



ORIGINAL

PREVALÊNCIA E DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NA PERIFERIA DE CAMPINAS, SÃO PAULO, BRASIL, 2001

PREVALENCE AND DURATION OF BREAST FEEDING AMONG CHILDREN UP TO 2 YEARS OLD IN SUBURBAN COMMUNITIES OF CAMPINAS, SÃO PAULO, BRAZIL, 2001

Rafael Moreira CLARO¹
Maria Camila BUARRAJ²
Adriana Teodoro da SILVA²
Clariza Mamede ZOLDAN²
Erly Catarina de MOURA³

RESUMO

Objetivo

Verificar a situação da amamentação de crianças menores de 2 anos.

Métodos

Estudo transversal foi desenvolvido, em Campinas, SP, durante a Campanha de Vacinação de 2001, contemplando 2 394 crianças, usuárias de 4 Centros de Saúde da Região Noroeste da cidade. Foram registrados, através de questionários: data de nascimento, sexo, consumo de alimentos e serviço de saúde utilizado (público ou

¹ Acadêmico, Curso de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Bolsista de Iniciação Científica, FAPIC-PUC-Campinas e do PIBIC-CNPq.

² Acadêmicas, Curso de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Bolsista de Iniciação Científica da CEAP-PUC-Campinas.

³ Departamento de Nutrição, Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Arnaldo 715, 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E.C. MOURA. E-mail: erlycm@usp.br

privado). A dieta foi classificada em amamentação exclusiva, predominante, complementar e artificial.

Resultados

A prevalência de amamentação no primeiro semestre de vida foi de 27,2% para amamentação exclusiva, 30,3% para predominante e 15,8% para complementar. Houve amamentação para 55,7% das crianças no primeiro ano de vida e para 23,1% delas no segundo ano, perfazendo a média de aleitamento materno para 40,4% das crianças nos primeiros dois anos de vida. A mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 66 dias e a de aleitamento materno total foi de 6,7 meses, enquanto que o desmame precoce atingiu 26,4% das crianças. As crianças usuárias dos serviços privados apresentaram maior risco de desmame do que as dos serviços públicos (OR=1,32; 1,09<IC<1,61).

Conclusão

A prevalência da amamentação entre a população estudada foi baixa. Os serviços públicos encorajavam mais o aleitamento materno do que os serviços privados. A Campanha Nacional de Imunização provou oferecer uma excelente oportunidade para o monitoramento do estado da amamentação de uma população.

Termos de indexação: amamentação, saúde pública, epidemiologia.

A B S T R A C T

Objective

Ascertain the status of breast feeding among children less than 2 years old, residing in suburban areas of the city of Campinas, São Paulo, Brazil.

Methods

A survey was conducted during the annual 2001 National Immunization Campaign, involving 2,394 children in 4 Public Health Centers in the Northwest suburban area of Campinas. A questionnaire was submitted to parents or guardians, regarding each child's birth date, gender, food consumption, and used source (private or public) of health service. Each child diet was then classified as: exclusive breast-feeding; predominant or complementary breast-feeding; or bottle-feeding.

Results

Exclusive breast feeding prevailed in the first semester for 27.2% of the children; for, 30.3% of them, breast feeding was predominant; for 15.8%, it was complementary. In total, 55.7% of the children were breast fed in the first year of life and 23.1% of them, in the second year, averaging 40.4% of children breast-fed up to their second year of life. The exclusively breast-fed median was 66 days, while the median for the total breast feeding was 6.7 months. 26.4% of the children were weaned when they were less than 6 months old. Children who

used private health services had a higher risk for being weaned, than children who used public health services (OR=1,32; 1,09<IC<1,61).

Conclusion

The prevalence of breast feeding in that population was low. Public health service centers encouraged breast feeding more than the private services did. The National Immunization campaign provided a good opportunity for monitoring the status of breast feeding among that population.

Index terms: *breast feeding, public health, epidemiology.*

INTRODUÇÃO

A proteção e o incentivo ao aleitamento materno têm sido integrantes das estratégias da política nacional de saúde no que diz respeito à redução da mortalidade infantil e à melhoria da qualidade de saúde das crianças brasileiras¹. Isto, devido tanto à superioridade do leite materno por seu valor nutricional e imunológico, quanto à potencialidade do vínculo afetivo materno-infantil criado durante o aleitamento².

Souza *et al.*³ relatam que as taxas de mortalidade e morbidade são menores entre as crianças alimentadas com leite materno, quando comparadas com aquelas que recebem outros tipos de leite. Observam que, crianças menores de 1 ano, quando completamente desmamadas, têm maior risco de morrer de diarreia e infecções respiratórias do que as amamentadas.

Devido às vantagens da amamentação sobre a alimentação artificial, os principais órgãos de saúde mundiais recomendam a amamentação materna exclusiva até o sexto mês de vida e amamentação materna, até 2 anos ou mais⁴.

De acordo com Giugliani⁵, a introdução de água ou chás na dieta da criança em aleitamento materno, anteriormente ao sexto mês de vida, tem-se mostrado nociva à saúde, já que nessa condição as ocorrências de diarreia dobram, se comparadas com as ocorrências em crianças com dieta de amamentação exclusiva.

Apesar disso, por razões sociais, econômicas e culturais, a prevalência e duração do aleitamento

materno vêm diminuindo rapidamente no mundo todo. Nota-se, principalmente, uma diminuição da importância culturalmente atribuída a essa prática, em consequência dos novos estilos de vida, devidos e desenvolvidos concomitantemente às tecnologias modernas⁶.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde⁴ registram ligeira melhora nos índices de aleitamento materno, embora estudos pontuais² indiquem relativa estagnação.

Assim, a necessidade de promover o aleitamento materno, como ferramenta para redução da morbi-mortalidade infantil, adquire importância adicional em se tratando de crianças vivendo em condições precárias de moradia, saneamento e alimentação⁷.

Estudos sobre a prática alimentar infantil, em especial, sobre a prevalência da amamentação, são essenciais para a formulação de qualquer programa de intervenção nutricional e necessários para a adequada avaliação do impacto de qualquer medida implementada⁸. Em decorrência disso, o objetivo deste estudo foi verificar a situação da amamentação junto a um setor da população, usuária potencial de unidades básicas do serviço público de saúde da periferia, distrito Noroeste do Município de Campinas, Estado de São Paulo.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O município de Campinas, localizado a Noroeste da capital do estado de São Paulo, caracteriza-se por apresentar constituição populacional bastante

heterogênea. Divide-se em cinco Regiões administrativas: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste. A Região Noroeste é uma das mais densamente povoadas; composta por muitos bairros de classe média com saneamento adequado, algumas favelas e poucas ocupações clandestinas; comporta sete unidades básicas de saúde, tendo a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) como parceira em diversos setores.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-Campinas (protocolo número 059, aprovado em 6/12/2000)

A população estudada compreendeu todas as crianças menores de dois anos que foram trazidas por seus responsáveis aos postos de vacinação de quatro unidades de saúde do distrito Noroeste de Campinas (Centros de Saúde Jardim Florence, Jardim Floresta, Jardim Perseu Leite de Barros e Parque Valença), na data da primeira etapa da campanha nacional de multivacinação de 2001. Os bairros pesquisados apresentam características sócio-demográficas comuns a toda a região na qual se inserem, isto é bairros de classe média com abastecimento de água, sistema de esgoto, coleta de lixo e transporte público; algumas favelas com abastecimento de água e transporte público; e poucas ocupações clandestinas sem nenhum saneamento básico, conforme visão impressionista da área. Na ocasião, todos os acompanhantes responsáveis pelas crianças foram submetidos a um recordatório alimentar simplificado, referente à ingestão alimentar da criança nas últimas 24 horas, além do registro de dados sobre data de nascimento, sexo, principal serviço de saúde utilizado e grau de parentesco/ relação com a criança (Anexo). Apenas 1 responsável se negou a participar do estudo.

A aplicação do questionário foi conduzida por estudantes dos cursos de Medicina e Nutrição da PUC-Campinas. Estes, num total de 76 estudantes por período (matutino e vespertino), foram previamente treinados e supervisionados por docente da área. Foram investigadas 2 394 crianças menores de 2 anos, trazidas por seus responsáveis aos 29 postos de vacinação (Tabela 1). Cada Centro de Saúde contou com um aluno de iniciação científica como responsável local.

As dietas das crianças foram classificadas como: amamentação exclusiva, predominante, complementar e artificial quando a criança consumia, respectivamente, só leite materno, leite materno e outros líquidos (exceto outro leite), leite materno e outros alimentos (podendo ou não haver outros leites) e leite artificial (podendo ou não ter outros alimentos)⁹. A criança foi considerada em desmame precoce quando estivesse completamente desmamada antes de 6 meses de idade, isto é, quando houvesse ocorrido interrupção total da oferta de leite materno antes da criança completar 6 meses de vida.

Quanto ao uso dos serviços de saúde, considerou-se SUS-dependente a criança que utilizava os serviços unificados (públicos) de saúde, isto é, unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, hospitais municipais e hospitais universitários; considerou-se como não-SUS-dependente a criança que utilizava os serviços privados, isto é, clínicas particulares ou de medicina de grupo, para o acompanhamento pediátrico de rotina.

A análise dos dados foi processada utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Science*, considerando-se intervalo de confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5% ($p=0,05$). Foram calculadas a prevalência de amamentação e as medianas

Tabela 1. Organização do estudo, Campinas, 2001.

Centro de Saúde	Postos de vacinação	Postos volante	Crianças investigadas	Estudantes envolvidos
			n	
Jardim Floresta	13	1	937	30
Jardim Floresta	6	1	420	14
Jardim Perseu Leite de Barros	3	-	244	8
Jardim Perseu Leite de Barros	7	1	793	24
Total	29	3	2394	76

de aleitamento exclusivo e total. Os resultados foram descritos segundo as idades. As diferenças na prevalência de amamentação, entre os sexos e entre os serviços de saúde utilizados, foram investigadas pelo teste do qui-quadrado. O risco de desmame foi estimado pelo cálculo do *odds-ratio* (OR).

RESULTADOS

A Tabela 2 ilustra as características da população estudada e mostra o percentual de informações não obtidas. Foram interrogadas 2 394 acompanhantes responsáveis de crianças menores de 2 anos de idade, sendo 1 193 (49,8%) do sexo feminino e 1 201 (50,2%) do sexo masculino. Do total de interrogatórios, 79,6% foram respondidos pela mãe da criança, representando 1 905 casos; 18,2%, por outros parentes (pai, tios, avós e irmãos); 2,2%, por outras pessoas. Três respondentes não souberam informar a data de nascimento da criança; 3 desconheciam os alimentos consumidos nas últimas

24 horas; 10 respondentes não puderam informar qual era o serviço de saúde habitualmente utilizado para a puericultura. Deste modo, foi possível a classificação do tipo de amamentação conforme a idade em apenas 2 388 casos, ou seja 6 foram descartados por falta de dados. Para a análise do uso de serviços de saúde, foram descartados 12 casos no total, restando 2 382.

Das crianças estudadas, 75,1% eram SUS-dependentes, isto é, utilizavam os serviços públicos de saúde, tais como unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais municipais e universitários. Destas crianças, 69,3% utilizavam as unidades básicas locais de saúde, consideradas como base de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) para o acompanhamento de rotina.

A prevalência média de amamentação, no que diz respeito às crianças no primeiro semestre de vida, foi da ordem de 27,3% para amamentação materna exclusiva, 30,4% para amamentação materna predominante e 15,7% para amamentação materna

Tabela 2. Características das crianças menores de 2 anos submetidas ao estudo da situação da amamentação no município de Campinas, São Paulo, 2001.

Características		Número	%
Sexo	Feminino	1 193	49,8
	Masculino	1 201	50,2
	Total	2 394	100,0
Responsável pela criança	Mãe	1 905	79,6
	Outros parentes	436	18,2
	Outras pessoas	53	2,2
	Total	2 394	100,0
Idade da criança	Conhecida	2 391	99,9
	Desconhecida	3	0,1
	Total	2 394	100,0
Amamentação	Presente	964	40,3
	Ausente	1 427	59,6
	Indefinida	3	0,1
	Total	2 394	100,0
Usuário do SUS	Sim	1 789	74,7
	Não	593	24,8
	Indefinido	12	0,5
	Total	2 394	100,0

complementar. A Figura 1 mostra a queda brusca do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros meses de vida, que variou de 53,0% no primeiro mês a 1,8% no sexto, e o aumento drástico do desmame nos dois primeiros anos de vida, quando a criança ainda deveria estar recebendo o leite materno. No primeiro ano de vida 55,7% das crianças foram amamentadas (13,8%, em amamentação materna exclusiva; 15,7%, predominante e 26,2%, complementar). No segundo ano, cerca de 23,0% eram amamentados; resultando, quanto aos dois primeiros anos de vida, prevalência de aleitamento materno de 40,4%.

A mediana de aleitamento exclusivo foi de 66 dias ou 2,2 meses. Para a mediana de aleitamento total, o valor encontrado foi de 205 dias ou 6,7 meses, sendo que o desmame precoce atingiu 26,4% das crianças menores de 6 meses.

Não se encontrou diferença quanto à prevalência de amamentação entre os sexos. Todavia, eram amamentadas 42,0% das crianças usuárias do SUS e apenas 35,4% das usuárias de serviços privados ($p=0,005$) (Tabelas 3). Isto significa que a aderência ao serviço privado acarretou um risco de desmame 32,0% maior do que o ocorrido no serviço público (OR=1,32; $1,09 < IC < 1,61$), sendo que a aderência ao

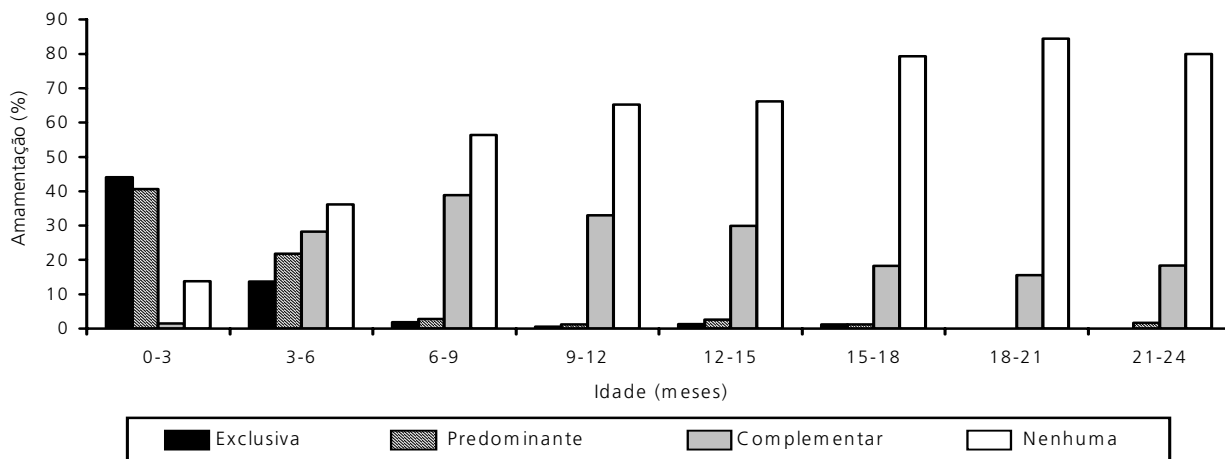


Figura 1. Prevalência (%) de amamentação de acordo com idade em crianças menores de 2 anos submetidas ao estudo da situação da amamentação no município de Campinas, São Paulo, 2001.

Tabela 3. Prevalência (%) de amamentação de acordo com o sexo e uso do Sistema Único de Saúde (SUS) em crianças menores de 2 anos submetidas ao estudo da situação da amamentação no município de Campinas, São Paulo, 2001.

Sexo	Amamentação				Total
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Feminino	489	41,0	703	59,0	1192
Masculino	475	49,3	724	50,7	1199
$\chi^2=0,49; p=0,48.$					
Usuário do SUS	Presente		Ausente		Total
Sim	752	42,0	1037	58,0	1789
Não	210	35,4	383	64,6	593

$\chi^2=8,1, p=0,005; OR=1,32 (IC=1,09 a 1,60).$

serviço local de saúde aumentou a proteção ao aleitamento materno em 31,0% (OR=0,69; 0,58<IC<0,81), comparativamente ao ocorrido quando outros serviços foram utilizados, públicos ou privados. Considerando-se os quatro primeiros semestres de vida das crianças, observou-se diferença a favor das usuárias do SUS no quarto semestre, quando 20,0% das crianças eram amamentadas; em contraste, eram amamentadas apenas 12,3% das crianças usuárias de serviços privados ($p=0,04$). Entre crianças usuárias do SUS e as dos serviços privados, ao analisar-se a prevalência de amamentação materna mês a mês, encontraram-se diferenças significativas aos quatro meses (74,1% no SUS e 52,0% no privado, $p<0,05$), aos doze (39,8% no SUS e 13,8% no privado, $p=0,012$) e aos dezesseis meses de idade (21,6% no SUS e 3,7% no privado, $p=0,04$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Poucos são os estudos populacionais publicados sobre a situação da amamentação após o ano 2000, o que limita a discussão quanto à bibliografia recente. A comparação dos dados relativos à população estudada nesta pesquisa, com os dados obtidos em 1996 pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde¹, demonstrou que a mediana de aleitamento exclusivo (66 dias), superou em 50% a mediana nacional (33 dias). Todavia, a mediana de aleitamento total (6,7 meses) ficou 4,3% aquém da nacional (7,0 meses). Quanto à prevalência de amamentação, os valores encontrados neste estudo apresentam-se maiores do que a média nacional⁴, em todas as faixas etárias, o que pode ser explicado como resultado das diversas ações de promoção do aleitamento materno nos últimos anos na cidade de Campinas, SP.

Dados das cidades do Rio de Janeiro (RJ)¹⁰, João Pessoa (PB)¹¹, Belo Horizonte (MG)¹², São Carlos (SP)¹³ e Florianópolis (SC)¹¹, obtidos com a mesma metodologia deste estudo, respectivamente em 1996, 1997, 1996, 1998 e 1997, mostram prevalência de amamentação exclusiva para crianças de zero a 4 meses igual a 6,6%, 23,9%, 32,0%, 37,8% e 46,3%. Entretanto, os dados deste estudo apontam,

na mesma faixa etária, uma prevalência de 37,6%, número maior do que os valores obtidos no Rio de Janeiro¹⁰ e em João Pessoa¹¹, próximo aos de Belo Horizonte¹² e São Carlos¹³, porém menor do que o de Florianópolis¹¹. No que diz respeito ao aleitamento predominante, este estudo de Campinas encontrou prevalência de 38,1% entre os menores de quatro meses, enquanto que o estudo de São Carlos¹³ indicou 17,3%, e o do Rio de Janeiro¹⁰ encontrou prevalência de 17,1% em 1996 e de 21,4% em 1998.

Segundo Souza⁷, a introdução prematura de alimentos tendeu a aumentar consideravelmente a prevalência de parasitoses e infecções gástricas na população marginalizada estudada pelo autor. O estudo encontrou apenas 27,3% das crianças menores de 6 meses em amamentação exclusiva, demonstrando que a introdução precoce de alimentos, que atingiu 62,7% das crianças menores de 6 meses, configurou-se em fator de risco daquelas doenças.

Ressalta-se, porém, que a intervenção de atividades educativas, desde o início do período gestacional até os seis primeiros meses de vida do recém-nascido, é medida que atua de forma positiva na prática da amamentação, conforme relatam vários autores^{7,14,15}. A importância da intervenção também foi relatada por Valdés *et al.*¹⁶, que descreve os benefícios de um programa de intervenção hospitalar cujo objetivo é dar maior apoio à amamentação. Segundo Valdés *et al.*¹⁶, tal programa mostra como resultado, uma diferença de praticamente 100% na duração do aleitamento total e na permanência em amenorréia das parturientes assistidas pelo programa - o que constitui um método natural de contracepção.

Segundo Grossman *et al.*¹⁷, a decisão de amamentar está associada positivamente com a raça (branca), idade materna avançada, anos de estudo, estado civil (casadas) e assiduidade às consultas pré-natais desde o início da gestação. Grossman *et al.* ainda compararam a intenção com relação à alimentação infantil e a situação que se tornou real após o nascimento da criança. Observou que, entre as mães que pretendiam não amamentar, apenas 3% não o fizeram; quanto às mães que pretendiam amamentar exclusivamente após o parto, 31% não o

fizeram. Esses dados confirmam a importância do incentivo ao aleitamento materno, não somente durante o pré-natal, mas também durante os primeiros meses de vida da criança.

Embora os programas educativos sejam fundamentais para a boa prática da amamentação, Libbus¹⁸ argumenta que a amamentação é influenciada tanto por fatores sociais e culturais, quanto pelo meio demográfico no qual está inserida. Assim, tais programas de incentivo serão otimizados, se forem desenvolvidos dentro do contexto cultural geral em que a população designada se localiza.

As informações obtidas neste estudo se referem aos dados atuais da alimentação da criança, não incluindo questões retrospectivas. Esta característica permitiu uma simplificação do instrumento de coleta de dados, possibilitando maior praticidade, baixo custo e confiabilidade, como já constatará Venâncio *et al.*¹⁹.

De acordo com Almeida²⁰, a situação atual da amamentação no Brasil, resulta de um processo histórico. Assim, o desafio para os profissionais de saúde consiste em considerar os determinantes biológicos (naturalmente favoráveis ao aleitamento materno) e os condicionantes socioculturais atuais (em geral, contrários à amamentação) em busca de estratégias que possam viabilizar e promover a prática da amamentação, melhorando seus indicadores. Isto, visto que, embora os dados resultantes deste estudo sejam melhores do que os encontrados em muitas outras regiões do país (o que pode ser explicado neste caso pela parceria da Universidade na prestação de serviços de saúde), tais resultados ainda estão muito aquém das recomendações, tanto para o âmbito nacional, quanto para o internacional¹.

O aleitamento materno traz uma série de vantagens, não só para a criança - como crescimento e desenvolvimento adequados com proteção contra a obesidade e outras doenças crônicas não-transmissíveis, além do aumento da imunidade com proteção contra as doenças infecciosas; mas também para a mãe, protegendo-a contra o câncer de mama, melhorando a relação mãe-filho, evitando nova gravidez e, conseqüentemente, aumentando o intervalo inter-partal. Para a sociedade como um todo, o aleitamento materno tem

ainda efeitos econômicos ou seja, a redução dos gastos: tanto com alimentos artificiais, ao evitar sua introdução precoce na dieta infantil, como com os serviços públicos de atenção à saúde, ao reduzir os índices de morbidade (materna e infantil) e de mortalidade infantil²¹.

REFERÊNCIAS

1. Araújo MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. *In*: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1-10.
2. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, *et al.* Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):143-8.
3. Souza JMP, Souza SB, Szarfarc SC. Prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em Centros de Saúde Escola do Município de São Paulo. *Rev Nutr* 1999; 12(1):167-74.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr* 2000; 76 Supl 2:238-52.
6. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudoeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saude Publica* 1998; 32:430-6.
7. Souza MHN. Atenção à gestante e à nutriz na promoção do aleitamento materno na comunidade. *In*: Sawaia AL. Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição. São Paulo: Cortez; 1997. p.99-109.
8. Soares NT, Guimarães ARP, Sampaio HAC, Almeida PC, Coelho RR. Padrão alimentar de lactentes residentes em áreas periféricas de Fortaleza. *Rev Nutr* 2000; 13(1):99-106.

9. Organização Mundial da Saúde. Indicadores para avaliar as práticas de lactancia materna. Genebra; 1992.
 10. Brasil CLP, Tavares EL, Castro IRR, Gomes MASM. Situação do aleitamento materno no município do Rio de Janeiro - 1996/1998. Informe Epidemiol Saude Publica 1999; 18(5):22-6.
 11. Kitoto PM, Réa MF, Venâncio SI, Vasconcelos AC, Santos EK, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. Cad Saude Publica 2000; 16(4):1111-9.
 12. Accioly MC, Bonolo P, Medeiros NS. Situação do aleitamento materno em crianças atendidas na rede municipal de Belo Horizonte em 1996. In: Resumos do 4. Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1998. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1998. p.315.
 13. Montrone VG, Arantes IS. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. J Pediatr 2000; 76(2):138-42.
 14. Baranowski T, Rassin DK, Richardson CJ, Brown JP, Bee DE. Attitudes toward breastfeeding. J Dev Beh Pediatr 1986; 7(6):367-77.
 15. Dusdieker JB, Booth BM, Seals BF, Ekwo EE. Investigation of a model for the initiation of breastfeeding in primigravida women. Social Sci Med 1985; 20(7):695-703.
 16. Valdés V, Pérez A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I, Catalan S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. J Trop Pediatrics 1993; 39(3):142-51.
 17. Grossman LK, Larsen-Alexander JB, Fitzsimmons SM, Cordero L. Breastfeeding among low-income, high-risk women. Clin Pediatrics 1989; 28(1):38-42.
 18. Libbus MK. Perspectives of common breastfeeding situations: a known group comparison. J Hum Lactation 1992, 8(4):199-203.
 19. Venâncio SI, Escuder MM, Kitoko P, Réa MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev Saude Publica 2002; 36(3):313-8.
 20. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
 21. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Recebido para publicação em 11 de agosto de 2003 e aceito em 9 de agosto de 2004.

ANEXO

INSTRUMENTO UTILIZADO PARA A COLETA DE DADOS

9/6/2001 – PUC-CAMPINAS – SITUAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM CAMPINAS – RECORDATÓRIO 24 HORAS

Centro de Saúde _____ Posto de Vacinação _____ Entrevistador _____

n	Nome da criança	Data de nascimento	Sexo	Grau de Parentesco	Leite de Peito	Outro Leite	Água	Chá	Suco	Refrigerante	Fruta	Papinha	Comida	Saúde Vincul
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														

Centro de Saúde: escrever o nome da Unidade Básica de Saúde.

Posto de Vacinação: escrever o nome do posto de vacinação.

Entrevistador: escrever seu nome.

Nome da criança: escrever o primeiro nome da criança com menos de 2 anos de idade.

Data de nascimento: anotar dia/mês/ano conforme dado da carteira de vacinação ou referido pelo responsável.

Sexo: anotar F para Feminino e M para masculino.

Grau de Parentesco: anotar o grau de parentesco do acompanhante responsável pela criança: mãe, pai, tia (o), avó (ô), irmã (o), primo (o), vizinho, outro (definir).

Leite de Peito, Água, Chá, Suco, Refrigerante, Fruta, Papinha, Comida: anotar SIM ou NÃO conforme a presença ou ausência destes alimentos na dieta da criança nas últimas 24 horas.

Saúde – Vínculo: anotar S para SUS (serviços públicos), C para convênios e P para particular.

Serviço mais usado: anotar CS para Centro de Saúde, HU para hospital universitário, HPRI para hospital municipal, HPM para hospital privado, C para clínicas conveniadas ou privadas, O para outros (definir).