

Habitudes d'allaitement d'enfant de zero a six mois de vie dans une ville du sud du Brésil

Vagner de Souza Vargas

Maria Cristina Flores Soares

RÉSUMÉ

L'allaitement maternel est la forme la plus naturelle et la plus sûre d'allaiter un enfant en bas âge. L'objectif de cette étude a été de caractériser les habitudes d'allaitement d'enfants de zéro a six mois de vie par comparaison de données de deux études transversales réalisées en 1995 et 2004 à Rio Grande, Brésil. La proportion d'enfants exclusivement allaités jusqu'à l'âge de 6 mois a augmenté dans la seconde étude, mais non de façon significative (1995: 2,5%; 2004: 3,9%; $p=0,65$). La proportion d'enfant qui, recevaient l'allaitement prédominant jusqu'à l'âge de six mois a augmenté (1995: 10,1%; 2004: 15,6%; $p<0,05$). Les proportions de l'allaitement maternel ont été (1995: 36,5%; 2004: 38,4%; $p=0,72$). Le pourcentage d'enfant recevant exclusivement l'allaitement artificiel a diminué dans la seconde étude (1995: 9,4%; 2004: 2,6%; $p<0,01$). L'allaitement mixte exclusif a diminué (1995: 29,6%; 2004: 5,5%; $p<0,01$). La proportion d'enfant recevant l'allaitement mixte prédominant a été (1995: 66,1%; 2004: 62,3%). La proportion d'enfant recevant de forme prédominante l'allaitement artificiel a été (1995: 18,2%; 2004: 18,2%). Il a été observé une proportion moindre d'enfant recevant de forme prédominante du lait de vache (1995: 36,5%; 2004: 8,3%; $p<0,01$). La proportion d'enfant recevant l'allaitement partiel jusqu'au sixième mois a augmenté (1995: 14,9%; 2004: 27,8%; $p<0,05$). La conclusion est que la pratique de l'allaitement exclusif jusqu'au sixième mois des enfants objet de l'étude, demeure bien en deça des préconisations de l'OMS. En outre, l'habitude d'introduire d'autres aliments, liquides et lait avant six mois est commun dans cette population.

Mots-clés: Allaitement- Lait de la vache- Lait artificiel- Enfants

INTRODUCTION

L'allaitement est la forme de nutrition qui apporte la meilleure contribution effective pour la croissance et le développement de l'enfant, due à ses avantages d'ordre nutritionnel, immunologiques, économiques, psychologiques et écologiques^{1,2}. Il doit commencer aussitôt que possible et être offert à la libre demande, sans qu'il soit nécessaire d'introduire de l'eau, des jus de fruits ou d'autres aliments^{1,2}. La promotion de l'allaitement exclusif

a été implantée pour ses effets bénéfiques sur la santé de la mère et de l'enfant^{1,2,3}. Pourtant, la durée optimale de l'allaitement exclusif a été amplement débattue^{1,2,3}. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande actuellement l'allaitement durant au moins deux ans, avec addition de compléments alimentaires après le sixième mois de vie³.

Nutritionist. MSc. Health Sciences. Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG

²PhD. Departamento de Ciências Fisiológicas. Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Correspondência para / Correspondence to:

Vagner de Souza Vargas

Av. Cidade de Lisboa, 623/214 - Fragata

96045-010. Pelotas - RS - Brasil

Tel.: (53) 9147 7667

E-mail: vagnervarg@hotmail.com

L'allaitement maternel est la forme la plus naturelle et sûre d'alimenter un enfant en bas âge^{1,2,3}. Il fournit une combinaison unique de protéines, lipides, glucides, minéraux, vitamines, enzymes et cellule vives, et également les indiscutables bénéfices immunologiques, psychologiques et économiques⁴. La composition nutritionnelle du lait maternel possède une proportion exacte d'éléments nutritifs pour le bon développement du cerveau humain, au contraire du lait d'autres mammifères⁴. Le lait humain est un fluide biologique complexe, spécifique à l'espèce, adapté pour satisfaire parfaitement les besoins nutritionnels et immunologiques de l'enfant⁴. L'espèce humaine est l'unique, entre les mammifères, chez laquelle l'allaitement et le sevrage ne sont pas des processus exclusivement instinctifs et qui, pour ce motif, doivent être appris⁵. L'allaitement maternel n'a pas d'équivalent pour la protection et la promotion de la santé des enfants^{1,2,3,4,5}. Ses propriétés nutritionnelles et immunologiques ont un rôle fondamental sur l'état nutritionnel, la croissance et le développement des bébés allaités, prevenant la morbidité chez l'enfant et chez l'adulte⁶. L'idée que l'allaitement maternel protège les enfants des pays en voie de développement contre les maladies infectieuses aigues, telles que les gastroenterites ou maladies respiratoires est largement répandue⁷.

En outre, l'allaitement est un acte naturel et également un comportement acquis. En théorie, toutes les mères peuvent allaiter, dès lors qu'elles possèdent les informations adéquates et le soutien de sa famille, de la communauté et de tout le système de santé. Elles doivent également avoir accès à l'aide technique de professionnels formés de la santé, qui peuvent aider à construire la confiance maternelle, améliorant les techniques d'allaitement et prevenant ou résolvant les problèmes de lactation⁸. L'intention d'allaiter durant la période prénatale préfigure significativement le comportement de l'allaitement⁹. L'alimentation de l'enfant depuis la naissance et dans les premières années de vie ont des repercussions sur la vie entière de l'individu¹⁰.

L'objectif de cette étude a été de caractériser les habitudes d'allaitement d'enfant de zéro à six mois de vie par l'intermédiaire de la comparaison de données de deux études transversales d'approche populationnelle réalisées à Rio Grande, Brésil.

METHODOLOGIE

Rio Grande est une ville localisée dans le sud du Brésil, d'environ 195.000 habitants; activités portuaires, industrie chimique et pêche sont la base de son économie; la majeure partie de la population possède une éducation et un habitat adéquats¹¹. La présente étude a été réalisée au travers de la comparaison de données de deux études transversales d'approche populationnelle faites en 1995 (janvier à mars) et 2004 (novembre à mai) dans la zone urbaine de Rio Grande.

Les échantillons des deux études ont été calculés à partir des prévalences espérées d'indicateurs comme faible poids à la naissance, maladies infectieuses, utilisation des services de santé, entre autres, basées sur $a=0,05$ et $b=0,20$ ¹². A ces valeurs ont été ajouté 10% pour d'éventuelles pertes. Considérant ces éléments, il serait nécessaire d'évaluer au moins 340 enfants de moins de cinq ans à chaque étude. Pour atteindre ce numéro d'enfant, l'option a été de visiter un tiers des secteurs de la ville. Pour choisir les individus qui feraient partie de cette étude, le total des secteurs de la ville (172), a été divisé par le nombre souhaité (58) résultant en un numéro proche de trois. Ensuite, le premier secteur a été choisi de forme aléatoire et les autres en additionnant trois au numéro initial. Chaque paté de maison et coins de rue a été numéroté et choisi de forme aléatoire. En accord avec l'IBGE¹¹ il y avait un enfant de moins de cinq ans à chaque quatre domicile de la ville de Rio Grande. Par conséquent, pour atteindre le numéro d'enfants souhaité, il serait nécessaire de visiter vingt huit domicile dans chaque secteur. Dans chaque résidence visitée, ont été utilisé deux questionnaires, l'un relatif aux conditions de santé maternel et caractéristiques familiales et l'autre collectant les informations sur l'enfant. Pour chaque enfant d'un âge inférieur à cinq ans, a été utilisé un questionnaire différent, dans lequel ont été collecté les informations relatives à la santé, la vaccination et l'alimentation des enfants depuis la naissance. Il y a eu respectivement 2,1% et 4,4% de perte en 1995 et 2004.

Douze interviewer, étudiants des facultés de Médecine et d'Infirmiers, ont été recrutés et entraînés aux techniques d'interview et de mesures

antropométriques en quarante heures durant une semaine. L'étude pilote a été réalisée dans un secteur non inclus dans l'échantillon. Le contrôle de qualité a été réalisé à travers la révision des questionnaires, répétition d'une partie des interviews et double saisie des données dans le logiciel Epi Info 6.04¹². Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche dans le domaine de la santé de l'Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande.

L'allaitement a été défini de la manière suivante: **Exclusif** Lorsque l'enfant était alimenté seulement avec le lait maternel, directement au sein ou après extraction, à l'exclusion d'autres types d'aliments liquides ou solides, exception faite de gouttes, sirops, vitamines, minéraux et/ou médicaments; **Prédominant** Lorsque le bébé allaité recevait, en plus du lait maternel, de l'eau ou des boissons à base d'eau, tels que jus de fruits et thé, sans ingestion d'autres types de lait; **Partiel** Lorsque, en plus du lait maternel, l'enfant recevait du lait de vache ou du lait artificiel; **maternel** lorsque l'enfant recevait le lait maternel, indépendamment d'ingérer d'autres types de lait, aliments liquides ou autres aliments; **Exclusivement au Lait de Vache** Lorsque l'enfant était alimenté exclusivement au lait de vache sans rien recevoir de lait maternel, lait artificiel, thé, jus de fruits ou eau; **au Lait de Vache de Forme Prédominante** Lorsque l'enfant était alimenté avec du lait de vache, sans recevoir ni lait maternel ni lait artificiel mais avec néanmoins ingestion d'eau, thé, jus de fruits ou autres liquides à base d'eau; **Artificiel Exclusif** Lorsque l'enfant était exclusivement alimenté avec du lait artificiel (lait en poudre) sans rien recevoir d'autres types de lait, jus de fruits, thé ou eau additionnelle autre que celle utilisée avec le lait en poudre; **Artificiel de Forme Prédominante** Lorsque l'enfant, en plus de recevoir du lait en poudre, recevait également d'autres types de liquides à base d'eau, tels que jus de fruits et thé mais sans ingestion d'autres types de lait; **Mixte Exclusif** Lorsque l'enfant ingérait seulement du lait artificiel et/ou du lait de vache sans addition de lait maternel, jus de fruits, thé ou eau, en dehors de celle utilisée pour la préparation du lait en poudre; **Mixte de Forme Prédominante** Lorsque l'enfant recevait seulement du lait artificiel

et/ou lait de vache, sans ingestion de lait maternel mais avec ingestion de jus de fruits, thé et eau.

Il a été fait une analyse descriptive générale de toutes les variables et ensuite un calcul des proportions entre les résultats des deux études pour obtenir la signification statistique entre elles. Toutes ces analyses ont été faites à l'aide du programme STATA 8.0 (Statacorp, 2001).

RESULTATS

Un total de 395 et 385 enfants de 0 à 59 mois ont été étudiés respectivement en 1995 et 2004. Les données referentes à l'allaitement exclusif sont présentées dans la Figure 1. La proportion d'enfants bénéficiant de l'allaitement exclusif diminue graduellement au cours du premier semestre dans les deux études. En 1995, le pourcentage est passé de 21,3% dans le premier mois à 2,5% dans le sixième mois. En 2004, les valeurs rencontrées dans le premier et le sixième mois ont été respectivement 36,6% et 3,9%. En dépit de ne pas avoir de différence significative entre les courbes d'allaitement exclusif entre les deux études ($p=0,65$), lorsque les données sont comparées à chaque mois, on peut observer des pourcentages significativement plus élevés en 2004, dans les premiers (1995: 21,3%; 2004: 36,2%), deuxième (1995: 10,6%; 2004: 19,5%) et troisième mois de vie (1995: 5,1%; 2004: 13,5%).

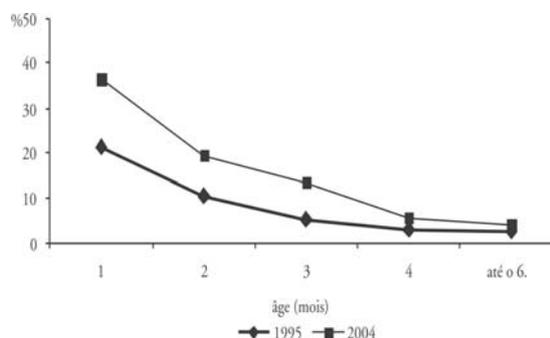


Figure 1- Fréquence de l'allaitement exclusif jusqu'au sixième mois de vie à Rio Grande, Brésil.

Note: * $p<0,01$

Les pourcentages d'allaitement prédominant ont été supérieures à ceux observés pour l'allaitement exclusif. Pourtant, en dépit de ne pas avoir observé de différence significative ($p=0,08$) entre les deux études, lorsque les données sont comparées mois à mois, il est possible d'observer des proportions significativement supérieures ($p=0,05$) d'allaitement prédominant dans le quatrième (1995: 13,9%; 2004: 20,7%) et le sixième mois de vie (1995: 10,1%; 2004: 15,6%) (FIGURE 2). Quand est analysé l'allaitement maternel indépendamment de l'enfant ingérer d'autres types de lait, liquides ou aliments solides, il n'est pas apparu de différences significatives entre les courbes des deux études, même en comparant les données de chaque mois (FIGURE 3). Pourtant, on observe que la majeure partie des enfants recevaient le lait maternel dans les premiers mois de vie (1995: 73,4%; 2004: 75,3%; $p=0,58$), avec une réduction graduelle dans les mois subséquents, mais néanmoins, dans le sixième mois de vie, la proportion d'enfant recevant le lait maternel concomitamment avec d'autres aliments a été supérieure aux valeurs rencontrées pour l'allaitement exclusif et prédominant (1995: 36,5%; 2004: 38,4%; $p=0,72$).

Les données referentes aux différentes habitudes d'allaitement dans le premier mois de vie sont décrites à la Figure 4. Concernant l'allaitement exclusif au lait de vache (ALVE) il n'a pas été observé de différences significatives entre les deux études (1995: 2,3%; 2004: 2,6%). Néanmoins, il est apparu un pourcentage significativement inférieur ($p<0,01$) d'enfants qui recevaient l'allaitement exclusif au lait artificiel (ALAE) dans la seconde étude (1995: 9,4%; 2004: 2,6%). Concernant l'allaitement mixte exclusif (ALME), il a également été observé une proportion significativement inférieure dans la seconde étude (1995: 29,6%; 2004: 5,5%; $p<0,01$).

La Figure 5 présente les données referentes aux habitudes d'allaitement évalués dans le sixième mois de vie. Les différences entre les proportions d'enfants qui recevaient l'allaitement mixte prédominant (ALMP) jusqu'au sixième mois de vie ne sont pas significatives (1995: 66,1%; 2004: 62,3%). Il n'est pas apparu non plus de différences

dans les proportions d'enfants qui recevaient l'allaitement au lait artificiel prédominant (ALAP), (1995: 18,2%; 2004: 18,2%). Pourtant, il a été observé une proportion significativement inférieure d'enfants recevant l'allaitement au lait de vache prédominant (ALVP), dans la seconde étude (1995: 36,5%; 2004: 8,3%; $p<0,01$). En contrepartie, il y a eu une augmentation significative dans la proportion d'enfants qui recevaient l'allaitement partiel (AMPA) jusqu'au sixième mois de vie dans la seconde étude (1995: 14,9%; 2004: 27,8%; $p<0,05$).

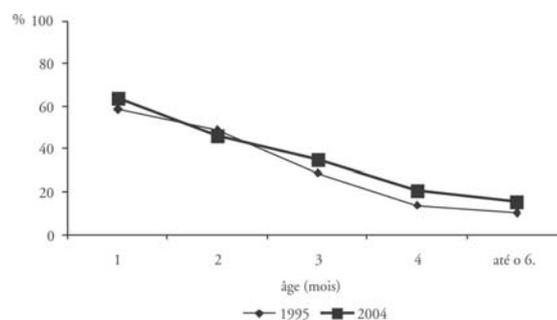


Figure 2- Fréquence de l'allaitement prédominant jusqu'au sixième mois de vie à Rio Grande, Brésil.

Note: * $p<0,01$

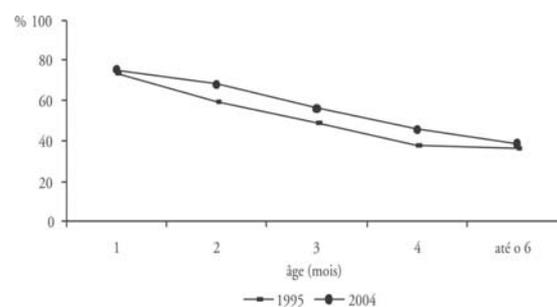


Figure 3- Fréquence de l'allaitement maternel jusqu'au sixième mois de vie à Rio Grande, Brésil.

DISCUSSION

La caractérisation des habitudes d'allaitement d'une population peut nous fournir des informations sur les conditions de santé infan-

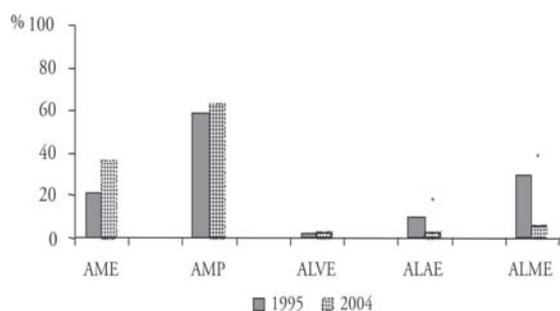


Figure 4- Distribution des différentes habitudes d'allaitement dans le premier mois de vie d'enfant de moins de cinq ans dans la municipalité de Rio Grande, Brésil.

Notes : - AME = Allaitement Exclusif; AMP = Allaitement Prédominant;

-ALVE = Allaitement Exclusif au Lait de Vache;

-ALAE = Allaitement Artificiel Exclusif;

-ALME = Allaitement Mixte Exclusif

- * représente la différence significative ($p < 0.01$) entre les études de 1995 et 2004.

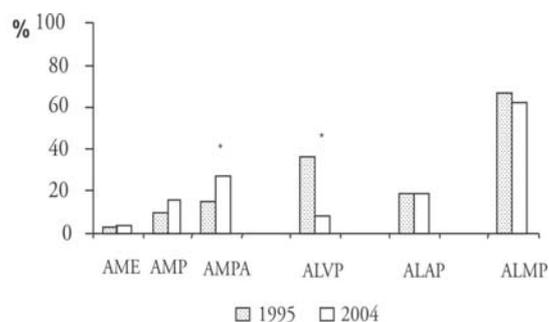


Figure 5 - Distribution des différentes habitudes d'allaitement jusqu'au sixième mois de vie d'enfants de moins de cinq ans dans la municipalité de Rio Grande, Brésil.

Notes : - AME = Allaitement Exclusif;

-AMP = Allaitement Prédominant;

-AMPA = Allaitement Partiel;

-ALVP = Allaitement au Lait de Vache Prédominant;

-ALAP = Allaitement Artificiel Prédominant;

-ALMP = Allaitement Mixte Prédominant.

- * représente la différence significative ($p < 0.01$) entre les études de 1995 et 2004.

til de la municipalité, dès lors que l'absence d'allaitement exclusif est intimement lié à l'augmentation de la morbidité dans l'enfance³. Pourtant, pour discuter des résultats

de cette étude, il est nécessaire d'avoir à l'esprit la limitation existante dans ce travail, particulièrement en ce qui concerne les biais de mémoire, considérant que les informations obtenues par les intervieweurs se réfèrent aux périodes d'allaitement et à l'âge d'introduction de certains aliments depuis l'enfance, périodes pouvant être parfois très proches mais parfois très distantes, comptant seulement sur la précision de la mémoire de la mère de l'enfant.

Comme ces deux études ont été réalisées avec des échantillons représentatifs de la municipalité, on peut dire que ces informations sont le reflet de la réalité locale des habitudes d'allaitement utilisé dans l'alimentation des nouveaux-nés. En ce qui concerne l'allaitement exclusif, on a pu observer qu'il s'agit d'une pratique peu employée dans cette population, en particulier jusqu'au sixième mois de vie. En outre, on peut noter une brusque réduction entre la consommation de lait maternel exclusif du premier au sixième mois de vie, pour les enfants étudiés. Malgré tout, on a pu observer qu'après une décennie, il y a eu une augmentation dans la proportion des enfants bénéficiant de l'allaitement exclusif jusqu'au sixième mois de vie, en proportion significativement supérieure, principalement dans les premier, deuxième et troisième mois de vie de l'année 2004. Cependant, en dépit d'une augmentation de l'allaitement exclusif comme mode d'alimentation privilégié jusqu'au sixième mois de vie au long de cette décennie, les données demeurent bien en-deça des recommandations de l'OMS⁸. On peut observer également que la pratique de l'allaitement prédominant présente une proportion supérieure à l'allaitement exclusif, ou en d'autres termes, l'habitude d'introduire de l'eau, du thé et des jus de fruits concomitamment à l'allaitement maternel paraît être usuel dès le premier mois de vie de l'enfant. Néanmoins, en dépit de l'introduction de ces liquides dans l'alimentation, il est notable qu'il y a eu une augmentation dans la proportion d'enfant nourris au sein dans la seconde étude.

L'allaitement maternel, indépendamment du fait que l'enfant soit alimenté avec d'autres types de lait, liquides ou aliments solide, a montré qu'une grande partie des enfants étudiés recevait le lait maternel jusqu'au sixième mois, bien que de

forme non exclusive. En outre, en évaluant l'allaitement partiel, il a été observé une augmentation dans la proportion d'enfant alimentés de cette forme en 2004. Ces données, jointes à celles du paragraphe antérieur, conduisent à supposer qu'il y a eu une augmentation dans la proportion d'enfants recevant le lait maternel jusqu'au sixième mois de vie au long de cette décennie. Un autre fait à mettre en relief est la réduction, au long des ces dix ans, de la proportion d'enfants recevant d'autres types d'allaitement exclusif dans les premiers mois de vie. En plus, on a observé que la pratique de l'allaitement avec d'autres types de lait jusqu'au sixième mois de vie est commune dans la population étudiée mais, dans le même temps, on a constaté une réduction des pourcentages d'enfants recevant d'autres types de lait en 2004.

Il existe une grande variation de la période l'allaitement exclusif entre diverses population^{13,14,15,16}. En accord avec cette perspective, certaines études ont vérifié que 50% des enfants ne bénéficiaient plus de l'allaitement exclusif après le vingt-troisième jour de vie, avec une courbe d'allaitement exclusif chutant rapidement dans les premiers mois de vie³. De forme similaire, certaines études ont observé des pourcentages élevés d'enfants recevant d'autres aliments que le lait maternel dès les premiers jours de vie, avec une moyenne d'allaitement exclusive de vingt-quatre jours¹⁷. En France, 58% des nouveaux-nés ont été alimentés exclusivement au lait maternel jusqu'à la sortie de la maternité, en 2003. Cependant, d'autres pays présentent des pourcentages plus élevés comme par exemple la Finlande et la Norvège (95%), la Suisse (90%), le Danemark et l'Allemagne (85%), l'Italie (75%) et le Royaume Uni (70%)^{3,13,18,19,20,21,22}.

L'idée que l'allaitement est le point à partir duquel toutes les autres méthodes d'alimentation infantile doivent être jugés est largement répandu²³. Dans des conditions normales, le lait humain est capable de répondre à toutes les nécessités nutritionnelles des enfants jusqu'au sixième mois de vie²⁴. En outre, l'adjonction à l'allaitement maternel, d'eau et de thé n'est pas nécessaire car le lait maternel contient une osmolarité similaire à celle du plasma, maintenant l'enfant parfaitement hydraté^{4,25}. La haute prévalence de

l'allaitement maternel prédominant au Brésil est une alerte adressée aux autorités de la santé pour appuyer des actions éducatives en direction des mères, informant sur les effets nocifs de l'administration de liquides não nutritifs dans les premiers mois de vie de l'enfant^{6,15}.

Par ailleurs, l'identification des effets négatifs à court et long terme doivent également être étudiés avant de prescrire l'utilisation de lait en poudre²³. Des études ont démontré que des enfants alimentés avec des produits lactés présentent un risque supérieur d'hospitalisation dûs aux infections des voies respiratoires^{7,26,27}. Un des problèmes attribué à l'introduction du lait de vache dans l'alimentation des nouveaux-nés est lié à la haute concentration osmolaire du lait de vache, inadapté à l'immaturité rénal de ces enfants^{4,13}. L'étude biochimique entre les laits de mammifères argumente en faveur de l'adéquation nutritionnelle spécifique à chaque espèce^{4,13,28}. Les enfants qui ont reçu du lait artificiel dans la maternité ont présenté une sensibilisation postérieure au lait de vache, indépendamment de l'allaitement au sein, et considérant que les allergies alimentaires au lait découlant de cette sensibilisation précoce, il existe une probabilidade de développement d'eczema, d'atopie et d'asthme chez les enfants alimentés avec d'autres types de lait avant les six premiers mois de vie^{13,29}.

L'introduction précoce d'autres types de lait réduit l'allaitement maternel³⁰. En outre, l'introduction précoce d'autres types de lait peut augmenter le risque de développement de diverses morbidité et dénutrition, dues à la contamination de l'eau et à la dilution excessive du lait^{13,30}. S'ajoutant à cela, avec l'introduction d'aliments complémentaires, peuvent apparaître certains problèmes, tels que déficiences de macro et micronutritifs, dus aux problèmes de biodisponibilité de ces substances dans des aliments inadaptés aux nécessités nutritionnelles d'enfants de moins d'un an⁸. L'introduction d'aliments avant le sixième mois de vie n'est pas nécessaire et peut s'avérer préjudiciable. Ce processus peut conduire à la diminution de la fréquence et de l'intensité de la succion, réduisant la production de lait maternel, sans compter le risque d'infection par la contamination des biberons et des propres aliments¹⁷.

Néanmoins, compléter le lait maternel à partir du sixième mois est fondamental pour répondre aux nécessités nutritionnelles de l'enfant. L'introduction tardive d'aliments complémentaires également, peut entraîner des effets indésirés, parce que la croissance de l'enfant s'arrête ou est ralentie, outre l'augmentation du risque de dénutrition et de carence en micronutritifs^{10,25}. Il est important de souligner que les réfections avec des aliments complémentaires ne substituent pas (mais complètent) l'allaitement. La même fréquence d'allaitement au sein maternel peut être maintenu pendant au moins deux ans⁰.

En dépit d'une large connaissance des bénéfices de l'allaitement maternel dans la diminution du risque de développement de pathologie future comme le diabète type I, l'hypertension, la dyslipidémie et l'obésité de leurs enfants, certaines mères ignorent les bénéfices que cet acte peut également apporter pour sa propre santé. Bien qu'il n'existe pas abondance de littérature sur les bénéfices de l'allaitement pour la santé de la mère, il existe des éléments probants concernant la prévention des cancers du sein et des ovaires, fractures pour ostéoporose, arthrite rhumatoïde, retour plus rapide au poids pré-gestationnel, moindre saignement utérin post-accouchement (et par conséquent moins d'anémie), duE a l'involution utérine plus rapide, provoquée par la plus grande libération d'ocytocine^{2,5,13}.

Les bénéfices de l'allaitement sont innombrables, autant que les risques de santé pour le bébé quand sont introduits précocement d'autres aliments et rompu la continuité de l'allaitement⁴. Les motifs qui déterminent le comportement alimentaire d'une population sont diverses et résultent d'une série de facteurs, les données de cette étude réaffirment la nécessité de mettre en avant dans les campagnes de promotion, l'allaitement

maternel exclusif jusqu'à six mois, car l'allaitement maternel protège mère et enfant contre les maladies en plus de permettre un plaisir affectif qui se restera pour le reste de la vie¹³.

Les analyses des catégorisation des habitudes d'allaitement nous fournissent des données spécifiques du type d'alimentation fourni aux nouveaux-nés de cette ville. Se nous avons utilisé seulement une ou deux catégories d'allaitement maternel, nous n'aurions pas eu comment caractériser spécifiquement les proportions d'enfants qui ingèrent d'autres types de lait, ou savoir quels sont les aliments habituellement introduits précocement à l'alimentation des enfants avant le sixième mois de vie, conjointement au lait maternel, mais également observer quel est le type d'allaitement le plus employé dans cette population et à quel moment l'allaitement est interrompu. Ces informations aident à caractériser les habitudes d'allaitement fournis aux enfants aux enfants de moins de six mois de cette ville pour, a partir de cette base, fournir les moyens qui stimulent l'implantation et la planification d'action de santé orientées vers l'incitation à l'allaitement maternel exclusif jusqu'au sixième mois de vie. En outre, elles aident les organes locaux de gestion de la santé, lesquels, connaissant la réalité locale, peuvent fournir des moyens par l'intermédiaire de professionnels spécialisés pour l'incorporation adéquat des aliments complémentaires après le sixième mois de vie, mais également pour que l'allaitement se prolonge jusqu'au deux années de vie de l'enfant. S'ajoutant à cela, il serait nécessaire d'autres études visant à rechercher l'existence de relation entre les habitudes alimentaires des enfants de cette ville et la manifestation de pathologies déterminées, afin de savoir si le comportement alimentaire influence la situation de morbidité infantile de la population étudiée.

Padrões de aleitamento até o sexto mês de vida em crianças de uma cidade ao sul do Brasil

Resumo

Amamentação é a forma mais natural e segura de alimentar um recém-nascido. O objetivo deste estudo foi caracterizar os padrões de aleitamento de crianças com menos de seis meses de vida, através da comparação dos dados de dois estudos transversais de base populacional realizados em

1995 e 2004 na cidade do Rio Grande/RS. A proporção de crianças que receberam amamentação exclusiva foi maior no segundo estudo (1995: 2.5%; 2004: 3.9%; $p=0.65$), assim como a proporção de crianças recebendo amamentação predominante (1995: 10.1%; 2004: 15.6%; $p<0.05$). As proporções de aleitamento materno independentemente da ingestão de outros alimentos foram 36.5% (1995) e 38.4% (2004). Na segunda década, houve uma proporção menor de crianças recebendo aleitamento artificial exclusivo (1995: 9.4%; 2004: 2.6%; $p<0.01$), o aleitamento misto exclusivo diminuiu ao longo desta década (1995: 29.6%; 2004: 5.5%; $p<0.01$). As proporções de crianças que receberam aleitamento misto predominante foram 66.1% (1995) e 62.3% (2004). Não ocorreram mudanças nas prevalências de aleitamento artificial predominante (1995: 18.2%; 2004: 18.2%). Houve uma proporção menor de crianças recebendo aleitamento com leite de vaca predominante uma década depois (1995: 36.5%; 2004: 8.3%; $p<0.01$). Houve um aumento na prevalência de crianças que recebiam amamentação parcial até o sexto mês (1995: 14.9%; 2004: 27.8%; $p<0.05$). Portanto, concluiu-se que a amamentação exclusiva até o sexto mês têm apresentado baixas proporções nesta cidade, não seguindo as recomendações da OMS. Além disso, o hábito de introduzir outros leites, alimentos e líquidos precocemente à dieta destas crianças é muito comum nesta população.

Palavras-chave: Amamentação- Leite de vaca- Leite artificial- Crianças.

REFERÊNCIAS

- 1 VASCONCELOS, M.G.L.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C. *Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no Estado de Pernambuco*. R. Bras Saúde Mater. Infant., Recife, v.6, n.1, p.99-105, jan./mar. 2006.
- 2 REA, M.F. *Os benefícios da amamentação para saúde da mulher*. J.Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v.80, n.5, p.S142-S146, 2004.
- 3 BREKKE, H.K. et al. *Breastfeeding and introduction of solid foods in Swedish infants: The All Babies in Southeast Sweden Study*. Br. J. Nutr., Wallingford, v.94, p.377-382, 2005.
- 4 NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. *Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns*. R. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo, São Paulo, v.58, n.1, p.49-60, 2003.
- 5 GIUGLIANI, E.R.J. *Problemas comuns na lactação e seu manejo*. J.Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v.80, n.5, p.S147-S154, 2004.
- 6 FIGUEIREDO, M.G. et al. *Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.172-179, 2004.
- 7 BACHRACH, V.R.G.; SCHWARZ, E.; BACHRACH, L.R. *Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy*. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., Chicago, v.157, p.237-243, Mar. 2003.
- 8 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Development of the first food and nutrition action plan for the WHO European Region: Report on WHO Consultation*. Malta, Nov. 1999.
- 9 MITRA, A.K. et al. *Predictor of breastfeeding intention among low income women*. Matern. Child Health J., New York, v.8, n.2, p.65-70, 2004.
- 10 MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. *Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno*. J.Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v.80, n.5, p.S131-S141, 2004.
- 11 IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, 2000.
- 12 DEAN, A.G. et al. *Epi Info, Version 6: a world processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention, 1994.
- 13 TURCK, D. et al. *Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et sa mère*. Arch. Pediatr., Paris, v.12, p.S145-S165, 2005.

- 14 NORTH, K. et al. *Types of drinks consumed by infants at 4 and 8 months of age: sociodemographic variations*. *J. Hum. Nutr. Dietet.*, Oxford, v.13, p.71-82, 2000.
- 15 VENÂNCIO, S.I. et al. *Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo*. *R. Saúde Públ., São Paulo*, v.36, n.3, p.313-318, 2002.
- 16 BARROS, F.C. et al. *Avaliação do impacto de centros de lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte*. *R. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.5, n.1, p.5-14, 2002.
- 17 BUENO, M.B. *Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida*. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.19, n.5, p.1453-1460, 2003.
- 18 VIEIRA, M.L.F. et al. *A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas?* *J.Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre*, v.79, n.4, p.317-324, 2003.
- 19 ATLADOTIRR, H.; THORSBOTTIR, I. *Energy intake and growth of infants in Iceland: a population with high frequency of breastfeeding and high birth weight*. *Eur. J. Clin. Nutr.*, London, v.54, p.695-701, 2000.
- 20 BRIEFEL, R.R. et al. *Feeding infants and toddlers study: improvements needed in meeting infant feeding recommendations*. *J. Am. Diet. Assoc.*, Chicago, v.104, p.S31-S37, 2004.
- 21 GIOVANNINI, M. et al. *Feeding practices of infants through the first year of life in Italy*. *Acta Paediatr.*, Oslo, v.93, p.492-497, 2004.
- 22 LANDE, B. et al. *Infant feeding practices and associated factor in the first six months of life: the Norwegian Infant Nutrition Survey*. *Acta Paediatr.*, Oslo, v.92, p.152-161, 2003.
- 23 ABAYOMI, J. *Infant formula: evaluating the safety of new ingredients*. *J. Hum. Nutr. Dietet.*, Oxford, v.18, p.226, 2005.
- 24 BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº.107).
- 25 SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. *Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em hospital universitário no município de São Paulo*. *R. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.6, n.1, p.29-38, 2003.
- 26 ALBERNAZ, E.P. et al. *Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal*. *R. Saúde Públ., São Paulo*, v.37, n.4, p.485-493, 2003.
- 27 CESAR, J.A. et al. *Impact of breast feeding on admission for pneumonia during post neonatal period in Brazil: nested case-control study*. *BMJ, London*, v.318, p.1316-1320, May 1999.
- 28 BRANDTZAEG, P. *Mucosal immunity: integration between mother and the breast-fed infant*. *Vaccine, Amsterdam*, v.21, p.3382-3388, 2003.
- 29 ODDY, W.H.; PEAT, J.K. *Breastfeeding asthma and atopic disease: an epidemiological review of the literature*. *J. Hum. Lact.*, Thousand Oaks, v.19, n.3, p.250-261, Aug 2003.
- 30 BUENO, M.B. et al. *Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo*. *R. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.5, n.2, p.145-152, 2002.

Remerciements

À Philippe Dietmann pour son aimable collaboration dans la traduction en français et à Dr. Juraci Cesar pour permis l'athors utiliser les données de ces études

Recebido em / Received: 15/12/2007

Aceito em / Accepted: 24/03/2008