

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO DESMAME PRECOCE NO ESTADO
NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS**

EDILENE SICUPIRA ALVES

**ARAÇUAÍ
2013**

EDILENE SICUPIRA ALVES

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO DESMAME PRECOCE NO ESTADO
NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Ana Maria Costa da Silva Lopes

Banca Examinadora

Ana Maria Costa da Silva Lopes

Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte em

Araçuaí
2013

Dedico esse trabalho especialmente aos meus familiares.

Agradeço primeiramente a Deus, que me proporciona força e coragem mesmo nos momentos mais difíceis;
Aos colegas de curso que compartilharam das alegrias e tristezas, que, assim como eu, tiveram que vencer muitos obstáculos para chegar à vitória e em especial a minha amiga Gesma Veríssimo (*in memoriam*).

“A saúde nutricional deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver”

Autor desconhecido

RESUMO

A interrupção prematura da amamentação pode acarretar perigos, pois os alimentos a serem utilizados são inadequados do ponto de vista nutricional, além de expor a criança a organismos infecciosos. A ação básica de saúde requer estratégia direcionada quanto à tomada de consciência da importância do aleitamento materno, principalmente para redução da morbi-mortalidade infantil, muitas vezes causada pela desnutrição. Objetivou-se, neste estudo abordar os aspectos que permeiam o desmame precoce através de uma releitura de artigos publicados sobre esse assunto. Realizaram-se buscas em bancos de dados como a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Eletronic Library Online*. Os descritores utilizados foram: Recém-Nascido, Lactente Desmame Precoce, Aleitamento Materno e Desnutrição. Notou-se que o desmame precoce é resultado de vários fatores, mas fica evidente que é prejudicial para a mãe e para o bebê. A revisão apontou ainda que o desmame é muitas vezes associado a questões socioculturalmente construídas, podendo causar a desnutrição; ressalta-se ainda que para que se mantenha o aleitamento materno é necessário não só o suporte familiar e social, mas também de um apoio governamental, garantindo o incentivo ao aleitamento materno.

Palavras-chave: Recém-nascido. Lactente. Desmame precoce. Aleitamento materno. Desnutrição.

ABSTRACT

The premature termination of breastfeeding may lead hazards because the food being used are inadequate from a nutritional standpoint, besides exposing the child to infectious organisms. The basic action of health requires strategies towards awareness of the importance of breastfeeding, especially for reducing morbidity and mortality, often caused by malnutrition. The objective of this study address the aspects that permeate early weaning through a reinterpretation of published articles on this subject. We conducted searches in databases such as the Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library Online. The keywords used were: Newborn, Infant Early Weaning, Breastfeeding and malnutrition. It was noted that early weaning is the result of several factors, but it is evident that it is harmful to the mother and the baby. The review also showed that weaning is often associated with other issues socioculturally constructed, may cause malnutrition; notes also that in order to maintain breastfeeding is necessary not only to the family and social support, but also of government support, ensuring the promotion of breast feeding.

Keywords: Newborn. Infant. Early weaning. Breastfeeding. Malnutrition.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. METODOLOGIA	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 O aleitamento materno ao longo do tempo	15
4.2 Importância da amamentação	18
4.3 Elementos de proteção do leite materno	21
4.4 Principais causas da desnutrição	22
4.4.1 Quando introduzir alimentos complementares	24
4.4.2 Escolhendo os alimentos complementares	26
4.5 Desnutrição infantil e desmame precoce	27
4.6 Prevenção à desnutrição	28
4.6.1 Organização da atenção à criança desnutrida	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Esquema para introdução dos alimentos complementares	21
Tabela 2 Componentes da mistura	23

1- INTRODUÇÃO

A literatura tem destacado incisivamente o grande número de benefícios que o ato de amamentar proporciona à mãe, ao bebê, à família e até mesmo ao meio ambiente. Alguns achados apontam que o leite materno é rico em substâncias, como água, vitaminas, sais minerais, dentre outras, que fortalecem o sistema imunológico do bebê, protegendo-o contra vírus, bactérias, infecções e alergias. É um alimento de fácil absorção orgânica e, quando ministrado com exclusividade, pode diminuir os riscos de anemia nos primeiros seis meses de vida do bebê.

Os benefícios da amamentação também são evidenciados no campo da vida psíquica. A comunicação e a linguagem entre mãe e bebê, que ocorrem durante a amamentação, são reconhecidas como intrinsecamente relacionados ao desenvolvimento social e afetivo do bebê. Através de sorrisos, choramingos, balbucios e jogos se têm a criação e o fortalecimento de vínculos entre o bebê e a sua mãe. Tomando-se como referência os estudos de Eric Erickson, a amamentação é uma situação que favorece o estabelecimento da confiança do bebê: "Amamentação como alimentação torna-se amamentação por reafirmação e conforto [...]" (RIORDAN, 1993, p. 462).

O leite materno é o alimento ideal para o bebê e tem sido recomendado como o único alimento nos seis primeiros meses de vida, com introdução de alimentos complementares e continuação da amamentação a partir de então e até os dois anos de idade ou mais. É de extrema importância para a sobrevivência, pois atende todas as necessidades nutricionais, imunológicas e psicológicas do recém-nascido (PARADA et al, 2005).

A ausência de amamentação ou sua interrupção precoce (antes dos quatro meses) e a introdução de outros alimentos à dieta da criança, durante esse período, são frequentes, com consequências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos, entre outras (GIUGLIANI; VICTORA, 1997).

O profissional de saúde deve identificar os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da mãe a fim de promover educação em saúde para o aleitamento materno, assim como garantir vigilância e efetividade durante a assistência para evitar o desmame precoce (ALMEIDA et al., 2004).

O leite materno contém naturalmente todos os nutrientes que a criança necessita até os seis meses de idade, por isso é um grande aliado na prevenção da desnutrição. Contudo, após o 6^o mês as necessidades da criança ultrapassam a produção de leite, ou seja, a quantidade de leite que a mãe produz não diminui, porém não é mais suficiente nutricionalmente para a criança, que precisa de outros alimentos, o que não significa abandono da fonte materna, que pode prosseguir até os dois primeiros anos de vida da criança, se esta estiver com peso e altura dentro do padrão esperado. A introdução tardia dos alimentos pode causar deficiências nutricionais, provocando a desnutrição (PARADA et al., 2005).

Em vários países, a má nutrição de bebês e crianças pequenas, problemas de crescimento e mortalidade estão associados ao desmame precoce e às práticas inadequadas ou escassas de complementação alimentar. Isso acontece porque alimentos inadequados e muitas vezes contaminados (durante o preparo ou oferta) são introduzidos frequentemente muito cedo (nos países desenvolvidos e em desenvolvimento) ou muito tarde (nos países em desenvolvimento) (RIORDAN, 1993).

De modo geral a alimentação complementar é monótona, de baixa densidade energética, com número de refeições insuficientes ao dia, constituída basicamente de leites diluídos, engrossados com farinhas e sopas ralas. Existem muitas crenças e tabus das mães sobre a oferta de alimentos à criança pequena (sadia e doente) que interferem na boa prática alimentar. Nos últimos anos, tem crescido o consenso de que a maior ameaça às crianças, em termos nutricionais, ocorre durante o período entre os seis e os vinte e quatro meses de idade, quando acontece a transição da amamentação exclusiva para o consumo da dieta familiar e quando as taxas de doenças infecciosas, como diarreia, são as mais altas (ALMEIDA et al., 2004).

Assim, o presente estudo tem como objetivo relacionar a desnutrição infantil com o desmame precoce.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relacionar a ocorrência de desnutrição infantil com o desmame precoce.

2.2 Objetivos Específicos

- . Revisão bibliográfica dos fatores relacionados ao desmame precoce;
- . Revisão bibliográfica da relação entre desmame precoce e desnutrição infantil;
- . Propor estratégias de educação em saúde promovendo o aleitamento materno como prevenção à desnutrição.

3 - METODOLOGIA

Revisão narrativa sobre o tema desnutrição infantil e desmame precoce não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, incluindo artigos, livros e publicações leigas visando a elaboração de estratégias de educação em saúde promovendo o aleitamento materno como prevenção a desnutrição infantil.

Para o levantamento dos artigos de periódicos foram realizadas buscas em bancos de dados como a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Eletronic Library Online*, *Jornal do Pediatra*, SBP – Sociedade Brasileira de pediatria.

Os descritores utilizados foram: Recém-Nascido, Lactente, Desmame Precoce e Aleitamento Materno, Desnutrição.

Os artigos foram selecionados pela leitura do resumo, excluindo os artigos que não estavam dentro do assunto proposto.

4- CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Para caracterização do problema serão abordados os assuntos relacionados ao tema como: o aleitamento materno ao longo do tempo, a importância da amamentação, os elementos de proteção do leite materno, principais causas da desnutrição, quando introduzir alimentos complementares, escolhendo os alimentos complementares, desnutrição infantil e desmame precoce, prevenção à desnutrição e organização da atenção à criança desnutrida.

4.1- O ALEITAMENTO MATERNO AO LONGO DO TEMPO

Estudando a trajetória do aleitamento materno através do tempo observa-se que a forma de alimentar as crias sempre foi uma preocupação. De acordo com Joca (2005) o homem faz uso de leite de animais há aproximadamente 8 (oito) milênios e, possivelmente, desde essa época o teria introduzido na alimentação do lactente o que indica, portanto, que o uso de alimentos, além do leite materno humano, está presente na alimentação de crianças em quase toda a história da humanidade.

Desde a época do descobrimento do Brasil, segundo Almeida - a carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal continha o que pode ser considerado o primeiro relato sobre a amamentação do Brasil: “Com um menino ou menina no colo, atado com um pano (não sei de quê) aos peitos” (ALMEIDA, 1999: 9).

A cultura indígena cultivava o ato de aleitar diretamente ao seio, o que deve ter sido percebido pelos portugueses como fato instintivo e natural, que não era utilizado pelo considerado “homem civilizado”, e como tal, adotavam os hábitos e costumes da cultura europeia, que tinham o costume de não amamentarem seus filhos, transferindo essa tarefa à saloia (aldeã das imediações de Lisboa), que teve a sua primeira representação na figura das índias brasileiras, que depois foram substituídas pelas escravas africanas (ALMEIDA, 1999: 53).

Cabe ressaltar ainda que os relatos sobre desnutrição e mortalidade entre lactentes indígenas brasileiros só passaram a existirem a partir do momento em que se ampliou a convivência com o branco, o que pode ser considerado um indicador positivo para o regime alimentar praticado (ROCHA, 1996)

No Brasil, o aleitamento materno entre a sociedade indígena era comum até a chegada dos europeus, que trouxeram em sua bagagem cultural o hábito do desmame para as mulheres europeias daquela época, pertencentes às classes sociais dominantes, o amor materno não tinha valor social e moral, fato que as levava a considerar a amamentação uma tarefa indigna para uma dama (BADINTER, 1985 apud ALMEIDA, 1999)

Segundo Costa (1983)

Considerando que os elementos culturais nunca se transformam totalmente de uma cultura para outra, uma vez que a sociedade receptora a interpreta à sua maneira, moldando-os para servir às novas finalidades, assim, em substituição à *saloia*, foi construída a figura da *ama-de-leite* e instituída no Brasil, impondo-se o desmame às escravas em favor da amamentação da criança branca.

Para Almeida (1999)

Desde a instituição da *ama-de-leite* até a vanguarda científica construída pelo *marketing* dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se referem exclusivamente às motivações ligadas à saúde, indicando, em muitas situações, interesses relacionados a moldar o comportamento social e a oportunidade de auferir lucros de toda espécie.

O aumento progressivo do aleitamento artificial no Brasil decorre do grande processo de urbanização, do estilo de vida do país, da distribuição dos excedentes de produção do leite em pó no período pós-guerra, através de programas do tipo

aliança para a paz, em regiões como o Nordeste, e da produção do leite em pó na região de São Paulo, na década de 1940 (GOLDEMBERG, 1989).

Estudos mostram que “a ocorrência do desmame precoce deveria restringir-se a três situações: morte materna, doença grave da mãe ou casos interditados pela cultura” (SILVA, 1990).

O desmame precoce pode ser considerado violência contra a criança, uma vez que a deixa exposta ao risco de adoecer e morrer por doenças relacionadas à desnutrição, além de prejudicar a vivência da fase parasitária, que se segue à fase simbólica do vínculo mãe-filho, importante para a saúde mental de ambos, o que contribuirá para a harmonia familiar (SILVA, 1996).

Deve-se também levar em conta que

a amamentação é o primeiro evento social da vida da criança, no qual merece igual destaque os aspectos psicológicos que resultam da interação mãe-filho: a criança, a mãe, a família, a sociedade e o estado são amplamente beneficiados pela prática da amamentação natural (ARAÚJO, 1997).

Em paralelo a todas as questões que se pode levantar no sentido de fortalecer a prática da amamentação, um aspecto deve ser lembrado, que diz respeito aos fatores envolvidos na decisão materna de amamentar ou não.

Acredita-se que o sistema de saúde deva estar vinculado a um modelo de saúde que valoriza a vida e não apenas a doença, e que se torna imprescindível que o profissional esteja realmente preparado para compreender os sentimentos e medos da mãe, e assim contribuir para que ela supere as dificuldades que poderá vivenciar.

Considerando que a interrupção prematura da amamentação pode vir acompanhada de grande perigo, especialmente em países em desenvolvimento, pois muitos dos alimentos que passam a serem utilizados a partir do desmame são

inadequados do ponto de vista nutricional e somando-se a isto a grande possibilidade de que a criança possa estar exposta a muitos organismos infecciosos, é que se torna relevante investigar os fatores relacionados a esta prática.

4.2 - IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO

Segundo Weigert et al. (2005) as taxas de aleitamento materno exclusivo no Brasil estão em ascensão, porém ainda muito baixas. Diversos fatores podem estar contribuindo para essa situação, dentre os quais a técnica inadequada de amamentação.

É relativamente recente o conhecimento de que o posicionamento adequado da dupla mãe/bebê e a pega/sucção efetiva do bebê favorece a prática da amamentação exclusiva. Uma posição da mãe e/ou do bebê que dificulta o posicionamento adequado da boca do bebê em relação ao mamilo pode resultar no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração do leite materno, podendo dificultar o esvaziamento da mama e levar à diminuição da produção do leite. Como consequência, a mãe pode introduzir precocemente outros alimentos, contribuindo, assim, para o *desmame precoce* (WEIGERT et al., 2005).

A ação básica de saúde requer estratégia direcionada quanto à tomada de consciência da importância do aleitamento materno. Vive-se em um país em desenvolvimento, com alto índice de mortalidade infantil, muitas vezes causada pela alimentação inadequada na primeira infância, acarretando desnutrição, baixa resistência orgânica e, conseqüentemente, quadros infecciosos irreversíveis, aos quais o não aleitamento materno é apontado como uma das causas (ICHISATO & SHIMO, 2002).

Segundo os autores acima citados “Críticas às campanhas de aleitamento materno são feitas, pois as maiores são dirigidas às mulheres de classes sociais baixas, devido ao alto índice de mortalidade infantil nessa camada social”. A mulher é responsabilizada pelo desconhecimento da técnica da amamentação, desmame

precoce e a desnutrição. "As campanhas têm se constituído em estratégia simplificada para reduzir mortalidade infantil em nível de atenção primária" (ICHISATO; SHIMO, 2002, p. 29).

Sabe-se que o desmame precoce deve ser interpretado como resultado de diversos fatores socioculturais, como o processo de industrialização, que teve início no final do século XIX; as mudanças estruturais da sociedade que aconteceram em virtude da industrialização; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento e a propaganda de leites industrializados; a adoção, nas maternidades, de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno e a adesão dos profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial (VENANCIO, 2003).

Entretanto, muitas vezes, por questões culturais, o fato de a mulher não ter amamentado faz com que a denomine *mãe desnaturada*, o que aumenta, em demasia, o sentimento de culpa da mulher (ICHISATO; SHIMO, 2002).

Contudo, vale também considerar se o problema do desmame deve ser visto e tratado como propriedade exclusiva da ciência, ou seja, como um problema de falta de conhecimento eficiente (ALMEIDA; GOMES, 1998).

O desmame representa muitas vezes, uma decisão difícil para a mãe. Determinantes de diversas naturezas impossibilitam à mulher amamentar. Os de ordem biológica são, por exemplo: perda do recém-nascido, morte fetal, uso de medicações incompatíveis com o aleitamento materno, mães portadores do vírus HIV, ou com AIDS em atividade (BRASIL, 1998).

Situações de ordem socioeconômica também estão ligadas a interrupção da amamentação, como por exemplo, nos casos de necessidade de a mãe se ausentar por longos períodos do dia, por dificuldades de relacionamento no convívio familiar, situações que levam a mãe ao stress, insegurança, depressão, e outras (BRASIL, NALMA, 1998).

O desmame precoce é prejudicial à mãe e ao bebê, exercendo um papel de seleção natural. A mãe perde a proteção natural contra a contraceção e o câncer da mama e do ovário. A criança, por sua vez, perde a proteção contra as gastroenterites e infecções respiratórias (ICHISATO; SHIMO, 2002).

Crianças desmamadas precocemente apresentam maior índice de internação hospitalar por infecções respiratórias, gastrointestinais e não comumente a alergia ao leite de vaca, incluindo, ainda, sensibilização a outros alimentos (soja, milho, feijão, tomate, laranja, ovo, etc.) (ICHISATO; SHIMO, 2002).

O desmame, em sua grande maioria, ocorre quando a mãe não é adequadamente orientada e o recém-nascido entra em contato com chupetas e chucas antes de desenvolver adequadamente o reflexo de sucção (VAZ, 2005).

O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, provocando alterações na postura, prejudicando as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala. A falta da sucção fisiológica ao peito pode interferir no desenvolvimento motor-oral, possibilitando a instalação de má oclusão, respiração oral e alteração motora-oral. A alteração motora-oral compromete as funções de respiração, mastigação e deglutição, podendo estar associada a outros problemas (NEIVA *et al.*, 2003).

Outro aspecto que ajuda entender a lógica do desmame se remete ao fato de que nem sempre a sociedade tem facilitado a prática do aleitamento materno. Em relação a isto, observa-se que é importante é frisar que a sociedade não tem se aparelhado para favorecer a mulher o exercício da amamentação. Pelo contrário, ao mesmo tempo que a culpabiliza por não amamentar, interfere bruscamente sobre o parto com procedimentos cirúrgicos ou medicamentos; cria estruturas hospitalares antiaproximação mãe-bebê; não cria ou não respeita leis trabalhistas para o amparo à maternidade; libera as companhias produtoras de substitutos do leite materno de qualquer compromisso ético quanto à propaganda de seus produtos; e, em nível de ambulatório de saúde, não capacita seus profissionais para darem o apoio e terem conhecimentos necessários para aconselhar a mãe que amamenta (ALMEIDA; GOMES, 1998)

É importante evidenciar como o enfermeiro que está atuando nesta prática, pois buscando compreender a realidade é que novas ações poderão ser implementadas, e os futuros profissionais enfermeiros poderão se posicionar de

forma objetiva, efetiva e completa, evitando lacunas na assistência e com isso aumentar a adesão da puérpera ao aleitamento e reverter os índices de desmame precoce (ALMEIDA et al., 2004).

Ainda de acordo com os mesmos autores mesmo que os profissionais de saúde busquem desempenhar ações específicas na assistência de promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno, políticas institucionais devem garantir o exercício profissional de todos e apoiar a diversificação de suas atuações em benefício da mulher e da criança.

Inseridas num contexto que exige, por parte dos profissionais da área de saúde, o descobrir e o assumir a responsabilidade de ser elemento de transformação, sente-se que se fazem necessárias mudanças enriquecidas com orientações, incentivos, gestos de apoio e carinho, deixando de lado a visão romântica do aleitamento materno, enfatizado, muitas vezes, como um ato de amor, pois, mesmo não amamentando ao seio, a mãe é capaz de desenvolver o amor materno (MOTA, 1990).

4.3 - ELEMENTOS DE PROTEÇÃO DO LEITE MATERNO

Recém-nascidos e lactentes, sobretudo nos primeiros seis meses de vida, são mais vulneráveis a infecções, porque o sistema imunológico ainda não está adequado. Assim, durante um período, quando o sistema mostra relativa incompetência imunológica, o leite humano cumpre essa função, protegendo os lactentes de diversas doenças (ABRÃO, 2006: 28).

Tanto a idade cronológica quanto o estado nutricional das mães não influenciam de forma significativa na qualidade do leite materno. A glândula mamária parece ter mecanismos específicos para regular a concentração de oligoelementos no leite, mesmo em condições específicas de variação de dieta materna (VENÂNCIO, 2003).

No entanto, a composição do leite de mãe de prematuro apresenta algumas diferenças, pois promove efeitos anti-inflamatórios mais exuberantes do que o leite de mãe de recém-nascido a termo. Essa composição diferenciada pode prover imunoproteção via maturação do intestino do prematuro, já que pré-termos têm

maior risco de desenvolver complicações no trato gastrointestinal e respiratório (MOTA, 1990). As propriedades nutricionais e anti-infecciosas do leite da mãe de bebês prematuros são adequadas às necessidades fisiológicas e imunológicas do recém-nascido.

Os anticorpos presentes no leite materno são dirigidos a inúmeros microorganismos com os quais a mãe entrou em contato durante toda sua vida, representando um tipo de variado de poder imunológico. A maior parte desses microorganismos já entrou em contato com as superfícies mucosas do aparelho gastrointestinal ou respiratório maternos (TERUYA e COUTINHO, 2001:5).

Além dos anticorpos, o colostro humano contém inúmeros fatores bioquímicos e células imunocompetentes, que interagem entre si e com a mucosa dos tratos digestivo e respiratório do lactente, conferindo não apenas imunidade passiva, como também estímulo ao desenvolvimento e maturação do próprio sistema (VENÂNCIO, 2003: 79).

4.4 - PRINCIPAIS CAUSAS DE DESNUTRIÇÃO

A desnutrição tem diferentes causas. Podem ser socioeconômicas, culturais ou políticas. Este fato comprova que, nem sempre a fome é o maior causador da desnutrição infantil. Assim, segundo Olinto et al (1993), pode-se ter:

Variáveis biológicas: sexo e idade da criança. Os meninos apresentaram uma maior prevalência que as meninas. A maior frequência de desnutrição está na faixa etária de 12 a 17 meses.

Variáveis socioeconômicas: renda familiar; número de utilidades domésticas; escolaridades materna e paterna; presença do pai na casa; trabalho materno. De todas as variáveis socioeconômicas sobre a desnutrição, são mais significativos os efeitos da educação materna, da presença e educação paternas e do trabalho materno.

Variáveis ambientais: condições de moradia; número de pessoas por dormitório; número de crianças menores de cinco anos morando na casa (incluindo a criança em estudo); disponibilidade de água encanada dentro de casa; tipo de sanitário (com descarga ou casinha); bairro. As condições de moradia e higiene comprometem o crescimento sadio das crianças e que se tornam entraves para melhora da qualidade de vida.

Variáveis reprodutivas: idade materna; ordem de nascimento; intervalo interpartal (entre o parto da criança em estudo e o filho anterior). Filhos de adolescentes (mães com menos de 20 anos) apresentaram duas vezes mais risco de *déficit* nutricional.

Variáveis de morbidade: presença de diarreia e de tosse; febre; número de hospitalizações. Nos organismos desnutridos os processos infecciosos (diarréias, doenças respiratórias, sarampo, parasitoses) apresentam-se com mais frequência, ficando mais vulneráveis a doenças oportunistas.

Segundo Olinto et al (1993) o leite materno contém naturalmente todos os nutrientes que a criança necessita até os seis meses de idade, por isso é um grande aliado na prevenção da desnutrição. Contudo, após o 6º mês as necessidades da criança ultrapassam a produção de leite, ou seja, a quantidade de leite que a mãe produz não diminui, porém não é mais suficiente nutricionalmente para a criança, que precisa de outros alimentos, o que não significa abandono da fonte materna, que pode prosseguir até os dois primeiros anos de vida da criança, se esta estiver com peso e altura dentro do padrão esperado. A introdução tardia dos alimentos pode causar deficiências nutricionais, provocando a desnutrição.

Em vários países, a má nutrição de bebês e crianças pequenas, problemas de crescimento e mortalidade estão associados ao desmame precoce e às práticas inadequadas ou escassas de complementação alimentar. Isso acontece porque alimentos inadequados e muitas vezes contaminados (durante o preparo ou oferta) são introduzidos frequentemente muito cedo (nos países desenvolvidos e em desenvolvimento) ou muito tarde (nos países em desenvolvimento) (MOTA, 1990).

De modo geral a alimentação complementar é monótona, de baixa densidade energética, com número de refeições insuficientes ao dia, constituída basicamente de leites diluídos, engrossados com farinhas e sopas ralas. Existem muitas crenças e tabus sobre a oferta de alimentos à criança pequena (sadia e doente) que interferem na boa prática alimentar. Nos últimos anos, tem crescido o consenso de que a maior ameaça às crianças, em termos nutricionais, ocorre durante o período entre os seis e os 24 meses de idade, quando acontece a transição da amamentação exclusiva para o consumo da dieta familiar e quando as taxas de doenças infecciosas, como diarreia, são as mais altas (ABRÃO, 2006).

4.4.1- Quando introduzir alimentos complementares

As práticas alimentares de lactentes podem receber influência do ambiente familiar através de informações fornecidas pelos profissionais de saúde e também pela mídia, através da veiculação de propagandas de alimentos (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A partir dos seis meses de idade é importante e necessária a introdução de alimentos complementares (Tabela 1). É a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico maior. Com o desenvolvimento da mastigação, deglutição, digestão e excreção habilita-se a criança a receber e aceitar outros alimentos, que não o leite materno (BRASIL, 2002).

Tabela 1. Esquema para introdução dos alimentos complementares

Faixa etária	Tipo de alimento
Até o 6º mês	Leite materno
No 6º mês	Leite materno e papa de frutas
Do 6º ao 7º mês	Primeira papa salgada, ovos e suco de frutas
Do 7º ao 8º mês	Segunda papa salgada

Do 9º ao 11º mês	Gradativamente passar para a comida da família
No 12º mês	Comida da família

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria (2006).

A contribuição do leite materno para o desenvolvimento da criança chega a atingir um a dois terços da energia consumida, do primeiro até o segundo ano de vida, como importante fonte de gordura, vitamina A, cálcio e riboflavina (ANDERSON et al., 2001).

A cultura brasileira é impregnada de práticas que muitas vezes mostram-se conflitivas com as recomendações para alimentação do lactente. De acordo com Almeida (2004), no Brasil, costuma-se oferecer à criança água para saciar a sede; chás para acalmar, aliviar as cólicas, e tratar uma diversidade de doenças. Essa crença de que o leite materno não supre as necessidades da criança resulta na introdução de outros tipos de leite e alimentos complementares, antes do tempo recomendado (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Segundo Giugliani e Victora (2000) esses suplementos do leite materno (água, chás...) são desnecessários nos primeiros seis meses de vida da criança, mesmo que ela habite em locais secos e quentes. Essa suplementação faz com que a criança diminua a ingestão do leite materno prejudicando, muitas vezes, o desenvolvimento da criança, pois são menos nutritivos e possuem menor densidade energética que o leite humano, interferindo na biodisponibilidade de nutrientes do leite materno como o ferro e o zinco (DEWEY et al., 2001).

Além disso, há pesquisas que comprovaram o aumento da morbimortalidade infantil, após a introdução precoce de alimentos complementares, em consequência do menor consumo de fatores de proteção encontrados no leite humano, pois esses alimentos podem constituir uma fonte de contaminação para as crianças (DEWEY et al., 2001). Outro fator negativo relacionado à introdução precoce dos alimentos complementares seria a redução na duração da amamentação, na eficácia da lactação e na prevenção de uma nova gravidez (ALMEIDA, 2004).

Se a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses é prejudicial à criança, quando iniciado tardiamente retarda o crescimento e o risco de desnutrição e de deficiência dos micronutrientes aumenta. Nesse sentido

ações educativas dirigidas ao primeiro ano de vida da criança devem merecer atenção especial, para promover e manter o estado nutricional adequado, o que pode refletir sobre sua saúde (BRASIL, 2002).

4.4.2 - Escolhendo os alimentos complementares

A escolha dos alimentos complementares é importante para a boa aceitação da criança. Devem-se evitar preparações que não atinjam a densidade mínima recomendada de energia, tais como sopas, mingaus e leites muito diluídos (BRASIL, 2002).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2006), as frutas devem ser oferecidas, sempre em colheradas, preferencialmente sob a forma de papas e sucos. Os sucos naturais devem ser oferecidos após as refeições principais, e não em substituição a estas, numa dose máxima de 240 ml/dia (copo americano).

Planejar a papa salgada seguindo a regra 3:1:1:1. Os alimentos na mistura devem seguir a proporção: para cada três partes do alimento base (cereal, raiz ou tubérculo), colocar uma parte de alimento protéico (origem animal), uma de origem vegetal (leguminosas) e uma parte dos outros alimentos (hortaliças) (Tabela 2) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

Tabela 2. Componentes da mistura

Cereal ou + Tubérculo	Leguminosa +	Proteína + animal	Hortaliça
Arroz Milho Macarrão Batata Mandioca Inhame Cará	Feijão Soja Ervilha Lentilha Grão-de-bico	Carne de boi Vísceras Frango Ovos Peixe	Legumes Verduras

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria (2006).

Há uma recomendação de que os alimentos sejam oferecidos separadamente para facilitar a identificação dos vários sabores, pela criança. A papa deve ser amassada, sem peneirar nem liquefazer e não se deve retirar a carne, assim como as fibras (VITOLLO, 2003).

Para facilitar a aceitação do lactente aos novos alimentos, não se deve acrescentar açúcar ou leite nas papas, pois prejudica a adaptação da criança às modificações de sabor e consistência das dietas. É importante oferecer água potável, pois os alimentos oferecidos ao lactente apresentam maior sobrecarga de solutos para os rins (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

4.5 - DESNUTRIÇÃO INFANTIL E DESMAME PRECOCE

É importante não associar a falta do leite humano com a questão da desnutrição infantil, pois o não acesso a outras fontes alimentares e alternativas é que promovem a desnutrição nas crianças (MOTA, 1990).

Hábitos inadequados de alimentação também promovem desnutrição. Muitos pais, em centros urbanos, principalmente, permitem a ingestão de guloseimas, como: salgadinhos, balas e biscoitos, o que faz com que as crianças comam menos outros tipos de alimento como arroz, feijão, hortaliças, frutas e carnes.

Na faixa etária de dois a quatro anos, quando a criança está formando seus hábitos alimentares, é essencial trabalhar a educação nutricional para que elas possam chegar à vida adulta com mais saúde. A tarefa é difícil, já que os meios de comunicação têm uma forte influência - muitas vezes, negativa - na formação dos hábitos alimentares.

Um estudo para verificar o perfil alimentar de crianças de 0 a 72 meses com desnutrição energético-proteica atendidas pelo Centro de Recuperação e Educação Nutricional verificou que 50% das crianças até os seis meses usavam mamadeira. Quanto aos hábitos alimentares, verificou-se que 31% das crianças entre 6 e 36 meses consumiam guloseimas e 33% dessa mesma faixa etária

consumiam salgadinhos diariamente. Entre as crianças de 36 a 72 meses, verificou-se que 50% consumia refrigerantes diariamente (Fonte: www.ebb.com.br).

O aleitamento materno nos países periféricos se transformou em uma nova arma contra a desnutrição. As campanhas têm se constituído em estratégia simplificada, para reduzir a mortalidade infantil em nível de atenção primária através de normas prescritivas a serem seguidas, as quais, muitas vezes, estão descoladas da realidade das mulheres, em especial da nutriz dos estratos sociais menos favorecidos (SILVA, 1990, p.172).

A amamentação materna é uma importante aliada na diminuição da mortalidade infantil e deve ser incentivada; entretanto, não de forma pontual e descontextualizada, para não cair na armadilha ingênua de acreditar que o leite materno, por si só, responde positivamente a todos os problemas de saúde da população infantil.

4.6 PREVENÇÃO À DESNUTRIÇÃO

A prevenção e o controle da desnutrição dependem de medidas mais amplas e eficientes de combate à pobreza e à fome e políticas de inclusão social. No entanto, segundo o Ministério da Saúde (2003) é responsabilidade dos profissionais de saúde o atendimento à criança com desnutrição de acordo com o atual conhecimento científico disponível e a atuação efetiva, tanto para salvar as vidas dessas crianças, como para promover a sua recuperação e evitar recaída. Portanto, o sucesso obtido no tratamento da criança desnutrida deve ter sua continuidade assegurada por meio de medidas adequadas no ambulatório, na comunidade e no domicílio.

A estratégia fundamental para o controle da desnutrição é o estabelecimento de políticas públicas que melhorem a saúde e a nutrição da sociedade brasileira. Dentre estes setores é muito importante a participação dos profissionais de saúde, pois o seu trabalho vincula-se às duas principais causas diretas da DEP: a

alimentação e os cuidados de saúde. Entretanto, esse envolvimento nem sempre ocorre.

A primeira observação é, conforme Sawaya (2004), as equipes de saúde têm dificuldade em envolver as famílias na solução do problema, mesmo porque a maior parte das alterações ocorre de forma moderada e leve, não sendo perceptíveis para as famílias.

Por outro lado, é aos serviços e aos profissionais de saúde que as crianças desnutridas e suas mães trarão os seus problemas, pois a DEP é um problema de saúde e, nesse sentido, a maior parte das suas conseqüências se expressará em alterações biológicas e psíquicas.

Os profissionais de saúde, principalmente os médicos, são preparados para o diagnóstico e tratamento de doenças. O reconhecimento da determinação social da DEP e o fato de ser um problema de saúde para o qual a solução não é terapêutica colocam em xeque todo um embasamento teórico-prático no qual o profissional foi formado.

Entretanto, algumas outras medidas devem ser tomadas para amenizar as taxas de desnutrição infantil. Esse trabalho de prevenção é feito principalmente através da identificação das crianças desnutridas e em risco nutricional na comunidade bem como através de visitas domiciliares, para ajudar e orientar as famílias: Estímulo ao aleitamento materno; o papel da amamentação sobre o status nutricional infantil, ressaltando a importância do leite materno como alimento exclusivo até o sexto mês de vida, tem sido reiterado em diversos estudos, referendando a adoção da amamentação como a melhor prática de alimentação infantil em relação a qualquer outro recurso já avaliado, segundo informação de Almeida (2004). Orientação alimentar e Educação alimentar, ressaltando o valor nutritivo de alimentos regionalizados e acessíveis e de baixo custo: Assim, a realização do direito humano à alimentação adequada depende de muito mais do que da simples disponibilidade de alimentos, mesmo que saudáveis.

4.6.1 Organização da atenção à criança desnutrida

a) Intervenção na família e na comunidade

Para combater a desnutrição deve-se partir da atuação na família e na comunidade. O trabalho na família e na comunidade tem a vantagem de prevenir que muitas crianças fiquem desnutridas e evitar que as crianças em risco nutricional fiquem mais doentes e tenham desnutrição grave.

Os profissionais de saúde devem dar atenção aos pacientes e clientes que procuram o serviço de saúde; todavia, é necessário preocupar-se também com a situação daqueles que não o procuram.

O contato frequente dos profissionais de saúde com a comunidade pode contribuir, ainda que indiretamente, para a melhoria das condições de vida daquela população. De um lado, tal contato estimula a mobilização das lideranças e, de outro, as famílias que recebem orientações sobre saúde constituem-se em multiplicadores daquele conhecimento para outras que residem na mesma comunidade.

Ir ao encontro da pessoa em sua casa permite ao profissional, conforme afirmam Costa e Carbone (2004), dividir com ela suas preocupações, seus problemas, sua cultura e sua condição de vida. O primeiro passo para a inserção da equipe na comunidade é o contato com a liderança local. A seguir, apresentamos as principais ações que podem ser feitas pela equipe de saúde junto à comunidade, segundo Sawaya (2004):

O método da "busca ativa" - identificação da criança desnutrida na comunidade - é essencial para o atendimento da desnutrição primária, uma vez que os desnutridos são aqueles que não chegam aos serviços (especialmente os serviços básicos de saúde) e quando o fazem, freqüentemente descontinuem o tratamento. A busca ativa pode dar-se através de:

1. Mutirões antropométricos realizados na comunidade ou em entidades que atendam crianças menores de seis anos de idade;

2. Atuação de profissionais de saúde, que, realizando visitas domiciliares, identificam e atendem ou encaminham as crianças desnutridas; e
3. Atuação de pessoas da própria comunidade, que, reconhecendo uma criança desnutrida, encaminham-na ao serviço de saúde.
4. O método mais simples, de baixo custo e eficaz na determinação do estado nutricional de uma população é a mensuração do peso e da estatura dos indivíduos, chamado de Mutirão antropométrico.

É um método rápido, barato e eficaz de mapeamento das crianças desnutridas - e, portanto, das famílias de maior risco social - de uma comunidade. Seus dados permitem definir estratégias de intervenção que levem em consideração as famílias mais necessitadas naquela comunidade.

b) Cuidados de acordo com o estado nutricional

Criança em risco nutricional e com desnutrição leve: A criança em risco nutricional ou com desnutrição leve também precisa de acompanhamento frequente. Ela precisa ser pesada e sua estatura precisa ser medida mensalmente. Se ela ficar doente, precisa ser encaminhada a um profissional de saúde para o tratamento adequado. Sua alimentação deve ser bem cuidada. É possível que ela esteja comendo pouco, ou fora dos horários regulares, ou ainda pode ser que os alimentos ricos em nutrientes como verduras, frutas, carnes, leite, ovos, arroz, feijão, que não estejam sendo ingeridos em quantidades suficientes. Os cuidados com a alimentação da criança serão diferentes de acordo com a sua idade. Se a criança tiver menos do que quatro meses de idade, a sua alimentação deverá ser orientada pelo profissional de saúde

Criança com desnutrição moderada/ grave precisa de cuidados médicos imediatos, por isso deve ser encaminhada para o serviço de saúde mais próximo. O médico deverá examiná-la, e perguntar sobre as doenças que teve recentemente. Ele poderá pedir exames de sangue para ver se ela está com anemia, e de fezes para saber se está com alguma verminose. Outros exames

poderão ser pedidos de acordo com a história clínica da criança. Dependendo da gravidade do caso, o profissional poderá encaminhar a criança para ser tratada em um centro de recuperação nutricional. A criança com desnutrição precisará ser acompanhada com mais frequência pelo profissional de saúde e/ ou pelo líder que está atuando na comunidade. Ela deve ser pesada e sua estatura deve ser medida mensalmente. A família precisará ser ajudada a seguir as orientações médicas e a cuidar da alimentação e da saúde da criança.

Cabe considerar que alguns preceitos sejam cumpridos, eles são, de acordo com o Ministério da Saúde (2003):

1. Garantir os horários regulares das refeições;
2. Estimular a criança durante a alimentação;
3. Orientar a mãe/ responsável para não desistir quando a criança começar a mostrar desinteresse;
4. Procurar oferecer a alimentação em um ambiente tranquilo, sem ligar a televisão;
5. Manter a criança sentada e não deitada.

c) PSF frente ao combate da desnutrição infantil

Segundo o Manual para Enfermagem do PSF (2001), o enfermeiro deve identificar a alimentação infantil como uma situação que exige cuidado profissional, aconselhamento constante e vigilância sempre. Este profissional deve compreender a importância da prevenção da DEP a fim de manter a saúde da criança, para, desta forma, delinear as ações e executar vigilância nutricional.

Em se tratando das curvas de crescimento/ desenvolvimento, elas devem ser cuidadosamente interpretadas, de acordo com a alimentação recebida pela criança, seu peso ao nascer e suas condições clínicas.

Uma equipe bem preparada e bem treinada deve, também, estar atenta à imunização e se esta está em dia, bem como, atentar para o desenvolvimento cognitivo, educacional e psicossocial destes pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitos os fatores que podem contribuir para o sucesso ou fracasso do aleitamento materno. A preocupação em determinar a amamentação fundamentada em conceitos biológico-científicos relega a mãe-filho a um segundo plano, não atentando para as suas peculiaridades sociais e culturais de ser mãe, esposa, trabalhadora e cidadã.

O desmame é sócio-culturalmente constituído e que para a mulher manter o aleitamento materno precisa de apoio familiar, dos profissionais da saúde, da sociedade e também governamental.

O aleitamento materno não deve ser visto como uma forma de resolver o problema da desnutrição infantil em população mais carente. Para isso, há necessidade de se criarem infraestruturas básicas (educação e saúde).

Tendo em mente o fato de que o desmame precoce traz consequências no desenvolvimento motor-oral, na oclusão, na respiração e nos aspectos motores-orais da criança, ressalta-se a importância do aleitamento materno. O incentivo a essa prática e o adequado padrão de sucção é a base para a prevenção de alterações fonoaudiológicas no que se refere ao sistema motor-oral.

É relevante a necessidade de orientar sobre os benefícios e práticas adequadas da amamentação, principalmente no primeiro ano de vida, objetivando a prevenção da desnutrição, de forma a assegurar condições de saúde e qualidade de vida favoráveis para a população infantil, e assim, evitando também o surgimento de doenças em idades mais avançadas..

Ressalta-se a necessidade de maiores estudos sobre o assunto para que sejam conhecidos mais detalhes sobre esse assunto, considerado uma questão de saúde pública.

Assim sendo, tão importante quanto destacar que amamentar é fundamental - mensagem esta que parece cada vez mais compreendida pelas mães - é dizer que amamentar envolve dificuldades e como proceder diante delas. Ou seja, expressar, através de cartazes, folders, televisão, revistas, palestras, como superar as dificuldades que a amamentação envolve, e evitar que a desnutrição acometa a

criança. Tal como se concebe, a amamentação é executada pela mãe, mas é responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, A. C. F. V. *Amamentação: uma prática que precisa ser aprendida*. *Pediatria (São Paulo)*. 2006; 28: 79-80
- ALMEIDA, J. A. G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro (RJ): Ed FIOCRUZ; 1999.
- ALMEIDA, J. A. G.; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, v.6, n.3, Ribeirão Preto, Julh de 1998.
- ALMEIDA, N. A. M.; FERNANDES, A. G.; ARAÚJO, C. G. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.06, n. 03, 2004.
- ARAÚJO, LDS. *Querer/Poder amamentar: uma questão de representação?* Londrina (PR): Ed Universidade Estadual de Londrina; 1997..
- BRASIL. Núcleo de Aleitamento Materno - Depto. Materno Infantil e Saúde Pública EERP-USP. *Manual de Procedimentos: Prevenção e Tratamento das Intercorrências Mamárias na Amamentação*, São Paulo, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal. Manual Técnico. 3ªed. DF: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2003.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1983. 140p.
- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. *Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- GIULIANI, E. R. J, VICTORA, C. G. *Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos*. Embasamento científico. OMS/OPAS. (website). <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/bases>. Acesso: 14/11/2012.
- GOLDEMBERG, P. *Representando a discriminação como questão social*. Campinas (RJ): Cortez; 1989. 194p.
- ICHISATO, S. M.; SHIMO, A. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev. Latino-Am*, v.10, n.4, Ribeirão Preto, jul./ago. 2002.
- JOCA, M. T. et al. Fatores que contribuem para o desmame precoce. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Vol. 9, nº 3, 2005, p. 356-364.
- MONTE, C. GIUGLIANI, E. Recomendações para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, v.80, suppl.5, p. S131-S141, 2004.
- MOTA, A. C. *Ideologia implícita no discurso da amamentação materna e estudo retrospectivo comparando o crescimento e a mortalidade de lactentes em uso de*

leite humano e leite de vaca. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais; 1990.

NAKANO, MAS; MAMEDE, MV. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. *Rev Latino Am Enfermagem* 1999 jul;7(3):69-76.

NEIVA, F. C. B. *et al.* Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr (Rio J)*., v.79, n.1, p.07-12, 2003.

OLINTO, MTA, VICTORA, CG, BARROS, FC, TOMASI, E. Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População de Baixa Renda: um Modelo de Análise Hierarquizado. *Caderno Saúde Pública*, 1993. 9(1):14-27.

PARADA, C. M. G. L. *et al.* Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família - PSF. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.13 n.3, Ribeirão Preto, maio/jun. 2005.

RIORDAN, J. Child health. Em: J. Riordan & K.G. Averbach (Eds.), *Breastfeeding and human lactation*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1993.

ROCHA, JM. Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); Nestlé; 1996. 147 p.

SAWAYA, A. L. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.17, n.48, maio-ago. 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Caderno de Atenção à Saúde da Criança - Programa*. Viva Vida, 2005.

SILVA, I. A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. *Rev Esc Enferm USP* 1996 abr;30(1):58-72.

SILVA, A. A. M. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e prática sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto(SP): Faculdade de Medicina / USP; 1990.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. *Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola*. São Paulo, 2006.

TERUYA, K, COUTINHO, SB. Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In: Rego JD. *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 5-20.

VAZ, E. S. Nutrição e Qualidade de Vida. *Sociedade Médica e Revista*, 2005.

VENANCIO, S. I. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. *J Pediatr (Rio J)*, v.79, n.1, p.:01-02, 2003.

VITOLLO, M. R. *Nutrição: da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2003.

WEIGERT, E. M. L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*, v.81, n.4, p.310-6. 2005.