

## A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal

Breastfeeding practices among paid working mothers in Paraíba State, Brazil: a cross-sectional study

Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna <sup>1</sup>

Marina Ferreira Rea <sup>2</sup>

Sonia Isoyama Venancio <sup>2</sup>

Maria Mercedes Escuder <sup>2</sup>

### Abstract

*Paid work should not be an obstacle to women's breastfeeding. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding for 6 months. In Brazil, women are legally entitled to 4 months of maternity leave, but in practice few women enjoy such benefits. How is it possible to practice exclusive breastfeeding for 6 months? We analyzed both the breastfeeding rates and whether paid jobs interfere with breastfeeding in Paraíba State, Northeast Brazil. We conducted a cross-sectional study in 70 of 223 municipalities (counties) during the annual immunization campaign in 2002. Among 11,076 infants (< 12 months of age), the exclusive breastfeeding rate at 0-4 months was 22.4% and was significantly higher among working women receiving maternity leave as compared to those who did not. The prevalence of total and predominant breastfeeding for 4 months was significantly lower among working women. In rural areas, having paid work was associated with a reduction in exclusive breastfeeding. The results show that breastfeeding practices in Paraíba fall far short of WHO recommendations, especially when mothers return to their paid jobs.*

*Breast Feeding; Parental Leave; Working Women*

### Introdução

Amamentar é um direito que a sociedade deve garantir a toda mulher e a toda criança, inclusive quando a mulher tem um trabalho remunerado. Tanto as políticas sociais que visam a normatizar e proteger a mulher enquanto trabalhadora e mãe, como as práticas de manutenção da lactação devem ser implementadas, pois são aspectos fundamentais da criação de um bebê no mundo de hoje que os profissionais de saúde não podem deixar de conhecer.

As autoridades internacionais e os Ministros da Saúde de países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizam o aleitamento materno exclusivo (somente leite materno, sem água ou chá) até 6 meses, e a partir daí que a criança continue a ser amamentada, além de receber outros alimentos até pelo menos o segundo ano de vida <sup>1</sup>. No Brasil essa prática mostrou-se possível, já que as ações em prol da amamentação conseguiram aumentar em cerca de 10 vezes a amamentação exclusiva e elevou-se a mediana da duração da amamentação para cerca de 10 meses <sup>2</sup>. Sabemos, entretanto, das grandes diferenças regionais desses dados: comparando-se João Pessoa, Paraíba, com Florianópolis, Santa Catarina, estudo com a mesma metodologia mostrou que na capital nordestina a amamentação exclusiva era bem menor do que em Florianópolis <sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Saúde, São Paulo, Brasil.

#### Correspondência

M. F. Rea

Instituto de Saúde.

Rua Santo Antonio 590,

São Paulo, SP

01314-000, Brasil.

marifrea@usp.br

Uma revisão de publicações sobre a viabilidade do aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras remuneradas, especialmente em nosso meio, mostrou que este é raro <sup>4</sup>. Em estudo qualitativo realizado com 15 trabalhadoras remuneradas de Campinas, São Paulo, com acesso à creche, viu-se que amamentavam exclusivamente notadamente as que recebiam algum tipo de apoio – familiar ou profissional <sup>5</sup>.

Um estudo prospectivo controlado realizado no Chile mostrou que a estratégia mais importante realizada para manter a lactação entre mães trabalhadoras foi a expressão ou retirada de leite materno – as que o fizeram, conseguiram manter o amamentação exclusiva até 6 meses (53%) comparando-se com as que não retiravam o leite de peito (6%) <sup>6</sup>.

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos observou-se que a amamentação exclusiva declina rapidamente quando a mulher volta ao trabalho; para que isto não ocorra é importante conhecer e ter acesso ao uso de bombas de extração e à correta estocagem do leite materno. Conhecendo os benefícios trabalhistas insuficientes existentes nesse país (12 semanas de licença não remunerada pós-parto), é importante ter um plano claro de como manter a amamentação desde o primeiro dia da volta ao trabalho <sup>7</sup>. Em um outro estudo americano, numa coorte de 429 mães, encontrou-se que 29% voltou ao trabalho com 12 semanas; destas, 55% referiram que seus médicos discutiram a volta ao trabalho, mas muito poucas disseram que eles conversaram sobre maneiras específicas de manter a amamentação após o retorno <sup>8</sup>. Em outro grande estudo americano envolvendo mais de 10 mil mães, das quais 7.642 deram informações sobre volta ao trabalho, observou-se que mostram-se significativamente menos propensas a amamentar as que têm planos de voltar ao trabalho <sup>9</sup>.

Em outros continentes isso também se verifica: pesquisa realizada com 5.068 mulheres de Bangladesh - onde a mediana da duração total da amamentação é de 30 meses e a de amamentação exclusiva e predominante é de apenas 3,6 meses – entre os fatores que levam à complementação precoce da amamentação observou-se: viver em área urbana, ter maior escolaridade e maior renda e mais assistência de profissionais de saúde; qual seja, famílias de hábitos mais rurais tendem a praticar mais a amamentação, mesmo sabendo-se que mulheres nestas condições voltam a trabalhar durante o período de lactação <sup>10</sup>.

Já na área rural do Vietnã, foram investigadas 120 mães com o objetivo de analisar as barreiras para amamentar. Encontrou-se que apenas 24% das mães conseguiram amamentar ex-

clusivamente até o sexto mês, sendo que o risco de não conseguir fazê-lo foi 14 vezes maior para as mulheres que voltaram ao trabalho. As poucas que conseguiram trabalhar e amamentar exclusivamente declararam que sentiram ter bastante leite, conheciam o momento apropriado para a introdução de alimentos complementares e que eram apoiadas, ou por familiares, ou por profissionais de saúde <sup>11</sup>.

As leis trabalhistas brasileiras e a *Constituição Federal* de 1988 propiciam à mulher trabalhadora 120 dias de licença maternidade, licença paternidade, pausas para amamentar, creche em locais com mais de 30 mulheres acima de 16 anos, auxílio natalidade, entre outros. Entretanto, grande parte das mulheres que possuem trabalho remunerado não recebem tal benefício, ou por descumprimento da lei por parte dos empregadores, ou por estarem em contratos informais de trabalho. Assim, a mulher desmama porque voltou a trabalhar ou já se prepara para o trabalho no qual não terá benefícios, e assim, busca razões de várias naturezas para não amamentar. De maneira geral, o trabalho fora do lar nem sempre é mencionado como causa de desmame, no entanto, questiona-se se tais estudos adotam metodologia adequada para entender esta questão <sup>12</sup>.

Dessa forma, a recomendação de amamentação exclusiva por seis meses pode ser praticada, independente da situação de trabalho da mãe? Ou mesmo, as mães que têm um emprego remunerado acabam introduzindo outros alimentos muito precocemente? O direito à licença maternidade preserva a amamentação por períodos mais longos? O objetivo deste estudo foi descrever as taxas de aleitamento materno e analisar se o fator *trabalho remunerado* interfere na prática de amamentar de mães do Estado da Paraíba.

## Metodologia

Foi realizado um estudo transversal na segunda etapa da campanha nacional de vacinação, em agosto de 2002, em todos os municípios cujas Secretarias Municipais de Saúde do Estado da Paraíba aceitaram voluntariamente participar. Os sujeitos do estudo foram as crianças menores de um ano de idade que receberam vacina, e nesse momento foi aplicado um questionário estruturado por entrevistadores previamente treinados às suas mães ou acompanhantes que concordaram em responder.

Nos municípios com população estimada de menores de um ano até 1.500 crianças, foram incluídas todas as crianças nesta faixa etária que compareceram aos postos de vacinação. Caso contrário, quando a população de menores de

um ano era maior que 1.500 crianças, foi realizado um processo de amostragem por conglomerados em dois estágios, sendo o primeiro as unidades de vacinação e o segundo as crianças<sup>13</sup>.

O questionário padronizado aplicado contava com perguntas sobre a prática do aleitamento materno e a introdução de outros alimentos na dieta da criança, a partir das respostas afirmativas de consumo no dia anterior à pesquisa, além de informações sobre idade da criança, da mãe, tipo de parto, peso ao nascer, paridade, escolaridade materna e trabalho materno. Todos os procedimentos da pesquisa foram baseados em metodologia já publicada<sup>3,14,15,16</sup>.

Aleitamento materno exclusivo foi definido de acordo com o preconizado pela OMS como o período no qual a criança recebe somente leite materno, sem qualquer outro líquido, podendo incluir suplementação vitamínica ou mineral, ou ainda a administração de remédios. Essa definição foi aplicada para as crianças menores de quatro e de seis meses de idade, de acordo com a recomendação da OMS<sup>17</sup>.

Considerou-se aleitamento materno predominante quando, além do leite materno, a criança recebia também outros líquidos, como água, chás ou sucos, mas sem que recebesse outros leites ou fórmulas infantis.

Ainda utilizou-se, nas categorias de análise, aleitamento materno total como sendo o período de duração da amamentação até o desmame completo, independente da administração de outros alimentos para a criança.

Para análise do trabalho materno foram excluídos os casos em que a pessoa entrevistada não era a mãe da criança.

Todos os dados foram digitados em computador do tipo PC com o auxílio do aplicativo AMAMUNIC (<http://www.isaude.sp.gov.br/amamunic/amamunic.html>), desenvolvido pelo Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Foram feitas tabelas de frequência de todas as variáveis investigadas no questionário e as inconsistências ou erros de digitação foram considerados dados perdidos (sem informação).

Os resultados são apresentados na forma de tabelas, figuras e com as estatísticas descritivas apropriadas. Foram realizadas análises bivariadas para verificação de associação entre as variáveis, com a utilização do teste de qui-quadrado, adotando-se como critério para a rejeição da hipótese nula de não associação a observação de probabilidade igual ou inferior a 5% para a ocorrência ao acaso da referida relação.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, de

acordo com a *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas com envolvimento de seres humanos no país.

## Resultados

Do total de 223 municípios do Estado da Paraíba, 70 completaram todas as etapas da pesquisa fornecendo informações sobre 11.076 crianças.

Esses municípios estão distribuídos aleatoriamente no estado e a sua participação na pesquisa deveu-se, exclusivamente, a características operacionais de cada equipe de saúde que aceitou participar voluntariamente da coleta de dados.

Com exceção do Município de Campina Grande, localizado na região da serra paraibana, que realizou uma amostragem das crianças entrevistadas, todos os outros municípios que participaram da pesquisa incorporaram o universo total das crianças menores de um ano que foram aos postos de vacinação e das que receberam a vacina no seu domicílio na zona rural.

Os resultados a seguir referem-se inicialmente a todas as crianças e mães (ou acompanhantes) de famílias entrevistadas e, na seqüência, são analisados os grupos de crianças menores de quatro e de seis meses, cujas entrevistas foram realizadas com as suas mães.

A maioria das famílias residia na zona urbana (64,8%). Com relação às características do nascimento, a realização de cesarianas foi referida em 28,3% dos casos e 6,1% dos recém-nascidos tiveram peso inferior a 2.500 gramas.

A distribuição da idade das crianças entrevistadas foi de 33,4% menores de quatro meses (3.696 casos) e 51,9% menores de seis meses (5.744 casos). Somente em 3,2% dos casos não foi informada a idade da criança.

Em 11,8% dos casos a entrevistada não foi a mãe da criança. As mães entrevistadas (9.778 casos) apresentaram idades que variaram de 14 até 55 anos, e quando foram questionadas se tinham mais de um filho, 38,4% delas (3.757 casos) declararam ser primíparas.

Quanto à escolaridade, 9,3% dos casos declararam ser analfabetas, 64,1% com o primeiro grau incompleto, 19,8% com escolaridade entre primeiro e segundo graus, e somente 1,1% das mães declarou ter o terceiro grau. Do total de mães, 5,7% dos casos foram descartados por falta de informação.

Das crianças menores de quatro meses, 22,4% estavam em aleitamento materno exclusivo e 19,4% estavam em aleitamento materno predominante. Recebiam leite materno, independente

de qualquer outro alimento, ou seja, estavam em aleitamento materno total 82,2% das crianças nesta faixa etária.

Entre as crianças até seis meses de idade, as prevalências de aleitamento foram menores, sendo que somente 16,6% delas estavam em aleitamento materno exclusivo e 15,9% em aleitamento materno predominante. Estavam em aleitamento materno total 74,9% destas crianças.

A Figura 1 mostra entre crianças menores de 4 e de 6 meses as proporções de amamentadas exclusivamente, aquelas recebendo leite materno com qualquer outro alimento (incluindo as em aleitamento materno predominante) e as já desmamadas.

### O trabalho remunerado

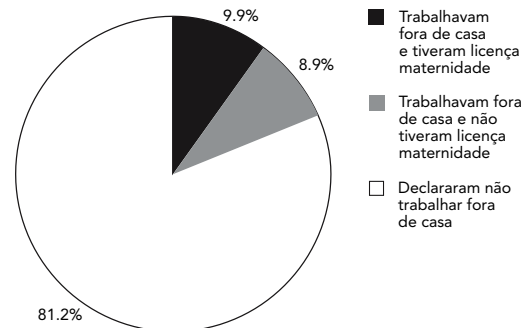
Nas respostas das 9.458 mães entrevistadas, 7.679 (81,2%) referiram que não trabalhavam fora de casa quando engravidaram da criança que estava sendo levada à campanha de vacinação. Entre as 1.779 que disseram exercer *trabalho remunerado*, independentemente de ter a carteira assinada, apenas 936 declararam ter usufruído do direito de licença maternidade (Figura 2).

No momento da entrevista, somente 830 (8,8%) mulheres referiram ter trabalho remunerado, sendo a maior parte com carga horária de oito horas por dia (38,3%), seguidas das com meio período, ou seja, quatro horas diárias (23,1%).

Quando foi relacionado o *trabalho remunerado* (“*trabalhadoras*” ou também dito “*trabalham*

Figura 2

Distribuição das mães segundo atividade e o usufruto da licença maternidade no momento em que engravidaram (N = 9.458). Paraíba, Brasil, 2002.



*fora*”) com a prática do aleitamento materno, entre as mães com filhos menores de quatro meses observou-se que no grupo de mães “trabalhadoras” a prevalência de *amamentação total* foi significativamente menor (79,3% vs. 84,6%,  $p = 0,036$  – Tabela 1).

Ao analisarmos as mães residentes apenas na zona rural, com filhos menores de quatro meses, constatamos que entre aquelas que trabalhavam fora houve uma prevalência significativamente menor de aleitamento materno exclusivo (5,3% vs. 23,6%;  $p = 0,003$ ) (Tabela 2).

Somente 126 mães declararam vínculo empregatício formal e bebês menores de 4 meses, ou seja, deveriam estar em licença maternidade, mas apenas 81 delas receberam tal benefício. Avaliando o efeito da licença maternidade nesse grupo, a prevalência de *aleitamento materno exclusivo* foi significativamente maior entre aquelas com licença maternidade (29,6% vs. 8,9%;  $p = 0,005$ ) (Tabela 3).

### Discussão

Este estudo permitiu conhecer as práticas de aleitamento de 11.076 mães de crianças menores de um ano da Paraíba, o que pode representar um panorama bastante aproximado de como se alimentam as crianças desta faixa etária nesse estado nordestino.

A participação aleatória dos municípios, de acordo com as características operacionais de cada secretaria municipal de saúde, garante a

Figura 1

Prevalência de aleitamento materno exclusivo, total e desmame entre crianças de 0 a 4 meses (N = 3.696) e de 0 a 6 meses de idade (N = 5.744). Paraíba, Brasil, 2002.

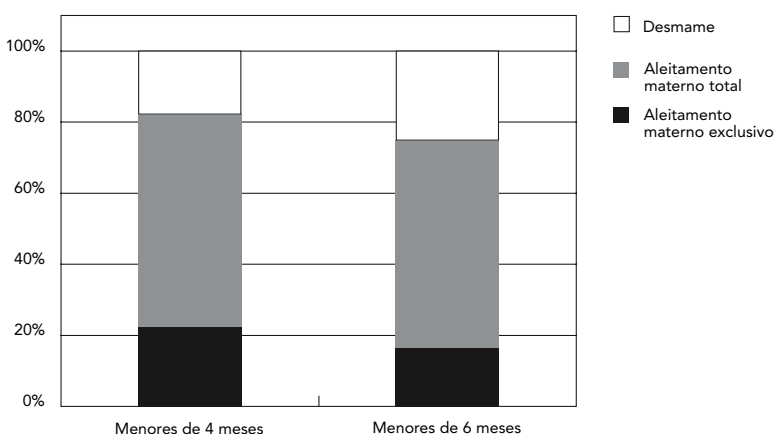


Tabela 1

Distribuição das mães com filhos menores de quatro meses, segundo condição de trabalho no momento da entrevista e prática do aleitamento materno. Paraíba, Brasil, 2002 (N = 3.009).

	Aleitamento materno total em menores de 4 meses					
	Sim	%	Não	%	Total	%
Trabalham fora	153	79,3	40	20,7	193	100,0
Não trabalham fora	2.381	84,6	435	15,4	2.816	100,0
<b>Total</b>	2.534	84,2	475	15,8	3.009	100,0

$p = 0,036$  – teste exato de Fischer.

Tabela 2

Distribuição das mães residentes na zona rural, com filhos menores de quatro meses, segundo condição de trabalho e prática do aleitamento materno exclusivo. Paraíba, Brasil, 2002 (N = 865).

	Aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses					
	Sim	%	Não	%	Total	%
Trabalham fora	2	5,3	36	94,7	38	100,0
Não trabalham fora	195	23,6	632	16,4	827	100,0
<b>Total</b>	197	22,8	668	77,2	865	100,0

$p = 0,003$  – teste exato de Fischer.

Tabela 3

Distribuição das mães com filhos menores de quatro meses com vínculo empregatício formal, segundo licença maternidade e prática do aleitamento materno exclusivo. Paraíba, Brasil, 2002 (N = 126).

	Aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses					
	Sim	%	Não	%	Total	%
Em licença maternidade	24	29,6	57	70,4	81	100,0
Sem licença maternidade	4	8,9	41	91,1	45	100,0
<b>Total</b>	28	22,2	98	77,8	126	100,0

$p = 0,005$  – teste exato de Fischer.

representatividade desses resultados para o universo estudado.

A utilização de metodologia rápida, validada em trabalhos realizados em outros Estados<sup>3,14</sup>, permite obter resultados de grande importância para os tomadores de decisão locais a baixo custo.

Em que pesem dificuldades metodológicas inerentes a um estudo transversal, em que apenas uma entrevista é realizada, constatou-se que poucas crianças mamam exclusivamente de 0-4

meses, quando se orienta 100% de aleitamento materno exclusivo nesta fase, mostrando assim uma prática bem distante das recomendações. A introdução precoce de outros alimentos observada neste estudo corrobora os achados de Kitoko et al.<sup>3</sup>, para a capital paraibana em estudo anterior.

Por outro lado, altas prevalências de aleitamento materno total, tanto aos quatro como até os seis primeiros meses de vida da criança, confirmam que a prática da amamentação é ini-

ciada por quase todas as mães brasileiras, como mostrado em diversos trabalhos<sup>18,19,20</sup>, sendo necessária a ampliação de ações que protejam o direito das mães de amamentar por períodos maiores, prolonguem o período de amamentação exclusiva e orientem a introdução adequada da alimentação complementar.

A prática do aleitamento materno exclusivo por 4 meses poderia ser compatível com o período de licença maternidade de 4 meses para as mulheres com emprego remunerado formal no nosso país. Nossos achados mostraram que foi significativa essa prática e mais prevalente entre as que usufruíram a licença maternidade, destacando-se a importância do cumprimento das políticas de proteção da amamentação. Isso também foi observado em estudo realizado em São Paulo com trabalhadoras formais que tiveram direito à licença maternidade; aí também ficou claro que outros benefícios como licença paternidade, horários flexíveis no emprego, não trabalhar em turnos ou fins de semana são fatores importantes para evitar o desmame precoce

entre mães trabalhadoras e provavelmente facilitariam a prática de amamentar também em outros locais<sup>21</sup>.

Na zona rural observou-se com muita evidência que o trabalho fora de casa é um grande limitador para a prática do aleitamento materno exclusivo, pois quase a totalidade das mães que declararam esta condição já havia introduzido outros alimentos na dieta da criança antes dela completar quatro meses de idade. O aumento do risco da interrupção do aleitamento materno exclusivo entre mulheres residentes da zona rural que retornam ao trabalho foi mostrado em trabalho desenvolvido no Vietnã<sup>5</sup>, corroborando nossos resultados.

Acreditamos que embora este trabalho tenha dado algumas indicações, mais estudos sejam necessários para investigar com detalhes quem e como são as mulheres que conseguem ter um trabalho remunerado e amamentar exclusivamente nas condições como as encontradas no Estado da Paraíba.

## Resumo

*Estar no mercado de trabalho não deve impedir a mulher de amamentar. A Organização Mundial de Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida. No Brasil as leis propiciam à mulher trabalhadora quatro meses de licença maternidade, mas nem sempre ela recebe este benefício. Assim, como praticar amamentação exclusiva? Este artigo objetiva descrever as taxas de aleitamento materno e se o trabalho remunerado interfere na amamentação de mães da Paraíba. Trata-se de estudo transversal em 70 de 223 municípios que aceitaram participar da pesquisa na campanha de vacinação em 2002. Em 11.076 crianças menores de um ano, a prevalência de amamentação exclusiva foi de 22,4% de 0-4 meses e foi significativamente maior entre as mães que trabalhavam fora e que tiveram licença maternidade. Entre estas, foi também menor a prevalência de amamentação total e predominante. Na zona rural o trabalho fora de casa esteve associado com a redução do aleitamento materno exclusivo. A prática do amamentar na Paraíba está muito aquém das recomendações e o retorno precoce da mãe ao trabalho agrava esta situação.*

*Aleitamento Materno; Licença Parental; Trabalho Feminino*

## Colaboradores

R. P. T. Vianna elaborou o esqueleto do artigo, detalhamento da análise, gráficos e tabelas, coordenando a equipe local e revisou após pareceres. M. F. Rea realizou a revisão da literatura, elaborou a *Introdução*, colaborou no detalhamento da *Discussão* e revisou após pareceres. S. I. Venancio coordenou o projeto que originou o artigo, supervisionou a coleta de dados, discutiu os resultados. M. M. Escuder foi responsável pela amostragem, tratamento estatístico do projeto e discutiu os resultados.

## Agradecimentos

Eliane Gadelha, Coordenadora do Núcleo de Alimentação e Nutrição da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba e Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras, Coordenadora da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. Lílian Cristina Cotrim e Cirlei Célica Gomes, ex-aprimorandas do Instituto de Saúde/Fundação de Desenvolvimento Administrativo. Dra. Zuleica Portela Albuquerque, Organização Pan-Americana da Saúde.

## Referências

1. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva: World Health Organization; 2001. (Note for the Press, 7).
2. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 1:S37-45.
3. Kitoko PM, Rea MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:1111-9.
4. Rea MF, Morrow A. Protecting, promoting and supporting breastfeeding among women in the labor force. In: Pickering LK, Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Schanler RJ, editors. *Protecting infants human milk: advancing the scientific evidence*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2004. p. 121-34.
5. Osis MJD, Duarte GA, Pádua KS, Hardy E, Sandoval LM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:172-9.
6. Valdes V, Pugin E, Schooley J, Catalan S, Aravena R. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *J Trop Pediatr* 2000; 46:149-54.
7. Bagioli F. Returning to work while breastfeeding. *Am Fam Physician* 2003; 68:2201-8.
8. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004; 113:e405-11.
9. Noble S. The ALSPAC study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Maternal employment and the initiation of breastfeeding. *Acta Paediatr* 2001; 90:423-8.
10. Giashuddin MS, Kabir M. Duration of breastfeeding in Bangladesh. *Indian J Med Res* 2004; 119:267-72.
11. Dearden KA, Quan LN, Do M, Marsh DR, Pachón H, Schroeder DG, et al. Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Viet Nam: insights from mothers who exclusively breastfed and worked. *Food Nutr Bull* 2002; 23(4 Suppl):101-8.
12. Rea MF, Cukier R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Rev Saúde Pública* 1988; 22:184-91.
13. Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: Edusp; 1998.
14. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venancio SI. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:430-6.
15. Monego ET, Silva BHAB, Oliveira ALL, Pinto SL, Venancio SI, Kitoko P. Prevalência de aleitamento materno no Estado de Goiás. In: IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. p. 311.
16. World Health Organization. Indicators for assessing breast-feeding practice. Report of an informal meeting. Geneva: World Health Organization; 1991.
17. Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duration and associated factors to breastfeeding among children under 24 months in the state of Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6:99-105.
18. Horta BL, Olinto MTA, Victora CG, Guimarães PRV. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Suppl 1:S43-8.
19. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:69-77.
20. Rea MF, Venancio SI, Batista LE, Greiner T. Determinants of breastfeeding patterns among working women in Sao Paulo. *J Hum Lact* 1999; 15:233-9.

---

Recebido em 31/Mar/2006

Versão final reapresentada em 15/Fev/2007

Aprovado em 11/Abr/2007