

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ALINE VILELA ARANTES

DESMAME PRECOCE EM SERITINGA – MG:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO JUNTO AO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

CAMPOS GERAIS – MG

2010

ALINE VILELA ARANTES

DESMAME PRECOCE EM SERITINGA – MG:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO JUNTO AO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de conclusão de curso apresentando ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica de Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do Título De Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF.

ORIENTADORA: PROF^a LUANA CAROLINEA DOS SANTOS

CAMPOS GERAIS – MG

2010

(...) É de fundamental importância que a mulher sinta-se adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades, para que possa assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento de seu filho. Cabe aos Profissionais de Saúde - o compromisso de realizar um atendimento de qualidade a essas mães de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não uma obrigação, reduzindo o desmame precoce.

Autor: (ARAUJO et al, 2008).

SUMÁRIO

Resumo	08
Abstract	08
1.Introdução	12
2. Métodos e Técnicas	13
3. Referencial Teórico	14
3.1. Leite Materno: Características e Benefícios	14
3.1. 1. A Produção do Leite Materno	17
3.1. 2. Benefícios	19
3.2. Desmame Precoce	22
3.2.1. Fatores Associados	23
4. Proposta de um Plano de Intervenção.....	27
5. Considerações Finais.....	30
6. Referências.....	31

RESUMO

Este estudo buscou compreender os fatores e consequências do desmame precoce com o objetivo de propor uma intervenção junto ao Programa de Saúde da Família de Seritinga/MG como estratégia para promoção do aleitamento materno. A reflexão e compreensão desse tema foram realizadas por meio de revisão da literatura e das observações vivenciadas no decorrer da prática em saúde. A proposta de intervenção pró-aleitamento contemplará apoio individualizado as mães além do já oferecido rotineiramente pelo serviço; oferecimento de orientações sobre o desmame precoce; benefícios do leite humano; apoio para ordenha e manutenção da lactação. Tais atividades representam um conjunto de ações educativas e de saúde com assistência do profissional de saúde no suporte à amamentação e no manejo dos principais problemas da lactação. A amamentação no primeiro ano de vida pode ser a estratégia mais exequível de redução da mortalidade pós-neonatal, para além dos níveis alcançados nos municípios do Brasil. O apoio à amamentação objetivando a redução do desmame precoce contribui para uma maior duração da prática do aleitamento. Os benefícios contribuem também para uma vida saudável de mãe e filho.

Palavras Chave: Aleitamento materno. Benefícios do leite humano. Desmame precoce.

ABSTRACT

This study sought to understand the factors and consequences of early weaning, with the aim of proposing an intervention by the Family Health Program in Seritinga/MG as a strategy, promoter breastfeeding. The reflection and understanding of this theme by means of literature and the observations experienced during practice in health. The property of intervention on the rates of breastfeeding with individualized support in addition to the routine support provided in the neonatology service; offered her information about the early weaning; benefits of human milk; provided constant support for the mother to express breast milk and to maintain lactation. Those activities comprises actions educational and health providers support for breastfeeding and management of major lactation problems. Breastfeeding in the first year of life, might be the most feasible strategy to further reduce the current level of infant mortality in the states of Brasil. The breastfeeding support goal should reduce of weaning contributed of longer predominant breastfeeding. The benefits contributed also for a life plus healthy for mother and infants.

Key Words: Breastfeeding. Benefits of human milk. Early weaning.

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é um processo natural que consiste em amamentar o filho. É uma prática complexa que não se deve reduzir apenas aos seus aspectos biológicos, mas incluir a valorização dos fatores psicológicos e socioculturais tal é sua importância (VENÂNCIO, 2006).

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em associação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) tem se esforçado no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento recomendando que as crianças recebam aleitamento materno exclusivo (AME) até aos seis meses de idade. A partir do segundo semestre de vida recomenda-se a introdução de alimentos complementares (papas, sopas) com a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade. Assim no primeiro ano de vida complementa-se a transição para alimentação da família e a criança se alimentará de maneira muito similar nos anos seguintes (BRASIL, 2003; OMS, 2009).

A literatura científica tem registrado aumento dos índices de aleitamento materno nos últimos anos. No entanto condições ideais ainda estão longe de serem alcançadas, tornando necessária a proposição de medidas de baixo custo para a promoção da prática da amamentação (VINHA, 2002; CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008).

Nesse cenário, a partir da década de 70 iniciou-se um movimento para resgatar a “cultura da amamentação”, que é uma opção materna e um ato biologicamente determinado, porém social e culturalmente condicionados, sendo um comportamento adquirido socialmente e com variações entre as diferentes sociedades. A mulher age em relação ao aleitamento baseada no significado pessoal deste ato, envolvendo a interação entre fatores socioeconômicos, psicológicos e culturais. Alguns desses fatores estão diretamente relacionados à mãe (sua personalidade e atitudes diante do fato de amamentar), à criança (suas condições de nascimento) e ao ambiente (trabalho da mãe e condições de vida) (FALEIROS *et al*, 2006; ARAÚJO *et al*, 2008).

No entanto, nas últimas décadas e início do século XXI, mesmo com diversos estudos sobre o tema que denotam: benefícios e vantagens para a mãe e para o recém nascido em aspectos nutricionais, bioquímicos, imunológicos, psicossociais e econômicos, observou-se aumento do número de mulheres que

preferem a amamentação artificial e favorecem o desmame precoce (MARIANI NETO, 2006).

Apesar dos incentivos e iniciativas de promoção ao aleitamento materno no Brasil, a prevalência dessa prática exclusiva, é de 53,1% para o primeiro mês de vida e 21,6% para o segundo e terceiro meses (BERNARDI; BARROS FILHO, 2005). Estudos apontam que mães que fizeram parte de um grupo de intervenção conseguiram amamentar 80,5% dos recém nascidos em até três meses (duração mediana) ao passo que somente 38,9% das crianças do grupo de rotina (sem intervenção) obtiveram o mesmo resultado (SANTORO JÚNIOR; MARTINEZ, 2007).

Dados mais recentes sobre a prevalência do aleitamento materno no Brasil são da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2009 que descreve índices de 19,8% e 8,4% de amamentação exclusiva aos quatro e seis meses de idade no Brasil, respectivamente (CAMINHA *et al*, 2010). Em Minas Gerais a prevalência do aleitamento materno exclusivo até seis meses é mais baixa (3,8%) de acordo com estudos sobre o desmame precoce em Belo Horizonte (1980-2004) e Montes Claros. No Alto Jequitinhonha, pesquisas mostraram uma situação favorável dos indicadores do aleitamento materno sendo a duração mediana superior a três meses nos grupos estudados (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004), com uma prevalência parcial aos seis meses de 18,7% (CALDEIRA, 2000; ALVES, 2001).

No município de Seritinga, Minas Gerais, o desmame precoce tem aumentado, o que pode ser observado empiricamente nas Unidades Básicas de Saúde. No atendimento individual as gestantes (de faixa etária entre 16 a 30 anos), nota-se manifestação por essa opção. Geralmente a idade materna mais jovem relaciona-se a menor duração do aleitamento das mães do primeiro filho (desmamaram seus filhos precocemente antes dos seis meses de idade), deixando em segundo plano o aleitamento natural (ARAÚJO *et al*, 2008).

Logo após o nascimento da criança e nos primeiros meses de vida, muitas mães deixam de amamentar devido a múltiplos fatores, conforme anteriormente referido, mas 70% delas o fazem por falta de orientação e desconhecimento da superioridade do valor nutricional do leite materno (NASCIMENTO, 2006).

Ruocco (2001) aponta que, 85 a 92% das gestantes tomam sua decisão de amamentar ou não antes do 3º trimestre gestacional e, destas, 96 a 97%

praticam o método escolhido, muitas vezes ignorando ou desconhecendo a importância do aleitamento materno.

Além de ser um alimento natural, o leite materno tem um poder de defesa que traz não só conforto como também benefícios para a saúde, bem estar e qualidade de vida para o recém-nascido (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005). Ele é o melhor alimento no primeiro semestre devido aos nutrientes adequados para o seu crescimento e desenvolvimento, bem como a potencialidade de elementos imunobiológicos, além dos efeitos positivos na saúde fonoaudiológica, em relação ao crescimento e desenvolvimento craniofacial e motor-oral do recém-nascido (NEIVA *et al*, 2003).

Neste contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como proposta de promoção, incentivo e divulgação da importância do leite materno e do ato de amamentar (MARIANI NETO, 2006). Ações educativas e de saúde poderão ser concretizadas como: programas básicos junto às associações de bairros com apoio da comunidade; campanhas pró-aleitamento e pré-natal; projetos de estudos sobre a importância do leite humano e os malefícios do desmame precoce; entrevistas com mães adolescentes, utilização de vídeos ou DVD's contendo explicações sobre a importância do leite humano, posições corretas para amamentar, tempo das mamaduras, assepsia correta dos seios, preparo das mamas segundo o seu tipo anatômico e outras ações de serviço de saúde (RUOCCO, 2005). Além de capacitar os profissionais da área da saúde sobre o tema, essas ações podem propiciar mais informações às gestantes sobre os benefícios do aleitamento contribuindo para a redução do desmame precoce no município.

Há ainda necessidade de melhorar a assistência pré-natal, fornecer orientação e cuidados preventivos sobre a amamentação, uma vez que a falta de conhecimento e de informação sobre o aleitamento desestimulam as mães, sobretudo quando há intercorrências mamárias locais. Portanto faz-se necessário propor uma intervenção do PSF junto a essa população (RUOCCO, 2005).

Ressalta-se também que ao intervir junto às gestantes e mulheres com filhos e/ou em segunda e terceira gestação, a equipe do PSF terá oportunidade de assistir, detectar e analisar as causas ou fatores que levam ao desmame precoce, contribuindo com esclarecimentos de saúde, orientações e ajuda, capazes de minimizar os problemas encontrados, para que elas sejam preparadas para o exercício pleno da maternidade.

Vitiello (1996) explica que um trabalho persistente e dedicado dos profissionais de saúde pode aumentar a frequência de nutrizes em médio e longo prazo. Tal fato, denota que esses profissionais têm importante papel na promoção e na continuidade do aleitamento materno.

Desta forma o presente estudo teve como objetivo detectar fatores associados ao desmame precoce nos seis primeiros meses de vida através de uma revisão de literatura para propor uma intervenção estratégica junto ao Programa de Saúde da Família (PSF) de Seritinga – Minas Gerais, contemplando gestantes a fim de reduzir a incidência do desmame precoce nesta população, promovendo e valorizando o aleitamento materno como melhor prática de alimentação nos primeiros anos de vida.

2. MÉTODOS E TÉCNICAS

O estudo contemplou duas etapas, sendo a primeira composta por revisão da literatura e a segunda, pela proposição de uma intervenção pautada na descrição, reflexão e análise crítica dos achados da primeira etapa. A revisão abrangeu consulta nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*, bem como em monografias e livros sobre a temática de interesse – desmame precoce e suas consequências, além da importância do aleitamento materno para a mãe e o recém-nascido. Foram analisados materiais publicados nos últimos dez anos e que apresentavam como palavras chave: desmame precoce; aleitamento materno; benefícios do leite humano. Realizou-se interpretação, seleção e organização dos dados mais relevantes do levantamento bibliográfico, num total de cinquenta e um artigos que foram escolhidos pela fundamentação científica, veracidade e enriquecimento do tema proposto a ser aprofundado. A partir desses achados propõe-se uma intervenção junto ao Programa de Saúde da Família de Seritinga - MG, visando contribuir para a redução da incidência do desmame precoce nesta população com ações educativas e de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Vinha (2002) e Carrascoza et al (2005) a problemática do desmame precoce tem contribuído para maior incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, proteção e incentivo à continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade, após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes. Souza et al (2007) também confirmam a importância do aleitamento natural como a forma mais vantajosa e benéfica para saúde do recém nascido.

Assim, a equipe de saúde deverá estar capacitada e habilitada para atender essas mães e gestantes haja vista que tratam-se de mulheres que muitas vezes fizeram o desmame precoce com outros filhos em gestações anteriores. As informações transmitidas devem ser uniformes e fidedignas evitando-se controvérsias no delicado período em que se inicia a lactação. Destaca-se ainda que o incentivo ao aleitamento não se resume apenas em beneficiar o crescimento e o desenvolvimento do recém nascido, mas, sim, contribuir para a saúde da mãe e da comunidade (SANTOS, 2006).

Diante disto, faz-se necessário que os profissionais de saúde, envolvidos com o cuidado de gestantes, parturientes, puérperas e mulheres no período reprodutivo, conheçam a importância e os benefícios do aleitamento materno para que possam informá-las sobre seus deveres e direitos, tabus, preconceitos e velhas crenças associadas à amamentação e que levam, muitas vezes, ao desmame precoce. Devem-se citar as vantagens da amamentação para o filho e para a mãe, orientar e esclarecer os malefícios do uso do leite não humano, de bicos e chupetas. Desse modo o profissional de saúde pode fortalecer a decisão da gestante para amamentar, especialmente quando o recém nascido for de baixo peso (SANTORO JÚNIOR, MARTINEZ, 2007).

3.1. LEITE MATERNO: CARACTERÍSTICAS E BENEFÍCIOS

O leite humano é uma suspensão de gordura e proteína em uma solução de carboidratos e minerais. Sua composição encontra-se descrita no quadro 1. Ele fornece a principal porção de proteína durante o primeiro ano de vida do recém-

nascido. Essa quantidade é adequada durante os primeiros seis meses, sendo menor do que nas fórmulas para lactentes. Ela é melhor absorvida prevenindo doenças carenciais e processos infecciosos, evitando mortes prematuras e possibilitando o desenvolvimento físico e mental da criança (BETRÁN et al, 2001).

Os lipídios presentes no leite materno contêm uma quantidade expressiva dos ácidos graxos essenciais (linolérico e linolênico). Também é composto por água, cálcio, ferro, zinco e flúor, apesar do baixo teor.

Quadro 1: Composição Nutricional do Leite Materno:

Substâncias	Quantidade
Proteínas	6 a 7%
Lipídeos	50%
Ácidos graxos	4%
Carboidratos	37%
Colesterol	7 a 47 mg/dL
Água	125-150 ml/kg/dia (crianças até dez dias) 140-160 ml/kg/dia (crianças até três meses) 130-155 ml/kg/dia (crianças até seis meses)
Cálcio	2/3
Ferro	0,3 mg
Zinco	0,3 a 0,5 mg
Flúor	0,1 mg

Fontes: (REDDY; ROSSITER, 2001; MAHAN; ESCOTTY – STUMP, 2005; RUOCCO, 2005).

Outras substâncias ainda são encontradas no leite humano como: vitaminas (A, D, E, K, C), lisozima (age sobre os germes respiratórios), lactoferrina (atua nos intestinos impedindo o desenvolvimento de bactérias e fungos patógenos), sendo que sua composição varia de acordo com a dieta da mãe. A composição de ácido graxo no leite reflete ingestão dietética materna, podendo ainda variar os teores de selênio, iodo e vitaminas do complexo B. Segundo Cunningham et al (2000) a composição do leite sofre alterações progressivas sugerindo perda gradual da atividade mamária metabólica e secretora. Tais alterações caracterizam-se por

maiores concentrações de sódio e cloro, com baixas concentrações de potássio, lactose e glicose. O mesmo ocorre com mulheres que engravidam, mas que continuam a amamentar.

A tecnologia tenta produzir leites industrializados, mais parecidos com o leite materno (fórmulas lácteas) mas este, diferentemente também do leite de vaca e de cabra (Quadro 2), apresenta características que o tornam inigualável. Uma característica é a variabilidade de composição quanto as vitaminas, lactoferrina, oligossacarídeos, ácidos graxos e minerais, entre outros componentes. Esta composição varia de acordo com as características nutricionais da mãe, sendo o leite produzido no período matutino mais concentrado do que o leite produzido no período vespertino (NASCIMENTO, 2004).

Quadro 2: Teor Nutricional de Outros Leites (100/ml)

Nutrientes	Leite de Vaca	Leite de Cabra	Fórmulas Lácteas
Energia (Kcal)	63	65	64
Proteína (g)	3,2	3,4	3
Carboidrato (g)	4,8	4,4	3,8
Gordura (g)	3,5	3,8	6,7
Colesterol (mg)	14	11	10
Fósforo (mg)	93	111	25
Potássio (mg)	152	204	200
Magnésio (mg)	13	14	6
Cálcio (mg)	119	134	50
Ácido Fólico (mcg)	5	1	4
Colina (mcg)	3	1	7
Vitamina A	80	82	75

Fontes: Portaria nº 977 de 5/12/1998 (CODEX), VECINA NETO, 2009.

O leite maduro é um leite produzido pela mulher alguns dias após o parto e quando se inicia a sua produção. Há uma diferença na composição destes leites

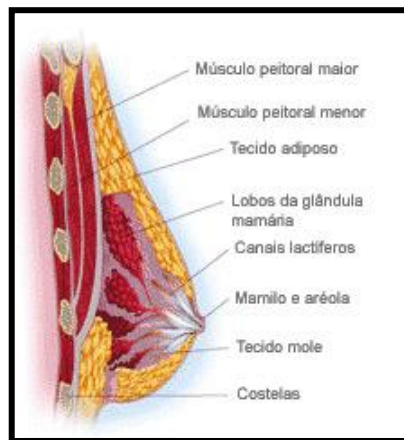
inclusive durante a mamada. O leite inicial sacia mais a sede do recém nascido e tem 4% de colostro e 7% de leite maduro. Este leite apresenta 7 g/dL de lactato que é o carboidrato mais expressivo, sendo 0,8% de oligossacarídeos. Em um meio rico de lactose ocorre a produção de ácido láctico e succíneo. A gordura encontra-se em quantidade de 3,5 g/dL (NASCIMENTO; SILVANO, 2006). As variações da composição do leite humano incluem: idade gestacional (prematureo e termo); fase de lactação (colostro ou leite maduro); duração da mamada (leite inicial e leite final) (WEFFORT, 2006).

Outra característica do leite materno é a sua composição quanto aos elementos de defesa (imunidade). Geralmente quando a criança começa a receber mamadeira (fórmulas) iniciam-se os problemas de: diarreia, tosse, coriza, erupção na pele e até o cheiro desagradável das fezes. O desenvolvimento da microbiota intestinal é favorecido em lactentes em aleitamento exclusivo devido aos componentes do leite humano que são fatores promotores do crescimento de bactérias bífidas. Este microorganismo apresenta características protetoras competindo com potenciais patógenos por exclusão competitiva, produção de ácidos orgânicos e consequente redução do pH (BORBA et al, 2003).

3.1.1. A PRODUÇÃO DO LEITE MATERNO

As glândulas mamárias evoluíram como órgãos produtores de leite para nutrir o recém-nascido, que nasce em estado imaturo e dependente. A mama é um conjunto de tecido glandular, gordura e tecido conjuntivo fibroso. O tecido glandular é composto por lóbulos (extremidade final, produtores de leite) e ductos (condutores do leite). Cada ducto, na proximidade do mamilo se dilata em forma de saco (seio lactífero), onde a secreção láctea se acumula antes da amamentação (NESTAREZ; NESTAREZ, 2006). (Figura 1)

Composição da Glândula Mamária



Fonte: NESTAREZ; NESTAREZ, 2006.

Vários hormônios atuam no desenvolvimento e na função da glândula mamária, sendo importantes e indispensáveis para a produção do leite. Assim, o estrogênio (E2) tem efeitos mitóticos no epitélio mamário e dá início ao desenvolvimento canalicular; a progesterona (P) promove o desenvolvimento lobular; a prolactina (PRL) estimula o desenvolvimento do tecido adiposo, o crescimento e o desenvolvimento do epitélio mamário. Adicionalmente, esse hormônio potencializa a ação do estrogênio e da progesterona, sendo o principal estímulo hormonal para a lactogênese, diferenciando as células produtoras de leite e a síntese de seus componentes (NESTAREZ; NESTAREZ, 2006).

Enfatiza-se o papel da prolactina como básico para a apojadura visto que após cada mamada, os seus níveis sobem em picos, mantendo a produção de leite. A manutenção da lactação exige remoção regular do leite e estímulo para liberação devido ao reflexo neural (PALMA, 1998).

Outros hormônios (hormônio de crescimento, cortisol, tireoidiano e ocitocina) são essenciais na lactogênese. Tanto a produção quanto a ejeção do leite são controladas por arcos reflexos neurais iniciando-se em terminações nervosas que estimuladas liberam ocitocina da hipófise posterior e prolactina da hipófise anterior. A ocitocina promove a expulsão láctea pois ela contraí os componentes das células mioepiteliais perialviolares (NESTAREZ; NESTAREZ, 2006).

A amamentação mantém os níveis de PRL que acima da média inibem a secreção de GnRH (hormônio liberador de gonadotrofina) pelo hipotálamo. Ocorre período maior de amenorréia e anovulação puerperal. Ao cessar a amamentação

não há mais estímulo para a liberação de ocitocina e PRL (FREITAS; CARVALHO, 2007).

Próximo do parto, a secreção de colostro se inicia. A lactogênese não ocorre, inibida pela ação do estrógeno e da progesterona. O colostro é um líquido de cor amarelo-limão intensa, secretado dias pós-parto. Geralmente essa substância produzida pela mama pode ser extraída dos mamilos no segundo dia pós-parto (Cunningham *et al*, 2000).

O colostro atua como um laxante suave que ajuda o organismo do neonato a eliminar o mecônio (primeiras fezes). Ele “prepara” os intestinos para digerir e absorver o leite “maduro” e carrega 20 vezes mais anticorpos do tipo IgAs, que “forram” a mucosa intestinal e protegem contra alergias causadas por germes e bactérias como ressalta Montagu (1998, p. 85):

o colostro rico em anticorpos providenciado pelo seio materno, dotado de 15 a 20 vezes mais gamaglobulina do que o soro materno fornece ao recém nascido tais anticorpos e dota-o de uma imunidade passível que durará 6 meses, período durante o qual o mesmo estará formando seu próprio arsenal de anticorpos.

Com benefícios imunológicos e fisiológicos variados, de elevada importância, o colostro fornece aproximadamente 15kcal/28 ml. É mais pobre em gordura e carboidrato do que o leite materno, mas é rico em proteínas e sais. Ele contém mais minerais e grandes glóbulos de gordura nos seus corpúsculos os quais são considerados células epiteliais que sofreram degeneração gordurosa ou fagócitos mononucleares contendo gordura. A secreção do colostro persiste por cerca de cinco dias, convertendo-se em leite maduro durante as quatro semanas subseqüentes (CUNNINGHAM *et al*, 2000).

3.1.2. BENEFÍCIOS

A composição do leite humano tem a propriedade de fornecer a energia e os nutrientes necessários em quantidades apropriadas para a criança. O mesmo contém fatores imunológicos específicos e não específicos que sustentam e fortalecem o sistema imunológico imaturo do recém nascido protegendo o corpo contra infecções (REDDY; ROSSITER, 2001). Ele também protege contra infecções respiratórias e a otite média e previne problemas do desenvolvimento motor-oral

(alterações fonoaudiológicas), da oclusão (má oclusão dental relaciona-se ao desequilíbrio motor-oral advindo do uso de mamadeira e sucção não nutritiva) e da respiração (respiração oral ou oronasal em excesso) (NEIVA *et al*, 2003). Adicionalmente protege contra a enterocolite necrosante, pois sugere-se que o leite reduz sua incidência em até 80% além de promover melhora no desenvolvimento neural (MAHAN; SCOTT – STUMP, 2005).

De acordo com Mariani Neto (2006), crianças amamentadas com esse alimento apresentam menores índices de mortalidade infantil, desnutrição, diabetes *mellitus*; asma; dermatite e rinite alérgica; leucemias e linfomas; tumores de crescimento; parasitoses intestinais; doença celíaca e de Crohn; colite ulcerativa; gastrite e úlcera gástrica; osteoporose; obesidade; aterosclerose; doenças cardiovasculares e síndrome da morte súbita infantil. Para Lana (2001) 80% das crianças alimentadas com leite humano não apresentam essas doenças pelas suas propriedades anti-infecciosas e anti-alérgicas, como a diminuição da incidência e da gravidade de eczemas tem sido demonstrada em crianças amamentadas. Escuder *et al* (2003) concluíram o impacto da amamentação sobre a redução dos óbitos neonatais provocados por pneumonia e diarreia. Assim, a amamentação pode ser a estratégia mais exequível na redução da mortalidade pós natal.

Entre tantas vantagens, o leite materno proporciona à criança melhores índices de acuidade visual, desenvolvimento neuromotor, cognitivo intelectual e social (SOUZA *et al*, 2007). Nesse sentido Reddy; Rossiter (2001) apontam que o aleitamento materno promove uma aproximação especial entre mãe e filho afluindo sensações prazerosas que influenciarão os laços de afetividade, sendo que a resposta da prolactina aumenta o relaxamento materno e preenche as necessidades do recém nascido no que diz respeito a segurança e ao afeto.

O leite materno acompanha o desenvolvimento da criança de acordo com as necessidades infantis. Aquelas com maior duração de aleitamento predominante apresentam maior velocidade de crescimento durante os primeiros meses de vida (SPYRIDES *et al*, 2005/2008); (MARQUES *et al*, 2004).

Pela literatura, detecta-se que o aleitamento materno é fundamental para a saúde tanto física quanto mental do bebê e da mãe (Quadro 3) que a amamentação é nutricionalmente superior a qualquer alternativa sendo bacteriologicamente segura e sempre fresca (MARCIANO, 2008). Orientar as mães sobre todo esse processo, pode evitar o desmame precoce e conscientizá-las dos

benefícios e vantagens para ambos e para a sociedade que acolhe mães e filhos saudáveis capazes de exercerem sua cidadania com saúde e melhor qualidade de vida.

Quadro 3: Benefícios do Aleitamento Materno para as Crianças e suas Mães

Crianças	Mães
<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento do sistema imunológico e fisiológico contra infecções; - Prevenção de doenças respiratórias, fonoaudiológicas, neurais, intestinais, gástricas, cardiovasculares; - Melhor utilização de nutrientes favorecendo a digestão e absorção; - Redução do risco de doenças e agravos não transmissíveis (diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, obesidade, sobrepeso e doenças da vida adulta e da senescência); - Redução da morbidade e mortalidade; - Melhor qualidade do desenvolvimento físico, mental e social; - Diminuição do risco de icterícia e constipação intestinal; - Promoção de maior vínculo afetivo com a mãe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução dos riscos de doenças: câncer de mama, ovário e endométrio, anemia e osteoporose; - Autoconfiança, relaxamento, tranquilidade, satisfação, bem-estar; - Maior rapidez na involução uterina; - Favorece o retorno ao peso pré-gestacional; - Redução da depressão pós-parto; - Retardamento da volta da fertilidade; - Estabiliza o progresso de endometriose; - Prevenção do desenvolvimento de complicações maternas; - Fortalecimento do organismo para novas gestações; - Promoção de maior vínculo afetivo com a criança.

Fontes: NASCIMENTO; SILVANO, 2006; FROTA, 2008.

Como expressa Montagu (1998, p. 100):

o que fica estipulado no relacionamento de amamentação, constitui o fundamento para o ulterior desenvolvimento de todos os relacionamentos sociais humanos; a comunicação que o bebê recebe através do calor da pele da mãe ser torna a primeira experiência socializada de sua vida.

Diante dos benefícios do aleitamento materno há de se refletir sobre os malefícios do desmame precoce para o recém nascido tendo em vista a maior exposição ao risco de desnutrição e comprometimento do crescimento infantil e qualidade de vida (BUSSATO et al, 2006). A mulher deixa de usufruir de vantagens como: ações de relaxamento, autoconfiança, tranquilidade. Desta forma é importante que a mãe esteja consciente de que o leite materno é o único alimento perfeito, higiênico e protege contra doenças, desidratação, anemia e diarreia (LANA, 2001).

Além disso, o aleitamento acelera o retorno do tamanho do útero e do peso pré-gestacional já que, a mulher perde cerca de 400 kcal, por dia, quando amamenta. Adicionalmente a amamentação reduz as chances do desenvolvimento de câncer de mama, de ovário e de endométrio. Por fim há menor sangramento pós-parto e, conseqüentemente, menor incidência de anemia e menos fraturas ósseas por osteoporose (MARIANI NETO, 2006).

Não há desvantagens no aleitamento materno. Entretanto, deve-se evitar a administração de drogas à mãe, pois algumas delas podem ser secretadas no leite. A Academia Americana de Pediatria indica drogas e substâncias químicas que não devem ser administradas durante a amamentação, como a Bromocriptina, Ergotamina, Ciclosporina, Lítio, Fenindiona, Marijuana, Cocaína, Doxorubicina, Metotrexato, Anfetamina, Nicotina, Ciclofosfamida, Fenciclidina, Heroína e certos preparados radiofarmacêuticos (REDDY; ROSSITER, 2000).

Ademais, a amamentação é contraindicada em situações como no câncer de mama, pois neste caso, a necessidade de tratamento da mãe tem precedência sobre a lactação (RUOCCO, 2005). As mulheres que sofreram infecção aguda por hepatite B (HBV) durante a gestação também não devem amamentar, porém, as mães HBV-positivas que receberam vacina e hepatite B imunoglobulina (HBIG) podem amamentar. A hepatite C é contraindicada para a amamentação. Mulheres com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com infecção pelo vírus herpes simples (HSV) na presença de lesões ativas nas mamas e usuárias de drogas injetáveis também não devem amamentar. A galactosemia do bebê é outra contraindicação ao aleitamento (REDDY; ROSSITER, 2000)

3.2. DESMAME PRECOCE

De acordo com Neiva *et al* (2003); Mariani Neto (2006) o desmame precoce é a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que se encontrava em aleitamento materno exclusivo (antes dos 4 meses). Denomina-se “período de desmame” aquele compreendido entre a introdução desse novo aleitamento até a supressão completa de aleitamento materno (PALMA, 1998).

A preocupação com os efeitos deletérios do desmame precoce atualmente representa uma preocupação nas agendas de saúde coletiva do Brasil. Os modelos explicativos para a relação amamentação-desmame multiplicam-se e

sinalizam para o embate entre saúde e doença, “evidenciando os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que transformaram a amamentação em um ato regulável pela sociedade” (ARAÚJO et al, 2008, p. 489).

Para Caldeira (2000, p. 65-72), o desmame precoce sofre influência de variáveis que afetam a extensão da amamentação e podem ser divididas em cinco categorias:

- a) variáveis demográficas; tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, número de filhos, experiência com amamentação;
- b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família;
- c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação e desejo de amamentar;
- d) variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais;
- e) variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar); estresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de alimentos.

As variáveis sociais e econômicas também são apontadas por Escobar et al (2002). E em muitos países desenvolvidos, as mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo em decorrência da possibilidade de maior acesso às informações sobre as vantagens desta condição. Já em países em desenvolvimento, as mães das classes menos favorecidas e instruídas e, às vezes não casadas, começam o pré-natal mais tarde e se preocupam em decidir sobre a forma de alimentação do bebê também mais tarde.

3.2.1. Fatores Associados

Mas, se de um lado, a importância e vantagens do aleitamento materno, bem como as consequências do desmame precoce para a saúde da mulher, da criança e da sociedade de modo geral tem sido descritas na literatura, por outro, ainda é expressivo o número de mulheres que desmamam precocemente por fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, cujas causas vêm sendo estudadas por pesquisadores e pela medicina preventiva (SANTOS, 2006).

Uma pesquisa realizada por Carrascoza *et al* (2005) apontou como causas do desmame precoce: falta de leite; retorno ao trabalho; estresse; e dificuldades durante a amamentação. Outra pesquisa de Araújo *et al* (2008) apresentou resultados semelhantes assinalando como fatores – as enfermidades da mãe (medicamentos usados que impediram o aleitamento), o trabalho fora de casa e a interferência de avós para introduzir outro tipo de alimentos. Quanto ao trabalho fora de casa a mulher tem amparo legal (Constituição Federal de 1988 e outras leis) para amamentar o filho.

De acordo com Carrascoza *et al* (2005), após um estudo realizado na Universidade de Campinas (UNICAMP), verificou-se que alguns fatores influenciam a ocorrência do desmame precoce como o retorno da mãe à sua rotina de trabalho e os sintomas de estresse e seus efeitos sobre amamentação (orgânicos e psicossociais). Mas a diminuição da amamentação não é determinada diretamente pelo trabalho da mulher, mas pelas condições sociais concretas em que se realiza, como as grandes distâncias entre casa e trabalho e a ausência de creches e de intervalos para amamentação. Outro resultado apontou o “conselho médico” como causa de desmame precoce já que muitas mães foram orientadas pelo pediatra a interromper a amamentação, uma vez que estas não possuíam leite suficiente para alimentar seus filhos, introduzindo fórmula láctea na mamadeira, ao invés de serem incentivadas a restabelecer a amamentação por meio de técnicas de realeitamento e estímulo à sucção (LEITE; SANTOS; FEFERBAUN, 2008).

Um estudo realizado com 875 pediatras da Academia Americana de Pediatria, entre os períodos de 1995 e 2004, concluiu que houve um aumento nas visitas pré-natais e um maior incentivo ao aleitamento materno (de 59% em 1995 para 74% em 2004). Houve também maior conscientização dos benefícios para as mães e crianças e a superação dos inconvenientes e dificuldades de amamentar (aleitamento materno até seis meses passou de 22% em 1995 para 42% em 2004, segundo Feldman – Winter *et al*, 2008).

Se os pediatras em sua maioria incentivassem o aleitamento materno exclusivo os resultados seriam positivos nos países em desenvolvimento. Ocorre, porém, que muitos não seguem as recomendações da OMS, prescrevendo formulas lácteas desnecessariamente e recomendando alimentos complementares antes do período preconizado (ALBERNAZ *et al*, 2008).

Nesse contexto, muitas mulheres sentem-se desmotivadas por falta de informação, desconhecimento da importância do aleitamento pelo menos até os seis meses de vida do lactente, por tabus e preconceitos e pelas intercorrências maternas locais que, quando não tratadas a tempo, levam a quadros severos de mastite, abscessos mamários, hipogalactia e até mesmo septicemia (NASCIMENTO, 2006; ARAUJO et al, 2008).

A dor pode ser também um fator que contribui para o desmame precoce. A presença de um nódulo mamário doloroso que não desaparece com a amamentação sugere um ducto entupido. Não há sintomas sistêmicos que acompanhem o entupimento do ducto. Os possíveis fatores etiológicos incluem um sutiã apertado, deixar de amamentar, fadiga ou amamentação de gêmeos. Uma das possíveis soluções seria posicionar o queixo do bebê em direção ao nódulo para melhorar a drenagem da área afetada e vigiar os sintomas de mastite (SANTOS, 2004).

Já a mastite é um processo infeccioso na mama produzindo dor localizada, rubor e calor junto com reações sistêmicas de febre, mal-estar, dor no corpo náuseas e vômitos. Geralmente ela é unilateral e raramente bilateral. O organismo infeccioso mais comum implicado na mastite inclui o *Staphylococcus aureus*, a *Escherichia coli*, e, raramente, o *Streptococcus*. A maior incidência de mastite ocorre de duas a seis semanas após o parto. Para seu tratamento utilizam-se drogas como amoxicilina, dicloxacilina, nafcilina, penicilina, ampicilina ou a eritromicina (REDDY; ROSSITER, 2000).

A formação de abscesso pode resultar de um tratamento inadequado ou postergado da mastite. As mães afetadas podem amamentar, contanto que o abscesso seja drenado para dentro do sistema ductal. O tratamento consiste na incisão e drenagem do local e na monitorização da criança para a presença de infecção (NASCIMENTO, 2006).

Expressões como: “meu leite é fraco”, “não terei leite porque ninguém na minha família teve”, “meus seios vão cair com a amamentação”, “meu leite é salgado”, e os problemas mamários que provocam dores também são fatores do desmame precoce (ARAÚJO et al, 2008).

De acordo com Nascimento (2006), as intercorrências precoces podem ser os mamilos doloridos (principal causa do desmame precoce); bolhas mamilares; fissuras; monilase mamilar; mamas doloridas e ingurgitamento mamário. Esses

problemas, porém, têm tratamento e podem ser evitados, especialmente quando a mulher possui acesso aos serviços de saúde, com profissionais que orientem e intervêm durante o processo da amamentação.

Manter o aleitamento exclusivo com livre demanda; ajudar a mãe a estabelecer “boa pega” e posição adequada do bebê; intervenção e tratamento precoces, ordenhar e massagear as mamas; sugerir à mãe expor os mamilos ao ar e ao sol por 10 a 15 minutos ao dia; fazer uso de compressas frias ou quentes; evitar a lavagem excessiva dos mamilos e o uso de protetores mamilares; evitar “pomadas cicatrizantes” e iniciar a mamada pelo peito sadio ou menos dolorido, são medidas que devem ser adotadas para evitar o desmame precoce e estimular a amamentação (BERNARDI; BARROS-FILHO, 2005).

4. PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta tem como objetivo oferecer subsídios para um plano de intervenção junto às gestantes e puérperas de Seritinga, por um período de duas semanas. Caracteriza-se pela aplicabilidade, porque as propostas nele contidas são economicamente viáveis e não exigem a utilização de materiais sofisticados e também pela sua flexibilidade, na medida em que é um plano de intervenção que pode ser aperfeiçoado no decorrer do desenvolvimento das atividades sugeridas, podendo surgir alternativas para um dimensionamento real das dificuldades com as quais as gestantes e mães se defrontam em relação ao desmame precoce.

No plano de intervenção as etapas estão interrelacionadas e contemplam: Diagnóstico, Objetivos, Conteúdo, Estratégias e Avaliação. (abaixo descritas).

4.1. DIAGNÓSTICO DO PÚBLICO ALVO

Essa etapa será conduzida por meio de conversas informais e aplicação de uma técnica que possibilitará a caracterização das 18 participantes (ex: dificuldades que encontram em relação ao aleitamento materno). Técnica: Philips 66 (Barros, 2003) – as gestantes e puérperas deverão participar de subgrupos (6 elementos) e discutir durante 6 minutos o tema aleitamento materno, dificuldade em amamentar e preferência pelo desmame precoce. (1º dia da primeira semana)

4.2. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO

Perceber, no desenvolvimento das atividades propostas a oportunidade de detectar as variáveis que levam ao desmame precoce; aprofundar o conhecimento de aspectos fundamentais do aleitamento materno exclusivo (AME); identificar os benefícios do leite humano para a criança e o aleitamento para a mãe.

4.3. CONTEÚDO DA INTERVENÇÃO

Os conteúdos da intervenção estão relacionados às estratégias elaboradas para serem realizadas em duas semanas, tendo referências teóricas que os fundamentam. (Quadro 4).

Conteúdos e Estratégias da Intervenção.

CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	SEMANA	REFERÊNCIAS
Aleitamento materno Importância	Exposição dialogada.	1ª (1 dia)	REDDY; ROSSITER, 2001 VENÂNCIA, 2006 FALEIROS <i>et al</i> , 2006
O papel da mãe nesse processo	Palestras: Pediatra Obstetra.	1ª (2 dias)	BRASIL, 2003 ARAÚJO <i>et al</i> , 2008
Benefícios e vantagens do AM para a mãe e recém nascido	Dinâmica de grupo: Benefícios para a mãe (1 subgrupo) e para o recém nascido (2 subgrupos).	1ª (1 dia)	LANA, 2001 MARIANI NETO, 2006 FROTA, 2008
Prática da amamentação (“pega”, posições corretas, assepsia)	Dramatização de situação problema: o enfermeiro solicita elementos voluntários para a dramatização (atuação de cada personagem: mãe, filho, profissional de saúde).	2ª (1 dia)	VITIELLO, 1986 RUOCCO, 2001 SANTOS, 2004
Desmame precoce: fatores e consequências	Exposição dialogada	2ª (2 dias)	ALVES, 2001 BERNARDI; BARROS-FILHO, 2005 ARAÚJO <i>et al</i> , 2008
Amamentação x desmame precoce	DVD sobre amamentação (a pesquisar)	2ª (1 dia)	A pesquisar

4.4. ESTRATÉGIAS DA INTERVENÇÃO

As estratégias concretizam os conteúdos a serem ministrados nas duas semanas, ou seja: exposição dialogada, palestras, dinâmica de grupo, dramatização e apresentação de DVD, além das conversas informais e utilização da técnica Philips 66 (primeiro dia – diagnóstico). Haverá também exposição de cartazes e ilustrações planejadas anteriormente pela Equipe de Saúde para atender as peculiaridades do público alvo.

4.5. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

No último dia da segunda semana será feita avaliação com a Técnica do Cochicho (BARROS, 2003).

- Grupo: 18 elementos
- Subgrupos: 2 elementos
- Desenvolvimento da Técnica:

O grupo é dividido em subgrupos de 2 elementos sendo que cada um vai discutir a questão proposta pelo profissional de saúde: Qual sua opção: aleitamento materno ou desmame precoce?

Cada subgrupo deverá chegar a uma opinião comum em 2 minutos e um dos elementos deverá expor ao grupo a conclusão a que chegaram (um redator poderá anotar a conclusão de cada subgrupo no quadro de giz para que todos tenham uma visão geral das discussões feitas).

- Avaliação da Técnica:

O coordenador do grupo lê as conclusões que foram colocadas no quadro e emite sua opinião sobre as mesmas. É neste momento que ele pode interferir acrescentando algum comentário sobre a questão discutida.

O coordenador solicita que os elementos do grupo emitam rapidamente suas opiniões, oralmente, a respeito do tema proposto.

- Tempo previsto: 2 horas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desmame precoce traz conseqüências deletérias importantes ao organismo dos recém nascidos sendo o incentivo à prática do aleitamento materno a base para a prevenção destas alterações que podem surgir principalmente nos seis primeiros meses de vida da criança.

O sucesso da amamentação depende de inúmeros fatores que decorrem do aprendizado e da experiência desenvolvidos pela observação e pelo exemplo. Ele resulta de um aprendizado social assim como uma reflexão para a sensibilização. As transformações sociais, como a necessidade da mulher trabalhar fora do domicílio, contribuindo para a renda familiar, favorecem o desmame precoce.

Para criança, mãe, família, instituição e sociedade, o aleitamento só traz benefícios, o que pode ser comprovado na revisão da literatura. Assim, cabe à equipe de profissionais de saúde orientar quanto às atitudes adequadas à amamentação e conscientizar os familiares sobre a necessidade de apoiar a mulher que amamenta, pois assim o desmame precoce, tão prejudicial, poderá ser reduzido.

Conclui-se que o real incentivo ao aleitamento materno requer um trabalho de educação continuada, tanto da gestante e familiares, quanto dos profissionais da saúde que prestam assistência. O estudo de intervenção junto ao Programa de Saúde da Família poderá promover um incentivo à amamentação, sendo uma estratégia efetiva e de baixo custo, para sensibilizar os profissionais, assegurando o apoio necessário às mães com dificuldades de amamentarem seus filhos. Além de motivar a educação pré-natal essa estratégia é um caminho concreto para favorecer o aleitamento bem sucedido.

6. REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, Elaine; ARAÚJO, Cora L.; TOMASI, Elaine; MINTEM, Gicele; VICTORA, Cesar G. . **Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004.** Jornal de Pediatria, v.84, n. 6, pp 560-564, 2008.

ALVES, Cláudia Regina. **Pesquisa avalia fatores relacionados ao desmame precoce em Belo Horizonte.** Belo Horizonte: UFMG, 2001.

ARAÚJO, Olívia Dias de; CUNHA, Adélia Leana da; LUSTOSA, Lidiana Rocha; CAMPELO, Sônia Maria de Araújo. **Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.61, n.4, pp 488-92, jul-ago/2008.

BARROS, Maria Isabel Sebenello. **Desenvolvimento de Recursos Humanos na Escola: Subsídios para uma Proposta.** In: D'ANTOLA, Arlette (Org). **Supervisão e Currículo: Rumo a uma visão humanista.** São Paulo: Pioneira, 2003.

BERNARDI, Júlia Laura; BARROS-FILHO, Antônio Azevedo. **A amamentação e o desmame precoce.** Revista Paulista de Pediatria. São Paulo, v.1, n.1, pp55, 2005.

BETRÂN, Aloysio P.; ONIS, Mario; LAUER, José A.; VILLAR, Jacques. **Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America.** BMJ, v.33, n.7308, pp 303-6, 2001.

BORBA, Luciana Maria; CASTRO, Luíza Carla Vidigal; FRANCHESCHINI, Sylvia do Carmo. **Composição do leite humano e microbiota bífida do lactente em aleitamento materno exclusivo.** Nutrire. Rev. Soc. Bras, n.25, pp135-151, jun/2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério. Assistência Humanizada à Saúde.** Cap.16 – aleitamento materno. Brasília, 2003; p. 135-144.

BUSSATO, Andréa Regina M; OLIVEIRA, Ana Flávia de; CARVALHO, Helaine Solano de. **A Influência do aleitamento materno sobre o estado nutricional das crianças e adolescentes.** Rev. Paulista Pediatria, v.24, n.3, pp 249-54, 2006.

CALDEIRA, Antônio Prates; FAGUNDES, Gisele Carmem; AGUIAR, Gabriel Nobre de. **Intervenção educacional em equipes de Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação.** Revista Saúde Pública, v.42, n.6, pp1027-33, 2008.

CALDEIRA, Antônio Prates. **A situação do aleitamento materno em Montes Claros, MG: estudo de uma amostra representativa.** Jornal Pediatria, v.76, n.1, pp65-72, 2000.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA-FILHO, Malaquias; SERVA, Vilneide Braga; LIRA, Pedro Israel Cabral de. **Tendências temporais e fatores associados a duração do aleitamento materno em Pernambuco**. Revista Saúde Pública, v.44, n.2, pp 240-8, 2010.

CARRASCOZA, Karina Camillo; COSTA JÚNIOR, Aderson Luiz; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi; MORAES, Antônio Bento Alves de . **Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce**. Paidéia, São Paulo, v.15, n.30, pp93-104, 2005.

CODEX, Portaria Nº 977, de 5/12/1998. Disponível em: www.e.gastroped.com.br/formulasinfantis_e_codex_alimentaries.ppt2004. Acesso em: 07/jun/2010.

CUNNINGHAM, F. Gary; MACDONALD, Paul C; NORMAN, Gant. Willianss. **Obstetrícia**. 20 ed. Trad. Cláudia Lúcia C. de Araujo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A. , 2000; p. 467-471.

ESCOBAR, Ana Maria; OGAWA, Ana R.; HIRATSUKA, Marli. **Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce**. Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil, v.2, n.3, pp253-61, 2002.

ESCUDE, Maria Mercedes Loureiro; VENÂNCIO, Sonia Ioyama; PEREIRA, Julio César Rodrigues. **Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil**. Rev. Saúde Pública, v.37, n.3, pp319-25, 2003.

FALEIROS, Francisco T. V. TREZZA, Ênio M. C.; CARANDINA, Leandro. **Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração**. Rev. Nutrição, v.19, n.5, pp623-30, 2006.

FELDMAN – WINTER , Lori B.; SCHANLER, Richard J.; P O’CONNOR, Karen G.; LAWRENCE, Ruth A. **Pediatricians and the Promotion and Support of Breastfeeding**. Arch Pediatr Adolesc Med, v.162, n.12, pp1142-1149, dez/2008.

FREITAS, Maria Augusta; CARVALHO, Marcos Renato de. **Amamentação**. Disponível em: <http://www.alternex.com.br/ribfanrio2007>. Acesso em: 19/05/2010.

FROTA, Mirna Albuquerque; SORIANO, Nicole N.; SILVEIRA, Vanessa Gomes . **O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno**. Cogitare Enfermagem, v.13, n.3, pp403-9, Jul/Set 2008.

GURMINI, Jocemara. **Fórmulas alimentares em pediatria**. Curitiba: Hospital Pequeno Príncipe, 2008.

LANA, Aline P. B. **O livro estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica do comportamento da amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEITE, Analisa Gabriela Z; SANTOS, Patrícia Zamberiandos; FEFERBAUM, Rubens. **Fórmulas para lactentes**. Disponível em: www.nutricao-clinica.com.br.2008. Acesso em: 7/jun/2010.

MAHAN, L. Kathleen.; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. 11.ed. Trad. Andréa Favano. São Paulo: Roca, 2005.

MARIANI NETO, Corintio. **Benefícios do aleitamento materno**. Manual de orientação. Aleitamento materno. São Paulo: Ponto, 2006; p-20-21.

MARCIANO, Flávia Ribeiro. **Alimentação do recém-nascido prematuro do Hospital de Clínica da Universidade de Uberlândia**. Uberlândia: UFU, 2008.

MARQUES, Rosa F. S. V.; LOPEZ, Fabio A. BRAGA, Josefina A. P. **O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros meses de vida**. *Jornal da Pediatria*, v.80, n.2, pp99-105, 2004.

MONTAGU, Ashley. *Tocar: O significado humano da pele – Amamentação*. São Paulo: Summus, 1998; p. 80-102.

NASCIMENTO, Fernanda Faria do; SILVANO, Janaína. **O enfermeiro: incentivador de amamentação e gestor do Banco de Leite Humano**. Monografia – Centro Universitário Claretiano. Batatais, 2006.

NASCIMENTO, Margarida. **Principais intercorrências maternas locais**. In: Manual de Orientação aleitamento materno. São Paulo: Ponto, 2006; p. 41-54.

NASCIMENTO, Margarida. **Aleitamento materno em prematuros**. *Jornal da Pediatria*. Rio de Janeiro, v.80, n.5, pp5163-72, 2004.

NEIVA, Flávia Cristina Brisque; CATTONI, Débora Martins; RAMOS, José Lauro de Araújo; ISSLER, Hugo. **Desmame Precoce: implicações para o desenvolvimento motor oral**. *Jornal de Pediatria*, v.79, n.1, pp7-12, 2003.

NESTAREZ, José Eduardo; NESTAREZ, Maria Isabel A. L. *A glândula mamária*. In: MARIANI NETO, Corintio (Org). *O aleitamento materno*. São Paulo: Ponto, n.1, pp11-19, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Aleitamento materno**. Disponível em: <http://www.leitematerno.org/ornes.htm>.2009. Acesso em: 21/05/2010.

PALMA, David. **Alimentação da criança nos primeiros anos de vida**. *Rev. Paulista Pediatria*, v.1, n.6, pp21-6, 1998.

REDDY, Uma; ROSSITER, Jadi. **Aconselhamento pré-concepção e cuidados pré-natais e aleitamento**. In: LAMBROU, Nicho *et al*. Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins. Porto Alegre: Artmed, 2001; cap. 1, p. 19-30.

RUOCCO, Rosa Maria de Souza Aveiro. **Incentivo ao aleitamento materno**. In: FEBRASCO, Manual de Orientação – O aleitamento materno. São Paulo, 2001; p. 306/310.

RUOCCO, Rosa Maria de Souza Aveiro. **Lactação e promoção do aleitamento materno**. In: ZUGAIB, Marcelo.; RUOCCO, Rosa. Pré-natal e Clínica obstétrica da Faculdade de Medicina de USP. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

SANTORO JÚNIOR, Walter; MARTINEZ, Francisco Eulógio. **Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso**. Jornal de Pediatria, v.83, n.6, pp541-546, 2007.

SANTOS, Evangelia Kotzias A. dos. **Amamentação, maternidade e trabalho**. In: Manual de Orientação. Aleitamento materno. São Paulo: Ponto, 2006; p. 146-150.

SANTOS, Nilce C. M. **Assistência de enfermagem materno-infantil**. São Paulo: latria, 2004.

SILVEIRA, Francisco José F; LAMOUNIER, Joel Alves. **Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais**. Rev. Nutrição, v.17, n.4, pp437-47, 2004.

SPYRIDES, Maria Helena Constantino; STRUCHINER, Cláudio José; BARBOSA, Maria Tereza Serrano; KAC, Gilberto. **Práticas de amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, 1999-2001**. Cad. Saúde Pública, n.2, pp 756-66, 2005.

SPYRIDES, Maria Helena Constantino; STRUCHINER, Cláudio José; BARBOSA, Maria Tereza Serrano; KAC, Gilberto. **Efeito da duração da amamentação predominante no crescimento infantil: um estudo prospectivo com modelos não lineares de efeitos mistos**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v.84, n.3, pp237-243, 2008.

SOUZA, Léa S. F.; SOUZA, Elza L. S.; BARRETO, Maria R. R. **Determinantes do êxito do aleitamento natural**. Jornal da Pediatria, n.6, pp42-50, 2007.

VECINA NETO, Gonzalo. **Fórmula infantil para lactentes**. Disponível em: www.engeterno.com.br/geralformulainfantilactentes.htm.2009. acesso em: 07/jun/2010.

VENÂNCIO, Sônia Isayama. **Aleitamento materno exclusivo**. In: MARIANI NETO, Coríntio (Org) **Aleitamento materno**. São Paulo: Ponto, n.4, pp27-33, 2006.

VINHA, Vinicius H. P. **Amamentação materna: incentivos e cuidados**. 2.ed. São Paulo. Sarvier, 2002.

VITIELLO, Nelson. **Orientação pré-natal**. São Paulo, Femina, v.14, n.7, pp595-7, 1996.

WEFFORT, Virginia Resende S. **Alimentação láctea no primeiro ano de vida.**
Disponível em: www.smp.org.br.2006. Acesso em: 07/jun/2010.