foi também utilizada como medida da associação. Em anexo estão descritas em detalhe as variáveis e procedimentos estatísticos (Tabela 5).

Para todas as análises usou-se um nível de significância a 5% e o modulo de Amostras Complexas do SPSS versão 24.

### **2.4.7 Aspectos Éticos**

As bases de dados finais dos inquéritos do DHS Program são públicas no sítio de internet do programa ([www.dhsprogram.com](http://www.dhsprogram.com)) e não violam o princípio de ética e confidencialidade pois os dados são anónimos e sem outros potenciais indentificadores dos participantes. O IMASIDA, 2015 foi implementado em concordância com as normas de éticas de Moçambique e internacionais e teve aprovação do Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique (CNBS), código IRB0002657, com a referência 262/CNBS/14. Os participantes IMASIDA consentiram de forma livre e informada antes da participação.

### **3. Resultados**

Nas Tabela 1 à 3, resume-se as características da amostra de 644 pares de mulheres-crianças às quais se pode entrevistar e analisar a questão de aleitamento materno exclusivo; as características gerais das mulheres são descritas em proporções ponderadas. A análise mostrou que a maior parte das mães respondentes do estudo estavam na faixa etária dos 15-29 anos (71,3%), sendo que a maioria vivia em união marital ou formal (93,2%) e apenas 6,8% nunca casou.

Aproximadamente 73% das mulheres entrevistadas para questões de AME tinham o nível de escolaridade primário, cerca de 1% tinha o nível secundário e 59% das mulheres não trabalhava. Aproximadamente 71% vivia na zona rural com fraco acesso a água “segura”(54,6%) e sem condições básicas de higiene e saneamento (indicado pelo facto de 73,3% referiu ter más instalações de toilet), e 73,7% não dispunha de electricidade na habitação. A maioria das mulheres (93%; 95 % IC: 90,1-94,9%) não tinha exposição aos mídias, indicada pelo facto de pouco mais da metade (55%) não dispunha de receptor de rádio e 75% não dispunha de receptor de televisão nas suas habitações.

A maioria das mulheres vivia num agregado com 4-6 membros e cerca de 96% tinha filhos menores de 5 anos numa ordem de 1 a 3 filhos. Aproximadamente 56% das mulheres fez mais de 4 consultas pré-natais e cerca de 32% fez 1 a 3 consultas pré

natais; a maioria das mulheres teve parto dentro de uma unidade de saúde (70,6%; 95% IC=62,5-78,7%). Contrariamente, apenas 27% das mulheres fez a consulta pós-natal dentro dos 2 meses. A maioria das mães(93,8%;95% IC:91,6-96,0%) estava a fazer o aleitamento materno.

**Table 1 - Características Sociais e Demográficas das Respondentes e Seus Agregados Familiares**

	Frequência	%	95% IC	
			Min	Max
<b>Idade da Mãe</b>				
15-19	154	23.9	20.1	27.7
20-24	183	28.4	24.3	32.5
25-29	123	19	15.5	22.5
30-34	86	13.4	10.3	16.5
35+	98	15.2	12.0	18.4
<b>Nível de escolaridade</b>				
Não estudou	173	26.8	22.8	30.8
Primário	468	72.6	68.6	76.6
Secundário	4	0.6	0.1	1.3
<b>Estado Marital</b>				
Nunca casou	44	6.8	4.5	9.1
Vivendo maritalmente	529	82.1	78.7	85.5
Formalmente casada	72	11.1	8.3	13.9
<b>Zona de residência</b>				
Urbano	188	29.2	25.1	33.3
Rural	456	70.8	66.7	74.9
<b>Região de residência</b>				
Norte	237	36.7	32.4	41.0
Centro	280	43.4	38.9	47.9
Sul	128	19.8	16.2	23.4
<b>Religião</b>				
Católica	189	29.5	25.4	33.6
Islâmica	135	21	17.3	24.7
Protestante	108	16.8	13.4	20.2
Zion	68	10.5	7.7	13.3
Evangélica	74	11.5	8.6	14.4
Sem religião	57	8.9	6.3	11.5
Outras	12	1.9	0.7	3.1
Omissos	2			
<b>Ocupação da mãe</b>				
Não trabalha	378	58.7	54.3	63.1
Emprego formal	10	1.6	0.5	2.7
Emprego informal	61	9.5	6.9	12.1
Emprego agrícola	167	26	22.1	29.9
Outros	27	4.2	2.4	6.0
<b>Índice de Riqueza</b>				
Mais Pobre	291	45.2	40.7	49.7
Intermediário	127	19.8	16.2	23.4
Mais rico	225	35	30.7	39.3
<b>Exposição aos mídias</b>				
Não	596	92.5	90.1	94.9
Sim	48	7.5	5.1	9.9
<b>Participação da mãe nas decisões</b>				

Sim	592	92	89.6	94.4
Não	52	8	5.6	10.4
<b>Tempo para levar água</b>				
<30 minutos	351	54.6	50.1	59.1
>30-60 minutos	103	15.9	12.6	19.2
> 60 minutos	26	4.1	2.3	5.9
Tem água em casa	113	17.5	14.1	20.9
Não sabe	51	7.9	5.5	10.3
<b>Fonte de água</b>				
Água segura	296	46	41.5	50.5
Água não segura	348	54	49.5	58.5
<b>Tipo de instalação de casa de banho</b>				
Boa instalação de casa de banho	191	29.7	25.6	33.8
Mã instalação de casa de banho	453	70.3	66.2	74.4
<b>Agregado tem electricidade</b>				
Não	475	73.7	69.7	77.7
Sim	160	24.8	20.9	28.7
Não residente	10	1.5	0.4	2.6
<b>Agregado tem rádio</b>				
Não	360	55.9	51.4	60.4
Sim	274	42.6	38.2	47.0
Não residente	10	1.5	0.4	2.6
<b>Agregado tem televisor</b>				
Não	483	75	71.1	78.9
Sim	151	23.5	19.7	27.3
Não residente	10	1.5	0.4	2.6
<b>Agregado tem refregirador</b>				
Não	548	85	81.8	88.2
Sim	87	13.5	10.4	16.6
Não residente	10	1.5	0.4	2.6
<b>Total</b>	<b>644</b>			

**Table 2 - Características de Utilização dos Serviços de Saúde e Reprodutivas das Respondentes**

	Frequência	%	95% IC	
			Min	Max
<b>Desejou gravidez quando ficou grávida</b>				
Desejava no momento que engravidou	508	79.4	75.8	83.0
Desejava mais tarde	93	14.5	11.3	17.7
Não desejava mais	39	6.1	3.9	8.3
<b>Sexo da criança</b>				
Masculino	320	49.7	45.2	54.2
Feminino	324	50.3	45.8	54.8
<b>Idade da criança(Meses)</b>				
0	49	7.6	5.2	10.0
1	103	15.9	12.6	19.2
2	91	14.2	11.1	17.3
3	100	15.5	12.2	18.8
4	108	16.8	13.4	20.2
5	107	16.7	13.3	20.1
6	86	13.4	10.3	16.5
<b>Ordem de nascimento do filho</b>				
Filho 1-2	272	42.2	37.8	46.6
Filho 3-4	204	31.6	27.4	35.8
Filho 5+	169	26.2	22.2	30.2
<b>Criança exposta ao HIV</b>				

Não exposta	406	63.1	54.6	71.6
Exposta	33	5.1	1.2	9.0
Não sabe	205	31.8	23.6	40.0
<b>Consulta Pré Natal</b>				
Não fez CPN	46	7.2	2.6	11.8
1-3 CPN	204	31.7	23.5	39.9
4+ CPN	359	55.7	46.9	64.5
Não sabe	34	5.3	1.3	9.3
<b>Local de Parto</b>				
Fora da unidade de saúde	189	29.4	21.3	37.5
Dentro da unidade da saúde	455	70.6	62.5	78.7
<b>Consulta Pós Natal dentro de 2 meses</b>				
Sim	173	27	23.0	31.0
Nao	468	73	69.0	77.0
Omissos	3			
<b>Total</b>	<b>644</b>			

### Aleitamento Materno Exclusivo

Considerando as 644 crianças de 0 a 6 meses de idade, a mediana de idade era de 3 meses e a proporção as crianças de sexo feminino era 50,3%. O nosso estudo indicou que apenas 47,1% (95% IC: 42,6-51,6%) estava a fazer o aleitamento materno exclusivo.

Os resultados mostram ainda que a proporção de quebra de AME por adicionar água à dieta da criança foi de 43,3%, a adição de leite artificial em 11,5%, ingestão de outros líquidos em 5,5% e alimentos semi-sólidos ou sólidos em 13,9%.

**Table 3 - Aleitamento Materno e Introdução de Alimentos**

	Frequência	%	95% IC	
			Min	Max
<b>Amamenta actualmente</b>				
Não	40	6.2	4.0	8.4
Sim	604	93.8	91.6	96.0
<b>Aleitamento Materno Exclusivo</b>				
Não	340	52.9	48.4	57.4
Sim	304	47.1	42.6	51.6
<b>Deu água a criança</b>				
Não	331	55	50.5	59.5
Sim	261	43.3	38.8	47.8
Não sei	10	1.7	0.5	2.9
Omissos	41			
<b>Deu leite fresco ou em pó</b>				
Não	526	87.2	84.2	90.2
Sim	69	11.5	8.6	14.4
Não sabe	8	1.3	0.3	2.3
Omissos	41			
<b>Deu outro líquido</b>				
Não	562	93.3	91.1	95.5

Sim	33	5.5	3.4	7.6
Não sabe	8	1.3	0.3	2.3
Omissos	41			
<b>Deu alimentos sólidos ou semi sólidos</b>				
Não	511	85.4	82.2	88.6
Sim	84	13.9	10.8	17.0
Não sabe	4	0.7	0.0	1.4
Omissos	4			
Nao aplicavel	41			
<b>Total</b>	<b>644</b>			

### Análise bivariada

A tabela 4 resume os resultados da análise da associação entre o aleitamento materno exclusivo (AME) até o 6 mês de vida com as características sociais, demográficas, culturais, económicas e de saúde, de acordo com as respostas dadas pela mãe das crianças índice do estudo. Desta forma, tomando como referencia a faixa etária de 35 ou mais anos de idade, verifica-se uma associação entre a idade da mãe e o AME peso embora tais associações não sejam diferentes de referencia nula, com efeito, as mães na faixa etária dos 15-19 anos tem 1,9 vezes maior chance de não aleitarem exclusivamente (95% IC OR=0,99-3,484) e as mães de faixa etária de 20-24 anos têm menor chance de não praticar o aleitamento exclusivo (OR=0,896;95% IC OR=0,476-1,686). Entretanto, para as mães de faixa etária dos 30-34 anos verificou-se associação diferente de referência nula, sendo que a razão de chance de não aleitarem exclusivamente é 2 vezes maior (OR=2,231; 95% IC OR=1,164-4,278);

O sexo da criança a associação mostrou-se não ser estatisticamente significativa, entretanto as crianças do sexo masculino têm uma menor chance de não serem aleitadas exclusivamente (OR=0,777; 95%IC OR= 0,53-1,14), comparativamente com as crianças do sexo feminino.

A idade da criança tem associação com o AME pois para cada aumento de 1 mês de idade da criança resulta em 1,6 vezes maior chance de não ser aleitada exclusivamente (OR=1,577; 95% IC OR=1,409-1,769). O estado marital da mãe não mostrou associação com diferente de referência nula com o AME, entretanto as mães que nunca casaram têm 1,6 vezes maior chance de não praticar AME (OR=1,604; 95% IC OR= 0,830-3,098) comparativamente com as mães vivendo maritalmente.

A utilização de consulta pré natal mostrou-se associada ao AME, com efeito, uma mãe que não fez consulta pré-natal têm 1,5 vezes maior chance de não aleitar exclusivamente em comparação com uma mãe que fez pelo menos 4 consultas pré-natais (OR=1,568; 95% IC OR=0,747-3,28), pese embora a associação não seja estatisticamente significativa; mesmo padrão se verificou quando se comparar as mães que fizeram algumas(1 a 3) consultas pré natais comparativamente com as mães que fizeram mais de 4 consultas pré natais (OR=1,067; 95% IC OR= 0,693-1,644);

Várias variáveis demográficas e de outras dimensões, nomeadamente, nível de escolaridade, ocupação da mãe, zona de residência, índice de riqueza, participação da mãe nas decisões, local do parto, ordem de nascimento da criança em aleitamento, se desejou a gravidez e exposição ao HIV, embora sejam importantes neste análise, de acordo com o modelo conceitual, não têm uma associação significativamente diferente de zero com o AME.

Table 4 - Análise de Associação Bivariável: NÃO Aleitamento Materno e Factores Sociais, Demográficos e de Utilização dos Serviços de Saúde

	<i>p</i>	OR	95% IC OR	
			Mín	Máx
<b>Idade da mãe</b>				
15-19 vs. 35+	<b>0.05</b>	1.86	0.99	3.48
20-24 vs. 35+	0.73	0.90	0.48	1.69
25-29 vs. 35+	0.37	1.33	0.71	2.48
30-34 vs. 35+	<b>0.02</b>	2.23	1.16	4.28
<b>Nível de escolaridade</b>				
Não estudou vs. secundário	0.41	2.68	0.26	28.01
Primário vs. secundário	0.57	2.01	0.18	22.27
<b>Estado Marital</b>				
Nunca casou vs. Vivendo maritalmente	0.42	1.60	0.83	3.10
Formalmente casada vs. Vivendo maritalmente	0.75	1.11	0.58	2.14
<b>Região de residência</b>				
Norte vs. Centro	0.20	0.88	0.53	1.46
Sul vs. Centro	0.06	0.61	0.37	1.02
<b>Zona de residência</b>				
Urbana vs. Rural	0.48	0.86	0.55	1.32
<b>Ocupação da mãe</b>				
Emprego formal vs. Não trabalha	0.48	3.85	0.76	19.52
Emprego informal vs. Não trabalha	0.48	1.35	0.67	2.72
Emprego agrícola vs. Não trabalha	0.48	1.21	0.70	2.08
Outras vs. Não trabalha	0.48	1.24	0.53	2.89

<b>Índice de Riqueza</b>				
Intermédio vs. Pobre	0.55	1.25	0.71	2.22
Relativamente rico vs. Pobre	0.20	0.88	0.56	1.37
<b>Participação da mãe nas decisões</b>				
Não vs. Sim	0.23	1.56	0.75	3.23
<b>Sexo da criança</b>				
Masculino vs. Feminino	0.20	0.78	0.53	1.14
<b>Idade da criança</b>				
1 mes de incremento	<b>0.00</b>	1.58	1.41	1.77
<b>Ordem de nascimento</b>				
Filho 1-2 vs. Filho 5+	0.40	1.23	0.76	2.00
Filho 3-4 vs. Filho 5+	0.26	1.38	0.79	2.41
<b>Desejou gravidez</b>				
Desejava quando engravidou vs. Não	0.59	0.80	0.37	1.77
Desejava mais tarde vs. 3 Não d	0.54	0.74	0.29	1.93
<b>Consulta Pré natal</b>				
Não fez CPN vs. 4+ CPN	<b>0.04</b>	1.57	0.75	3.29
1-3 CPN vs. 4+ CPN	0.12	1.07	0.69	1.64
Não sabe vs. 4+ CPN	0.12	0.50	0.21	1.21
<b>Local do parto</b>				
Fora da unidade de saúde vs. Dentro da unidade de saúde	0.80	1.06	0.66	1.73
<b>Criança exposta ao HIV</b>				
Não exposta vs. Não sabe	0.88	0.97	0.62	1.51
Exposta vs. Não sabe	0.14	0.53	0.23	1.23

## Modelo de regressão múltipla

Pese embora os modelos estatísticos tradicionalmente levem em conta o grau de associação bivariada para considerar o modelo multivariável, na nossa análise multivariável consideramos as variáveis indicadas como relevantes para análise multivariável em modelos testados por outras publicações e estudos similares(14,16,19,24,36,38). Verificamos associação do AME com 4 variáveis, nomeadamente: idade da mãe e da criança, participação da mãe nas decisões domésticas e a utilização da consulta pré-natal. A idade da criança manteve-se com associação com o não aleitamento exclusivo onde para cada aumento de um mês de idade da criança, a chance de não aleitamento exclusivo corresponde a incremento de 1,7 vezes (AOR=1,657; 95%IC AOR=1,461-1,879); a idade da mãe também manteve associação com não AME, sendo que as mães mais velhas tendem a aleitar exclusivamente; a análise mostrou também que a participação da mãe nas decisões é factor para o AME; sendo que as mães que não participam têm uma razão de

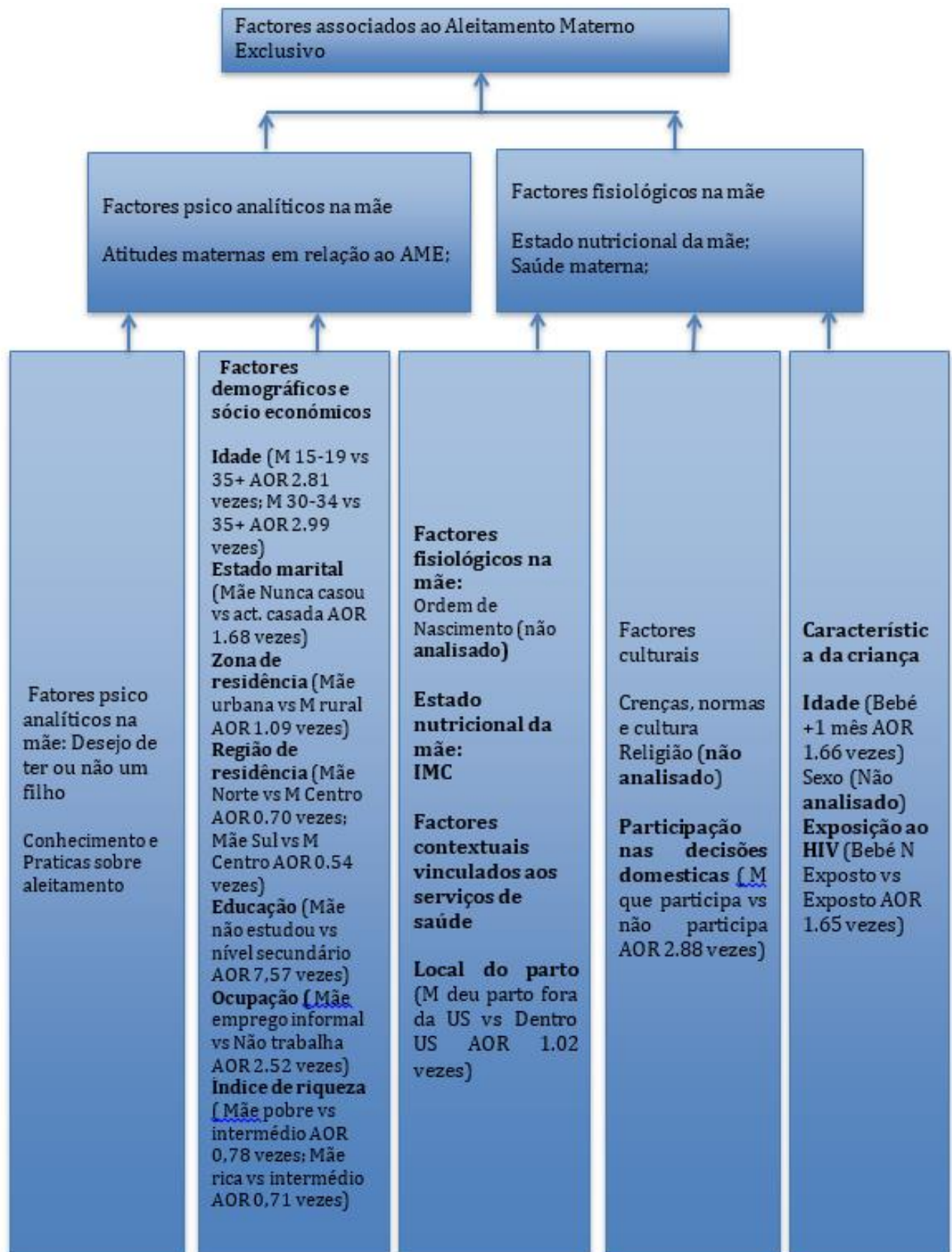
chance ajustada 2,9 vezes maior de não aleitar exclusivamente (AOR=2,877; 95%IC AOR=1,278- 6,478).

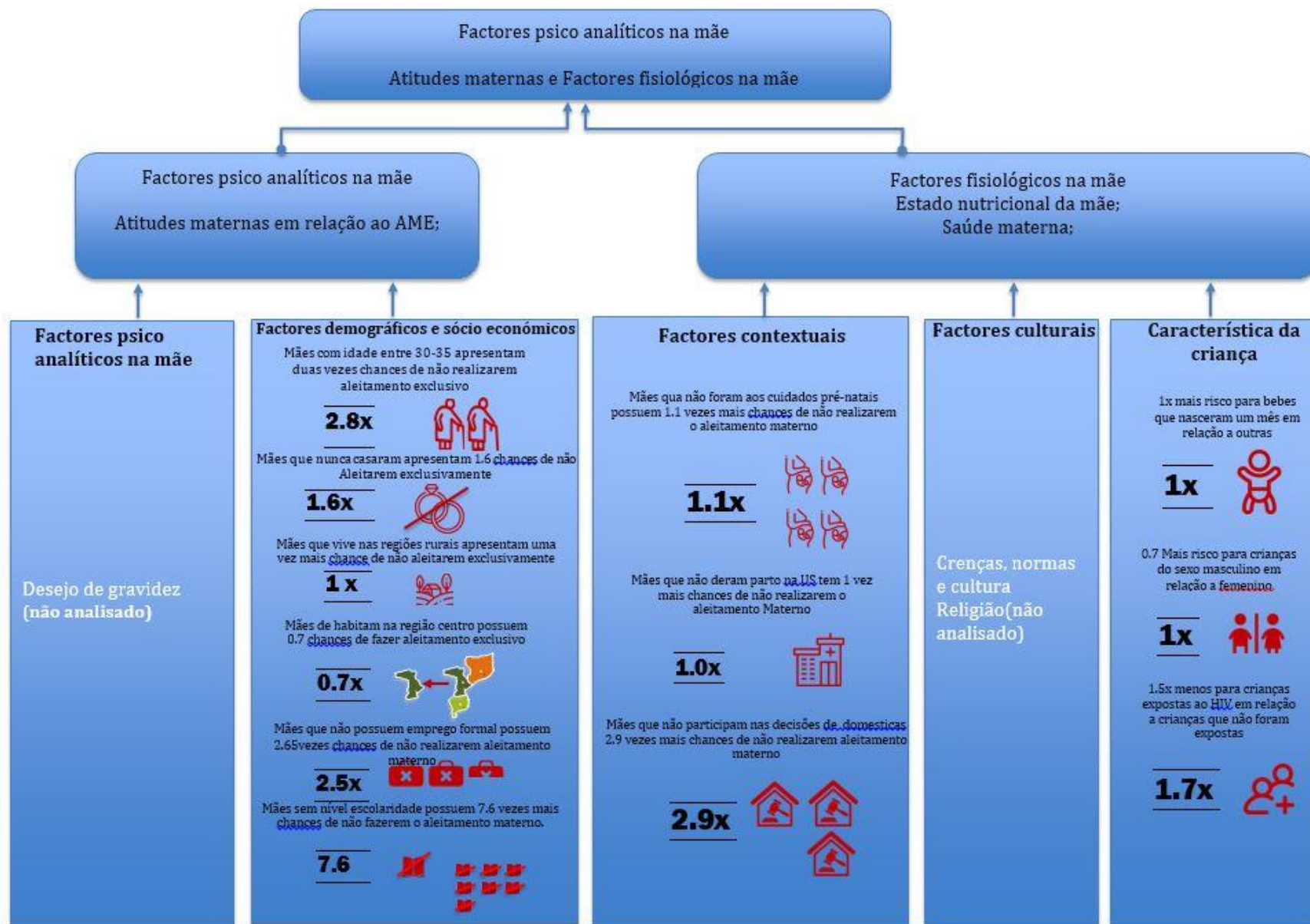
Por outro lado, incluiu-se no modelo, variáveis que embora não tenham mostrado com associação diferente de nula com não AME, são programaticamente relevantes, como as sócio demográficas (nível de escolaridade da mãe, estado marital, zona de residência, ocupação da mãe, índice de riqueza e o local de parto) observados em estudos similares como preditores do AME(14,16,19,24,35,36,38)e também pela sua importância pois são variáveis que no contexto de Moçambique são considerados factores-chaves para saúde e desenvolvimento, tendo em conta os baixos níveis de escolaridade, emprego, e acesso aos serviços de saúde, não se esquecendo que Moçambique é considerado um dos países mais pobres do mundo onde larga fasquia da população vive abaixo do índice de pobreza aceitável(1,90 USD/dia). Assim analisar estas variáveis é imprescindível para o estudo.

**Table 5 - Análise de Regressão Múltipla: Probabilidade de NÃO Aleitamento Materno e características Sociais, Demográficas e de Utilização de Serviços de Saúde**

	<i>p</i>	AOR	AOR IC 95%	
			Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>				
15-19 vs. 35+	<b>0.01</b>	2.81	1.33	5.94
20-24 vs. 35+	0.56	1.24	0.60	2.59
25-29 vs. 35+	0.07	1.88	0.95	3.74
30-34 vs. 35+	<b>0.00</b>	2.99	1.48	6.01
<b>Nível de Escolaridade</b>				
Não estudou vs. Secundário	0.07	7.57	0.87	65.81
Primário vs. Secundário	0.12	5.38	0.65	44.72
<b>Estado Marital</b>				
Nunca casou vs. Actualmente casada	0.11	1.68	0.76	3.76
Casada formalmente vs. Actualmente casada	0.39	0.71	0.32	1.57
<b>Região de Residência</b>				
Norte vs. Centro	0.53	0.70	0.39	1.27
Sul vs. Centro	0.07	0.54	0.28	1.04
<b>Zona de Residência</b>				
Urbano vs. Rural	0.79	1.09	0.58	2.04
<b>Ocupação da mãe</b>				

Emprego formal vs. Não trabalha	0.51	16.50	1.22	223.35
Emprego informal vs. Não trabalha	0.07	2.52	1.05	6.08
Emprego agrícola vs. Não trabalha	0.29	1.51	0.85	2.68
Outras vs. Não trabalha	0.87	1.38	0.53	3.62
<b>Índice de Riqueza</b>				
Pobre vs. Intermédio	0.81	0.78	0.41	1.47
Rico vs. Intermédio	0.30	0.71	0.37	1.36
<b>Participação nas decisões</b>				
Não vs. Sim	<b>0.01</b>	2.88	1.28	6.48
<b>Idade da Criança</b>				
1 mês de incremento	<b>0.00</b>	1.66	1.46	1.88
<b>Consulta Pré natal</b>				
Não fez CPN vs. 4+ CPN	<b>0.02</b>	1.13	0.44	2.91
1-3 CPN vs. 4+ CPN	<b>0.01</b>	1.09	0.66	1.81
Não sabe vs. 4+ CPN	0.01	0.23	0.08	0.68
<b>Local do Parto</b>				
Fora da unidade de saúde vs. Dentro	0.96	1.02	0.55	1.87
<b>Criança Exposta</b>				
Não exposta vs. Exposta	0.67	1.65	0.63	4.35
Não sabe vs. Exposta	0.48	1.46	0.50	4.25





#### **4. Discussão de resultados**

No presente estudo, usou-se uma amostra do IMASIDA 2015 de pares mãe-crianças de 0 a 6 meses representativas de todo Moçambique, com o objectivo de analisar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e os factores sociais e demográficos associados. O aleitamento materno é considerado uma forma eficaz e económica de alimentar a criança, não requer recursos financeiros e sempre está disponível em condições de ambiente desejáveis. O leite materno é o melhor alimento para garantir os nutrientes necessários aos recém-nascidos até os seis meses de idade pois, é rico em proteínas, vitaminas, anticorpos, gorduras e água, essencial para o bom desenvolvimento da criança, para além de proporcionar diversos benefícios para a mãe(43).

Os resultados do presente estudo mostraram que a prevalência do AM em geral é alta (94%). Em Moçambique, as mulheres escolhem em geral aleitar ao peito e este prolonga-se até aos dois anos da criança, mas no entanto, após décadas de Promoção de Políticas de AME, os resultados de AME não são ainda satisfatórios. A prevalência de AME, em contraste com alta prevalência de AM, foi de cerca de 47%. Estes resultados são de um contexto em que a posição da mulher é pouco favorável e o AME é quebrado com administração de água numa situação em que poucas mulheres têm acesso a água segura (apenas 17,5% têm água em casa). Outros estudos observaram resultados semelhantes em relação a quebra do AME com introdução de outros alimentos, incluindo água(26,28).

A prevalência de AME é ainda preocupante considerando as metas propostas no PMRDC(70% até 2020) e na Política Nacional de Alimentação Infantil (PNAI)(13,44). Também considerando outros países da África, como o Ruanda e Burundi que conseguiram alcançar e exceder as metas recomendadas pela OMS e também outros países como a Etiópia e Tanzânia com taxas próximas das recomendadas até 2025) 58,2% e 52,6% respectivamente)(11). Os resultados deste estudo sugerem que o alcance das metas estratégicas pode estar comprometido, e o combate a desnutrição crónica em Moçambique manter-se-á ainda um grande desafio, tendo em conta que uma das principais intervenções das políticas foi a promoção do aleitamento materno exclusivo(13).

O estudo mostrou que a idade da mãe é um factor associado a prática de AME. As mães relativamente jovens têm maior chance de não aleitar. Este achado é similar a um outro estudo realizado em Moçambique que observou que mulheres a partir dos 25 tendem a amamentar exclusivamente(24).

A idade da criança teve associação estatisticamente significativa com o AME (OR= 1,577; 95% IC OR=1,406-1,769). Na análise ajustada desta associação, também se confirma a associação significativa (OR=1,677; 95% IC AOR=1,461-1,879) pois para cada aumento de 1 mês de idade há uma maior chance da criança não ser aleitada exclusivamente. Este achado pode ser explicado por possíveis interações de outras co-variáveis, por exemplo, todas as mães são inerentemente trabalhadoras (quer formal quer informal) e poderem amamentar exclusivamente somente no período imediatamente após nascimento que coincide com a licença de maternidade parto. Em Moçambique, a licença de maternidade é de 4 meses(21,25,45).

Outro mecanismo subjacente que leva chance do AME reduzir com avanço da idade da criança pode ter a ver com o nosso achado de que, as mães quebrarem o AME dando água a criança (43% das crianças estavam sendo amamentadas exclusivamente quebrou o AME com água e aproximadamente 14% com alimentos semi- sólidos e sólidos) – vide tabela 1 da análise univariável. Possivelmente as mães considerem que o leite materno não seja suficiente para satisfazer as necessidades de hidratação da criança num país tropical como o é Moçambique. Um estudo realizado em quatro províncias de Moçambique(Gaza, Tete, Zambézia e Nampula), os resultados apontaram que mães introduzem outros alimentos ou líquidos além do leite materno antes dos 6 meses alegando que a criança precisa de água logo cedo para que cresça saudável para além das questões tradicionais que obrigam a mãe a dar medicamentos para protege-la dos maus espíritos(46). Possibilidade adicional é o facto de terem que deixar a criança sob o cuidado de outras pessoas para voltar ao trabalho (formal e informal) dada a responsabilidade da mulher nas tarefas de agricultura e outras domésticas no contexto de Moçambique. Estas hipóteses foram verificadas por um estudo similar realizado no Quénia, em que mais de 50% dos bebés menores de 6 meses receberam leite materno mais água(26) e na Etiópia onde a maioria das mães deram água além do leite materno(16).

Não se verificou uma associação estatisticamente significativa do AME com nível de escolaridade, ocupação da mãe, índice de riqueza, exposição aos mídias, consulta pré-natal, local do parto, ordem de nascimento da criança em aleitamento, e exposição ao HIV. Contrariamente as nossas hipóteses e achados, outros estudos encontraram associação destas variáveis com aleitamento exclusivo, sendo o nível de escolaridade um factor determinante para a mãe decidir amamentar exclusivamente ao seu filho. Os estudos(8,19,45)consideraram que a escolaridade dá melhor percepção sobre a importância e os benefícios que esta prática possa trazer para a saúde da mulher e do seu bebé. O nosso estudo não elucidou associação no contexto de Moçambique embora exista uma maior chance de uma mãe que não estudou não aleitar exclusivamente comparativamente com uma mãe com nível primário. Possivelmente a alta proporção (73%; 95% IC 68,6-76,6) de mães com baixa escolaridade na amostra é que explica não se verificar a associação.

Também encontramos que as ocupações da mãe não tiveram associação significativa em relação ao AME, embora mães que tinham emprego formal tinham maior chance (OR=3,846) de não aleitar exclusivamente comparando com as mães que não tinham emprego formal. Este achado foi observado em estudo similar(15), justificando-se pelo facto das mães com emprego terem pouco tempo em casa após a maternidade e resulta em uma tendência de deixar a criança sob os cuidados de outros para procurar ou aumentar rendimentos para o agregado; por outro lado, as mães com emprego formal a licença de maternidade que lhe é limitada a 4 meses não lhes favorece a implementar o AME tendo em conta que este é recomendado por 6 meses e demanda íntima e contínua proximidade do par mãe-criança.

O estudo mostra que se introduz muito cedo outros líquidos como por exemplo leite artificial, alimentos semi-sólidos ou sólidos como papas, iogurtes ou sumos. Seria esta atitude para garantir a alimentação da criança durante a hora laboral? Estes nós consideramos factores importantes de decisão da mãe em continuar ou não a amamentar e esta questão carece de estudos analíticos futuros.

Fica claro com os resultados deste estudo que são poucos os factores conhecidos, os sociais e demográficos, que explicam o não AME em Moçambique, e quiçá nos

países similares e contíguos, onde a prevalência de AM é quase universal (94%). Estes resultados “negativos” apenas nos indicam a necessidade de estudos mistos e mais profundos para compreender-se as dinâmicas e factores subjacentes ao AME, pois os sociodemográficos e económicos “tradicionais” não explicam cabalmente a situação em Moçambique, e é urgente gerar tais conhecimentos se almejar-se melhoria estratégica do AME como plasmado nas recomendações da OMS até 2020. Além de estudos, achamos que a lei do trabalho, a licença de maternidade, o estatuto da mulher e outros que confere o direito da licença de maternidade no verdadeiro sentido, e o empoderamento social e económico da mulher deveriam estar alinhados com as políticas de saúde.

Considerando a escolaridade como factores focando em mães que não estudaram, estas apresentam 7,6 vezes maior chance de não aleitar exclusivamente (AOR=7,565; 95%IC AOR=0,870-65,807), comparativamente com as mães com nível secundário; as mães que nunca estiveram casadas apresentam 1.7 vezes maior chance de não aleitar exclusivamente (AOR=1,684; 95%IC AOR=0,755-3,756) comparando com as mães casadas na altura do inquérito; o estudo observou que mães que vivem na zona urbana tem maior chance de não aleitar (AOR=1,089; 95%IC AOR=0,581-2,044). O local de parto foi também analisado, e mães que tiveram parto fora da unidade de saúde tinham maior chance de não aleitar exclusivamente (AOR=1,017; 95%IC AOR=0,553-1,868).

**Limitações:** A frequência de crianças com estado de exposição ao HIV desconhecido pode indicar que a maioria das mães não respondeu as questões sobre exposição da criança ao HIV por se tratar de um assunto sensível. Esta pode ser uma limitação para o nosso estudo tendo em conta que não poderemos analisar as mães que estavam em AME dentro da estratégia do HIV, onde as mulheres são sobretudo recomendadas dar exclusivamente o leite do peito enquanto tomam antirretrovirais. A escolha de leite artificial nestes casos já não é uma recomendação forte da política dada a alta prevalência de pobreza (24,5% com acesso a eletricidade, 46% com acesso a água segura e 13,5% tinham geleira). Outra possível limitação é própria de inquéritos por questionários, onde as respostas à questões sensíveis por exemplo podem ser sujeita a viés de respostas. Porém, as questões sobre aleitamento, com excepção às relacionadas com a problemática do HIV, não são sensíveis, e ao limitar-

se às questões a eventos do dia anterior, o viés de memória terá sido pouco provável. Além disso, num contexto onde a prevalência do AM é quase universal, factores de AME podem não ser captados por observação “pontual” por questionários, o estudo têm a limitação de não observar-se as dinâmicas diárias de AM e por via dessa compreender a inter-relações complexas facilitadoras ou limitantes do AME.

Ou seja, a subamostra dos 644 casos referentes a crianças dos 0 a 6 meses de idade, não resultou de um estudo concebido para estudar o de aleitamento materno, mas sim de um estudo de malária e SIDA o que pode criar um viés de seleção.

## **5. Conclusões**

Pode-se concluir que em Moçambique reconhece-se a oportunidade de promover o AME dada a alta prevalência de AM em geral e a necessidade expressa de capitalizar os benefícios do AME dentro de estratégias para redução da desnutrição e controlo de doenças da infância. Por outro lado, mesmo sendo um país de alta prevalência de HIV, também transmissível por aleitamento materno, o AME é crucial para redução da transmissão vertical do HIV embora o leite materno potencialmente veicule ou exponha as crianças ao HIV. AME é parte da política de prevenção da transmissão do HIV verticalmente pois, como demonstrado por este estudo, a prevalência de AM mantém-se quase universal. O AME teria assim menor probabilidade de transmitir o HIV se comparado com alimentação mista, que certamente seria prática num contexto de alta prevalência de pobreza e más condições sociais e económicas em que as mães estão inseridas, conforme os resultados descritivos deste estudo também ilustraram.

A prevalência de AME, pese embora incrementada em comparação com estimativas prévias, mantém-se a níveis insatisfatórios e ainda distantes das metas das políticas de saúde adoptadas para alimentação infantil. Além disso, com excepção de idade da criança e da mãe, os pré-concebidos factores determinantes do não AME não foram demonstrados ter associação com a prática de AME. Este facto remete-nos a concluir que as políticas de alimentação e AME em Moçambique podem ter sido

traçadas com estratégias e actividades fundamentadas em pressupostos insuficientes, baseados em factores-chave tradicionalmente considerados potenciais determinantes mas que carecem de verificação adicional. A investigação de dinâmicas e factores na base da determinação de AME é urgente e crucial e esta deverá constar de uma agenda de pesquisa sobre alimentação infantil em Moçambique.

## REFERÊNCIAS

1. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J.* 2012;7(1):12.
2. Misau. Promoção de Nutrição e Amamentação.
3. UNICEF. 2016 Relatório Anual.
4. Elgorashi A. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding among Mother with Infant Age 0-6 Months. *International Journal of Science and Research (IJSR).* 4ª. 2015 Aug 8;
5. World Health Organization, UNICEF. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025: the integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). [Internet]. Geneva; New York: World Health Organization ; United Nations Children's Fund; 2013 [cited 2019 Oct 21]. Available from: <http://www.defeatdd.org/sites/default/files/node-images/gappd-full-report.pdf>
6. Nick M. A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA.
7. Marques R, Lopez FA, Braga JA. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr Rio J.* 2004;80(Supl 2):S99–105.
8. Santos VLF dos, Soler ZASG, Azoubel R. Children in the first semester of life: focus on exclusive breastfeeding. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* 2005;5(3):283–291.
9. Akre J. Alimentacao Infantil bases fisiologicas. IBFAN BRASIL;
10. World Health Organization, UNICEF. Guideline. the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 31]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379872/>
11. Natalia V. Bhattacharjee; et al. Mapping exclusive breastfeeding in Africa between 2000 and 2017. Corrected: Publisher Correction.
12. Assembleia da República. Plano+Quinquenal+do+Governo+2010-14.pdf. 2010.
13. Misau. PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA EM MOÇAMBIQUE 2011 – 2015 (2020).
14. Oche MO, Umar AS, Ahmed H. Knowledge and practice of exclusive breastfeeding in Kware, Nigeria. *Afr Health Sci.* 2011;11(3).

15. Tan KL. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. *Int Breastfeed J.* 2011;6(1):2.
16. Setegn T, Belachew T, Gerbaba M, Deribe K, Deribew A, Biadgilign S. Factors associated with exclusive breastfeeding practices among mothers in Goba district, south east Ethiopia: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2012;7(1):17.
17. Chicatsa AFJ. Representações Sociais do Aleitamento Materno em Mães Lactantes na Cidade de Nampula-Moçambique. 2017;
18. Silva AP da, Souza N de. Prevalência do aleitamento materno. *Rev Nutr.* 2005;301–310.
19. Mirione FE. Factores determinantes para o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida na área de Mavalane [B.S. thesis]. Universidade Eduardo Mondlane; 2015.
20. Dalcastagnê SV. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo em uma população de Luanda, Angola. 2016;
21. Machado MCM, Assis KF, Oliveira F de CC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(6):985–994.
22. Ramos CV, Almeida JAG de, Saldiva SRDM, Pereira LMR, Alberto NSM da C, Teles JBM, et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina–Piauí. 2010;
23. Hussein TH, Mgongo M, Uriyo JG, Damian DJ, Stray-Pedersen B, Msuya SE, et al. Exclusive Breastfeeding Rates and Factors Associated with Exclusive Breastfeeding Practices in Northern Tanzania: Measurement using Two Different Methodologies—24 Hours Recall and Recall Since Birth. *Int J MCH AIDS.* 2019;8(1):32.
24. Couto A. Análise das práticas de amamentação entre mulheres suburbanas e periurbanas da área de saúde de Mavalane, na cidade de Maputo. Universidade Eduardo Mondlane;
25. Tembe S. Avaliação dos factores que influenciam na interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo na província de Maputo. [Maputo]: Universidade Eduardo Mondlane;
26. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso J-C, Kyobutungi C, Mutua MK, Gitau TM, et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC Public Health.* 2011;11(1):396.
27. De Schacht C. Factors influencing mother-to-child transmission of HIV during pregnancy and breastfeeding in Mozambique [PhD Thesis]. Ghent University; 2015.

28. Sibeko L, Dhansay MA, Charlton KE, Johns T, Gray-Donald K. Beliefs, attitudes, and practices of breastfeeding mothers from a periurban community in South Africa. *J Hum Lact*. 2005;21(1):31–38.
29. Ukegbu AU, Ukegbu PO, Onyeonoro UU, Ubajaka CF. Determinants of breastfeeding patterns among mothers in Anambra State, Nigeria. *South Afr J Child Health*. 2011;5(4):112–116.
30. Qureshi AM, Oche OM, Sadiq UA, Kabiru S. Using community volunteers to promote exclusive breastfeeding in Sokoto State, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2011;10.
31. Agunbiade OM, Ogunleye OV. Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up. *Int Breastfeed J*. 2012;7(1):5.
32. Demilew YM, Tafere TE, Abitew DB. Infant and young child feeding practice among mothers with 0–24 months old children in Slum areas of Bahir Dar City, Ethiopia. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Mar 11];12(1). Available from: <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-017-0117-x>
33. Perlito DCA. Avaliação do estado de nutrição e dos hábitos alimentares no 1º ano de vida de crianças dos 0 aos 24 meses da Província de Nampula, Moçambique. 2014;
34. Del Ciampo LA, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Ricco RG, Martinelli Júnior CE. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. *Pediatria (Santiago)*. 2008;30(1):22–26.
35. Agho KE, Dibley MJ, Odiase JI, Ogbonmwan SM. Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(1):2.
36. Alemayehu T, Haidar J, Habte D. Determinants of exclusive breastfeeding practices in Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*. 2009;23(1).
37. Victor R, Baines SK, Agho KE, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding indicators among children less than 24 months of age in Tanzania: a secondary analysis of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001529.
38. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:91–91.
39. Araújo M de FM de, Del Fiaco A, Pimentel LS, Schmitz B de AS. Costs and savings for the family as the result of breast feeding. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2004;4(2):135–141.

40. Marques RF, Taddei JA, Lopez FA, Braga JA. Breastfeeding exclusively and iron deficiency anemia during the first 6 months of age. *Rev Assoc Médica Bras.* 2014;60(1):18–22.
41. Apresentação dos resultados do Censo 2017.
42. Misau. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA.
43. Weltgesundheitsorganisation, editor. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003. 30 p.
44. Misau. Estratégia Nacional de alimentação Infantil.
45. Tampah-Naah AM, Kumi-Kyereme A, Amo-Adjei J. Maternal challenges of exclusive breastfeeding and complementary feeding in Ghana. *PloS One.* 2019;14(5):e0215285.
46. Arts M, Geelhoed D, De Schacht C, Prosser W, Alons C, Pedro A. Knowledge, beliefs, and practices regarding exclusive breastfeeding of infants younger than 6 months in Mozambique: a qualitative study. *J Hum Lact.* 2011;27(1):25–32.

# ANEXOS

## ANEXO I



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE**  
**IRB00002657**

**Exmo Senhor**  
**Dr. Francisco Mbofana**  
**MISAU-DNSP**

**Ref: 42/CNBS/2014**

**Data 10 de Março de 2014**

**Assunto:** Parecer do Comité Nacional de Bioética para saúde (CNBS) sobre o estudo: "*Inquérito de Indicadores de Malária e HIV e SIDA em Moçambique (IMASIDA 2014)*"

No dia 20 de Março de 2014, o Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) fez a revisão das correcções efectuadas no protocolo intitulado "*Inquérito de Indicadores de Malária e HIV e SIDA em Moçambique (IMASIDA 2014)*";

Registado no CNBS com o número 127/CNBS/2013, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia,

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a devida aprovação aos seguintes documentos:


- Protocolo (versão 1.3) de 11 de Março de 2014
- Consentimentos informados (versão 1.3) de 11 de Março de 2014
- Instrumentos de Recolha de dados (versão 1.3) de 11 de Março de 2014

Todavia, o CNBS informa que:

- 1- A lista actualizada dos membros do CNBS esta disponível na secretaria do Comité.
- 2- Não houve declaração de conflitos de interesse por nenhum dos membros do CNBS .
- 3- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 20 de Março de 2015. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.
- 4- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
- 5- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.

Com as nossas mais cordiais saudações.

O Presidente

  
Dr. João Fernando Lima Schwabach

ENDEREÇO:  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
C. POSTAL 264  
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende  
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)  
Telex: 6-239 MISAU MO  
FAX: 258 (1) 426547  
258 (1) 33320

## ANEXOS II

Ordem	Objectivos do Estudo	Variaveis	Tipo de variavel	Valores	Procedimento estatistico
1	Estimar a prevalência de aleitamento materno	Aleitamento materno	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	n, %, 95% IC da %
		Aleitamento materno exclusivo	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	n, %, 95% IC da %
2	Determinar a prevalência de aleitamento materno exclusivo por diferenciais sociais e demográficos.	Fez aleitamento materno exclusivo	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim (ref)	
		idade da mae	qualitativa, nominal	15-49 anos	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n,
		nivel educacional da mae	qualitativa, nominal	0=nao estudou; 1=primario; 2=secundario+	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		estado marital	qualitativa, nominal	0=Nunca casou; 1= Vivendo maritalmente; 2=Formalmente casada	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		zona de residencia	qualitativa, nominal	rural=0; urbana=1	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n,
		regiao de residencia	qualitativa, nominal	0=Norte; 1=Centro; 2=Sul	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n,
		Religião	quantitativa, Discreta	1 catolica;2 Islamica; 3 Protestante; 4 Zion; 5 Evangelica; 6 Sem religião; 96 Outras	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Ocupação da mãe	qualitativa, nominal	0 Nao trabalha; 1 Emprego formal, 2 Emprego informal; 3 emprego agrícola; 4 Outros	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		agregado tem electricidade	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		fonte a agua	qualitativa, nominal	0=agua segura; 1= não segura	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel

Ordem	Objectivos do Estudo	Variaveis	Tipo de variavel	Valores	Procedimento estatistico
2	Determinar a prevalência de aleitamento materno exclusivo por diferenciais sociais e demográficos.	Fez aleitamento materno exclusivo	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim (ref)	
		tempo para levar agua	qualitativa, nominal	0=<30 minutos; 1=>30-60 minutos; 2=> 60 minutos	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		tipo de instalacoes de casa de banho	qualitativa, nominal	0= Boa instalação de casa de banho; 1= Mas instalação de casa de banho	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		quintil de riqueza	qualitativa, nominal	1=mais pobre; 2=pobre; 3=intermedio; 4=rico; 5=mais rico	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		sexo da crianca	qualitativa, nominal	1=Masculino; 2=Feminino	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Idade da crianca(Meses)	quantitativa, Discreta	0-6 meses	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Ordem de nascimento	quantitativa, continua	0 Filho 3-4; 1 Filho 3-4; 2 Filho 5+	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Criança exposta ao HIV	qualitativa, nominal	0=Não exposta; 1=Exposta; 2=Não sabe	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Consulta pré-natal com profissional de saúde	quantitativa, continua	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Local do Parto	quantitativa, continua	0=Parto fora dos serviços de saúde; 1=Parto dentro dos serviços de saúde; 2=Outros	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Consulta pos natal ate 2 meses	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Aleitamente corrente	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Deu água a criança	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel

Ordem	Objectivos do Estudo	Variáveis	Tipo de variável	Valores	Procedimento estatístico
2	Determinar a prevalência de aleitamento materno exclusivo por diferenciais sociais e demográficos.	Fez aleitamento materno exclusivo	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim (ref)	
		Deu leite fresco ou em pó	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Deu outro líquido	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Deu alimentos sólidos ou semi sólidos	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		exposicao a midia	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
		Participacao da mae nas decisoes	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim	Tabela Cruzada/Regressao Logistica Simples: n, %,p,OR, 95% IC OR por cada categoria da variavel
3	Analisar o grau de associação de aleitamento materno exclusivo com variáveis sociais demográficas	dependente: fez aleitamento materno exclusivo	qualitativa, nominal	0=nao; 1= sim(REF)	
		Todas as anteriores desde que o $p < 0,05$			Regressao Logistica: p, ORa, 95% IC ORa