

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA/NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROJETO ÁGORA

**A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO
DO DESMAME PRECOCE**

LÍLIAN SALOMÃO ELIAS

CURVELO – MINAS GERAIS
2010

LÍLIAN SALOMÃO ELIAS

**A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO
DO DESMAME PRECOCE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina/NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

CURVELO – MINAS GERAIS
2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial, aos meus pais e minha avó que sempre me estimularam a crescer e a lutar por meus objetivos, sempre me apoiando e acreditando em mim. Agradeço por tudo aquilo que já me ensinaram, e pela oportunidade de adquirir a melhor herança: meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, que sempre esteve ao meu lado me incentivando, mesmo sem muito entender de que se tratavam aquelas horas intermináveis de frente ao computador, mas que sabia que era algo importante. Sua presença tornava-se cada vez mais importante. Sem ele tudo seria mais difícil.

À querida e dedicada Profa. Anézia, que possibilitou que a construção deste trabalho se tornasse um estudo estimulante e instigante, no qual me envolvi e me senti capaz de desenvolvê-lo, chegando até o final. Sua paciência e compreensão foram primordiais para que eu não desistisse.

À minha tutora Talita pela compreensão e dedicação durante todo o curso.

Aos meus colegas de curso, Liliane, Sebastião e Ricardo, pelas idas e vindas a Corinto, sem vocês não conseguiria chegar a lugar algum e esse curso não teria o mesmo sentido e não seria tão divertido e especial. A amizade que nasceu entre nós já foi um grande motivo de celebrar este final.

Deus por permitir que tudo isso acontecesse e por abrir todos os caminhos. Com certeza, esse curso só ocorreu em minha vida, porque foi da Sua vontade.

RESUMO

Trabalho de conclusão de curso de especialização em saúde da família que teve como objetivo refletir acerca da importância das práticas educativas na prevenção do desmame precoce. A busca de publicações científicas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs e Scielo), e consultas a protocolos e documentos do Ministério da Saúde foram fundamentais para construção da revisão bibliográfica. Após leitura atenta de todo material selecionado, e observando os objetivos do trabalho, chegou-se aos temas: fatores responsáveis pelo desmame precoce; consequências do desmame precoce e a importância das práticas educativas na prevenção do desmame precoce. Fatores socioeconômicos, culturais e biológicos são apontados como responsáveis pelo desmame precoce. Na atenção primária de saúde o desenvolvimento de práticas educativas, utilizando-se da pedagogia problematizadora, pode ser um caminho na prevenção do desmame precoce.

Palavras-chave: amamentação; aleitamento materno; aleitamento materno exclusivo; desmame precoce; práticas educativas; pedagogia da problematização.

ABSTRACT

Of the course of the specialization in family health that had the goal to reflect about the importance of the educational practices in prevention of the precocious wean. The search of the scientific practices in data base of the virtual library in health (Lilacs and Scielo), and consultation to protocols and documents of the ministry of the health were important for the construction of the bibliography revision. After scan all select material, and observing the objectives of the work, I got to the themes: responsible factors by precocious wean; consequence of the precocious wean and importance of the educational practices in prevention of the precocious wean. Socioeconomic, cultural and biologicals are shown as responsible by precocious wean. In primary attention the development of the educational practices in health, utilizing of the problematization pedagogy, can be a way in prevention of the precocious wean.

Key works: breast-feeding; maternal aleitamento; exclusive maternal aleitamento; it weans precocious and practical educative.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	07
2 – OBJETIVOS	12
2.1 – Objetivo Geral	12
2.2 – Objetivos Específicos	12
3 – METODOLOGIA	13
4 – REVISÃO DA LITERATURA	14
4.1 – Fatores responsáveis pelo desmame precoce	14
4.2 – Consequências do desmame precoce	17
5 – A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE	20
5.1 – Contextualizando a prática educativa em saúde	20
5.2 – A utilização de práticas educativas na prevenção do desmame precoce	24
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia técnico-política do Ministério da Saúde (MS) para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamenta-se nos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Constitui-se uma estratégia de reorganização da atenção primária, com mudanças no enfoque da assistência ao processo saúde-doença, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e das famílias, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. O PSF abandona o pólo tradicional de oferta de serviços de saúde voltados para a doença para investir em ações que atuam nas interseções entre a saúde e as condições de vida dos sujeitos (FRACOLLI, *et al.*, 2003).

Assim, a implementação do PSF implica na interação com a comunidade, visando construir, de forma participativa e co-responsável, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamentos os problemas e necessidades de saúde (FRACOLLI, *et al.*, 2003).

Um destes problemas é o desmame precoce. A amamentação é a primeira intervenção nutricional que a mãe pode empreender e assegurar à saúde de seu filho. No Brasil, a despeito da implementação de variados programas de incentivo ao aleitamento materno, ainda ocorre um declínio do número de mulheres que conseguem amamentar seus filhos até os seis meses de idade (FRACOLLI, *et al.*, 2003).

Estudos sobre a temática da amamentação têm revelado que o desmame precoce deve-se a diversos fatores, destacando-se entre eles o desconhecimento da mãe acerca dos processos fisiológicos da lactação, perda das tradições, crenças e valores sociais sobre o que é amamentar, desvalorização social da prática da amamentação, não reconhecimento do aleitamento materno como estratégia para alcançar segurança alimentar, atitudes médicas e culturais desfavoráveis, influências comerciais negativas, falta de reconhecimento do rol de papéis da mulher na sociedade, mudança desfavorável da carga de trabalho da mulher e perda das redes sociais de apoio ao aleitamento materno (FRACOLLI, *et al.*, 2003).

Nos últimos anos, a política de saúde da criança no Brasil tem priorizado as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural, sendo essa uma estratégia fundamental para reduzir a mortalidade infantil no país e para melhorar a saúde das crianças brasileiras (VOLPINI; MOURA, 2005).

Apesar das evidências científicas da superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite, ainda é baixo o número de mulheres que amamentam seus filhos de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do MS que estabelecem o aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses de vida e complementar até 24 meses de idade ou mais (VOLPINI; MOURA, 2005).

No Brasil, a prevalência de amamentação aumentou na última década, passando de 49% aos seis meses de idade, na década de 80, para 60% na década de 90. Porém, o incremento nos índices de aleitamento materno não foi homogêneo em todo o país, sofrendo variações significativas de acordo com o local e as características socioeconômicas da população estudada. Por esse motivo, é imprescindível conhecer as características locais do padrão de aleitamento natural, a fim de avaliar os fatores de risco para o desmame precoce e contribuir para o planejamento em saúde na formulação de ações educativas e de suporte que favoreçam o aumento da prática da amamentação (VOLPINI; MOURA, 2005).

Do ponto de vista da prática da Saúde Pública, o delineamento de mulheres com risco de desmame precoce apresenta múltiplas vantagens. Por um lado, como conceito, atua como instrumento heurístico, permitindo o aumento da percepção de profissionais de saúde e pessoal auxiliar a respeito das características mais frequentemente associadas àquilo que propomos denominar de risco de desmame precoce. Por outro lado, pressupõe a intensificação imediata da ação educativa para grupos com maior risco de desmame precoce, fazendo com que estes passem a exigir alta prioridade no planejamento de programas educativos (CANDEIAS, 1983).

Mulheres com risco de desmame precoce deveriam ser sistematicamente identificadas durante a rotina pré-natal ou pediátrica, a fim de que pudessem participar de programas especiais de Educação em Saúde, estruturados de acordo com a especificidade de problemas individuais de etiologia biológica, psicológica e sócio-cultural. Cumpre assinalar que, ao se identificar a população com risco de desmame precoce, que

potencialmente dará origem a maior número de problemas infantis, se tem em vista o aproveitamento mais racional de recursos humanos e materiais, assim como a utilização de métodos educativos tecnicamente melhor elaborados e adequados às necessidades individuais. De igual relevância, mulheres sem risco são também identificadas, podendo o conteúdo educativo, então veiculado, diferir bastante do que se tem proposto até o momento, atingindo, com mais intensidade, outras áreas de igual interesse para a saúde materno-infantil (CANDEIAS, 1983).

Apesar dos comprovados benefícios do aleitamento materno e da criação de programas de incentivo a esta prática, as taxas mundiais de amamentação ainda permanecem abaixo dos níveis desejados. O objetivo definido pela OMS e Fundo Nacional das Nações Unidas para Infância - UNICEF para 2000, era que pelo menos 50% das crianças de até quatro meses de idade estivessem sendo amamentadas exclusivamente ao peito, o que não aconteceu na maior parte dos países, estando o desmame precoce ainda associado a altos índices de mortalidade infantil por desnutrição e diarreia (NASCIMENTO, 2005).

Nesses seis anos trabalhando como enfermeira de uma unidade de saúde, que tem como modelo de organização das ações a Estratégia Saúde da Família – ESF, no município de Curvelo, Minas Gerais, pude perceber que o aleitamento materno configura-se em segundo plano para algumas mulheres, usuárias do serviço. Durante algum tempo trabalhamos com grupos operativos de gestantes onde eram abordados temas acerca dos benefícios da amamentação, cuidados com a mama e com o recém-nascido, dentre outros assuntos. O trabalho com os grupos era realizado por meio de práticas educativas, participativas, voltadas para realidade das gestantes. A seriedade e o compromisso dos profissionais com os grupos operativos refletiam na adesão das mulheres à prática da amamentação, confirmada posteriormente nas outras ações direcionadas à criança na unidade de saúde. Apesar das dificuldades externadas pelas mães, sentiam prazer em amamentar e percebiam o quanto seu leite era importante para o filho. No entanto, apesar de todo empenho dos profissionais, devido a mudanças na equipe de saúde, tivemos que abolir as reuniões de grupo, o que, de certa forma, contribuiu para diminuição da prática da amamentação. Depois de algum tempo, resolvemos retornar com os grupos e gradativamente pudemos perceber, principalmente nas consultas de puericultura, que a adesão ao aleitamento materno foi aumentando e o desmame passou a ser realizado mais tardiamente. Assim,

durante os grupos, foi possível perceber que a orientação profissional, associada a relatos das mães e a troca de experiências foi totalmente relevante, fortalecendo a importância de amamentar. Outra questão observada foi que as gestantes que participaram das palestras durante os grupos de pré-natal tiveram maior interesse em amamentar os seus bebês.

Os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e médicos, são responsáveis por divulgar e ressaltar a importância do aleitamento materno pelo menos até dois anos de idade. Para que isso aconteça é necessário que durante os grupos de pré-natal e puericultura, por exemplo, o profissional trabalhe com metodologias pedagógicas que estimulem a participação dos sujeitos, que respeitem sua realidade, que motivem e estabeleçam vínculo e que promovam a adesão aos grupos.

Ao se considerar os benefícios da amamentação e sua importância como estratégia para a diminuição da morbimortalidade infantil, este estudo tem como objetivo refletir acerca das práticas educativas, desenvolvidas principalmente nos grupos operativos de pré-natal e pós-parto, na manutenção do aleitamento materno em crianças menores de dois anos.

A seguir, como forma de contextualizar melhor o tema de estudo faço uma descrição da cidade onde minha prática profissional acontece.

O município de Curvelo possui uma população de aproximadamente 75.051 habitantes, com uma área de 3.344,1 km², distante 170 km da capital mineira. Tem localização privilegiada em região servida por importante sistema rodoviário, onde se destaca a BR-040 que faz a ligação entre Brasília, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. A vegetação é original do cerrado, modificado pela expansão das pastagens e plantação de eucaliptos. O clima da cidade é predominantemente seco. As temperaturas médias são elevadas em torno de 28°. Possui reservas minerais de ardósia, calcário, zinco, cristais e quartzo (WIKIPÉDIA, 2010).

Curvelo possui dois hospitais de médio porte, um pronto atendimento, onde são atendidos além da população da cidade, os municípios vizinhos. Em relação à Atenção Básica vem sendo implantado no município, desde 1997, o Programa Saúde da Família (PSF),

atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, faz parte de seus recursos de saúde um Laboratório Municipal, um Posto de Assistência Médica (PAM), dois Centros de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dois Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), alguns laboratórios conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e várias clínicas particulares. Possui atualmente 13 equipes de saúde da família na zona urbana e uma Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) na zona rural, cobrindo aproximadamente 70% da população geral do município.

A ESF do bairro Vila de Lourdes, local onde atuo, teve o início de suas atividades em 2003, funcionando inicialmente no Centro de Saúde Rubens Lucena, no bairro Bela Vista e posteriormente mudou-se para uma casa alugada, dentro da área de abrangência onde permaneceu até 2005. Neste mesmo ano mudou-se para o atual endereço. Apesar de ser também uma casa alugada e adaptada para a Unidade de Saúde, oferece maior conforto e privacidade para os clientes e funcionários. Possui uma população aproximada de 3.719 pessoas cadastradas, sendo 183 na faixa etária de 1 a 4 anos e 32 menores de 1 ano, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, ESFVL, 2009). A equipe é composta por 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 médico, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 auxiliar de limpeza.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Refletir acerca da importância das práticas educativas na prevenção do desmame precoce.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar fatores responsáveis pelo desmame precoce;
- Conhecer as consequências do desmame precoce;
- Conhecer práticas educativas utilizadas para prevenção do desmame precoce.

3 METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão bibliográfica que teve como objetivo refletir acerca da importância das práticas educativas no processo que envolve o aleitamento materno, em especial a prevenção do desmame precoce. Para tal foi realizada busca de artigos científicos na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Lilacs e Scielo), no idioma português, período 2000 a 2010, utilizando-se os descritores de busca: amamentação; aleitamento materno; aleitamento materno exclusivo; amamentação exclusiva; desmame precoce e práticas educativas. Além disso, foram feitas consultas a programas e protocolos do Ministério da Saúde, livros técnicos, revistas científicas, teses, dissertações de mestrado e livros clássicos. Após leitura criteriosa dos resumos dos periódicos e demais documentos consultados foram selecionadas aquelas publicações que mais atendiam aos objetivos do trabalho.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Inicialmente vale ressaltar que as mulheres precisam estar cientes de seus direitos e, muitas vezes, são os profissionais de saúde quem as orientam neste sentido. A Constituição Federal do Brasil (CF) e Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) prevêem Licença Maternidade após o parto de 120 dias (Art. 7º, inciso XVII da CF e Art. 395 da CLT) e para o pai Licença Paternidade de cinco dias (Art. 7º, inciso XIX da CF), a partir do dia do nascimento do filho. Ao retornar ao trabalho a nutriz tem direito à uma hora a menos em sua jornada de oito horas de trabalho para amamentação, até a criança completar seis meses, sob a forma de dois intervalos de meia hora em cada turno ou, opcionalmente, uma hora a menos na entrada ou saída do expediente (Art. 396 da CLT). A gestante tem garantia de emprego desde a confirmação da gravidez até o quinto mês após o parto, incluindo aviso prévio (Art. 10, inciso II do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – CF). Finalmente a empresa que empregar mais de 30 mulheres deve garantir creche para a criança até seis anos de vida (Art. 389, 397 e 400 da CLT) (SOUZA, 2010).

4.1 Fatores responsáveis pelo desmame precoce

O desmame é definido como a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em regime de aleitamento materno exclusivo. Dessa forma, denomina-se "período de desmame" aquele compreendido entre a introdução desse novo aleitamento até a supressão completa de aleitamento materno (ARAÚJO; *et al.*, 2008).

A amamentação não é totalmente instintiva no ser humano, muitas vezes deve ser aprendida para ser prolongada com êxito, considerando-se que a maioria das nutrizas precisa de esforço e apoio constantes. Nesse sentido, as mulheres, ao se depararem pela primeira vez com o aleitamento materno, requerem que lhes sejam apresentados modelos ou guias práticos de como devem conduzir-se nesse processo, que na maioria das vezes tem como primeira referência o meio familiar, as amigas e vizinhança nos quais estão inseridas (ARAÚJO; *et al.*, 2008).

O aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns relacionam-se à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, outros referem-se à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida (FALEIROS, 2006).

As razões alegadas pelas mães para o desmame ou introdução de outros alimentos podem ser agrupados por área de responsabilidade: deficiência orgânica da mãe, problema com o bebê, atribuição de responsabilidade à mãe e influência de terceiros, demonstrando que não existem causas isoladas para estabelecer o curso da amamentação, mas, sim, relação de fatores associados entre a mãe, o recém-nascido e o contexto em que eles se encontram em uma dada dimensão espaço-temporal (ISHISATO, 2002).

Isto vem corroborar afirmações de que o ato de amamentar tem variado em função do tempo e lugar, obedecendo a determinações sociais e econômicas. Essas ideias são compartilhadas baseando-se na afirmação de que o ato de amamentar, além de ser biologicamente determinado, é socioculturalmente condicionado. A determinação sociocultural tende a se sobrepor à determinação biológica, que é tomada, de forma consciente, por um pequeno número de pessoas. Nesse processo, a conscientização é insuficiente para se explicar um comportamento coletivo. Dessa forma, o aleitamento materno ou a recusa raramente é um ato individual e consciente, estando preso à aprovação do seu grupo social (ISHISATO, 2002).

Essa atitude é percebida por meio do levantamento temporal realizado quanto aos motivos que levaram as mulheres ao desmame precoce. Em 1838, na Alemanha, valorizou-se o leite de vaca por ser mais rico em proteína do que o leite humano. Em 1856, descobriu-se o método de produzir leite condensado, um leite que poderia ser conservado e estéril. Já em 1872, verificaram que o leite condensado não auxiliava no desenvolvimento da criança, pois apresentava baixo teor de gordura; nesse mesmo ano, inicia-se orientação alimentar por intermédio de formulações individuais. Em 1883, desenvolveu-se a evaporação do leite de cabra e o estudo da composição do leite humano. No final do século XIX, houve o

destaque de firmas americanas por produzirem o substituto do leite materno (ISHISATO, 2002).

Sendo assim, formas lácteas foram disponibilizadas no mercado ao longo do tempo, como forma de substituírem o leite materno. Eram chamados de leites “maternizados”, ou substitutos do leite materno. As mães de classes mais favorecidas foram as primeiras a substituírem a amamentação das crianças por leites industrializados, graças ao trabalho profícuo da mídia (revistas) que conseguiu com que produtos das indústrias internacionais, dentre eles o leite em pó, fossem aos poucos adentrando os lares da população brasileira e passassem a ser consumidos como necessidade primeira. Vale mencionar que as maternidades também foram responsáveis pela mudança de comportamento das mães, já que ao receberem alta do parto eram presenteadas com brindes, dentre eles uma lata de leite em pó.

Segundo Silveira e Lamounier (2006), esses alimentos foram amplamente divulgados pela indústria como substitutos eficazes do leite materno. As ações dos fabricantes, com divulgação de seus produtos junto à população e principalmente entre os profissionais de saúde, aliados à falta de políticas governamentais no sentido de regulamentar essas ações e estimular o aleitamento materno, além da mudança de hábitos na sociedade moderna, foram elementos que contribuíram decisivamente para o abandono da prática da amamentação.

A partir da década de oitenta, devido à alta taxa de mortalidade infantil, o governo juntamente com outros órgãos responsáveis pela saúde da criança, criou em 1984 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC, que abrange cinco ações prioritárias de atenção à criança, dentre elas o Programa de Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame.

A partir daí, outras iniciativas foram criadas para promover o aleitamento materno, em especial, o aleitamento materno exclusivo. Mas, nossa prática nos mostra que as causas do desmame precoce são várias. As mães deixam de amamentar seu filho por diversas razões.

Razões como doenças maternas, trabalho fora de casa, falta de leite e recusa do bebê em pegar o peito, talvez se deva ao fato da mulher atual ter um cotidiano mais ansioso e tenso,

e possivelmente, também em virtude da ausência de um suporte cultural que havia em tempos passados, nas quais as avós transmitiam às mães informações e um treinamento para as mesmas, em relação ao aleitamento materno (ARAÚJO; *et al.*, 2008).

Outro fato importante é que a idade materna mais jovem está relacionada à menor duração do aleitamento, talvez motivada por algumas dificuldades, tais como: um nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras. As adolescentes, muitas vezes, aliam sua própria insegurança e falta de confiança em si mesmas para prover a alimentação para o seu bebê, à falta de apoio das próprias mães ou familiares mais próximos, ao egocentrismo próprio dessa idade e aos problemas com a auto-imagem, alcançando frequentemente um menor índice de aleitamento (ARAÚJO; *et al.*, 2008).

No que se refere ao grau de instrução materna, estudos têm demonstrado que esse fator afeta a motivação para amamentar. Em muitos países desenvolvidos, mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, em decorrência principalmente da possibilidade de um maior acesso a informações sobre as vantagens do aleitamento materno. Já em países em desenvolvimento, as mães de classes menos favorecidas e instruídas, frequentemente, não casadas, começam o pré-natal mais tarde e, conseqüentemente, se preocupam em decidir sobre a forma de alimentação do bebê também mais tarde (ARAÚJO; *et al.*, 2008).

Em relação aos fatores clínicos que afetam o aleitamento materno, incluem-se fissuras, ingurgitamento mamário, mastites, hipogalactia, prematuridade, drogas, bem como a infecção puerperal, dentre outras entidades clínicas. Nesse sentido, quando a dor permanece durante toda a mamada contribui sobremaneira para a mãe desmamar seu filho (ARAÚJO; *et al.*, 2008).

O desmame precoce sofre influência de variáveis que afetam a extensão da amamentação podendo ser divididas em cinco categorias: a) variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números 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: orientações 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 (ARAÚJO; *et al.*, 2008).

Observa-se a necessidade de rever o posicionamento do profissional diante da mulher que deseja amamentar. E torna-se preciso reconhecer que, por ser uma prática complexa, não se deve reduzir apenas aos aspectos biológicos, mas incluir a valorização dos fatores psicológicos e socioculturais. Além disso, é fundamental que o profissional permita que a mulher coloque suas vivências e experiências anteriores, uma vez que a decisão de amamentar está diretamente relacionada ao que ela já viveu (ARAÚJO; *et al.*, 2008).

4.2 Consequências do desmame precoce

No século XX a prevalência e a duração do aleitamento materno diminuíram difusamente e de forma mais intensa, com o conseqüente aumento, principalmente nos países subdesenvolvidos, dos índices de mortalidade infantil (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006).

Uma das conseqüências do desmame precoce é a desnutrição infantil. Esta doença continua a ser um problema de saúde pública, em especial para a primeira infância. Estudos recentes revelam que a prevalência do aleitamento materno é baixa, sua duração é curta e o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é raro; alimentos complementares são precocemente introduzidos para uma grande maioria de crianças e são freqüentemente deficientes em conteúdo energético e nutrientes; hábitos inadequados como uso de chupetas e mamadeiras tornaram-se freqüentes, facilitando o desmame precoce com inúmeros prejuízos para as crianças (BRASIL, 2002).

Resultados verificados em alguns estudos permitem aventar a hipótese de que a existência de anemia no primeiro ano de vida tenha como fator causal, entre outros, o desmame precoce. Nessa situação, o leite materno é, geralmente, substituído pelo leite fluído, que tem baixa biodisponibilidade de ferro e pode, ainda, acarretar micro-hemorragias intestinais, sobretudo na criança de pouca idade (SOUZA; SZARFARC; SOUZA, 1997).

As evidências indicam que ações como promoção do aleitamento materno, utilização precoce e adequada do soro de reidratação oral, o cumprimento da agenda de vacinação, a vigilância nutricional e a melhoria do saneamento básico apresentam-se como intervenções eficientes na redução da taxa da morbimortalidade e garantia da sobrevivência da criança. Estima-se que intervenções com terapia de reidratação oral e aleitamento materno previnam mais de 10,0% das mortes de crianças menores de cinco anos de idade; quando são consideradas outras ações conjuntamente, este percentual pode chegar a 15,0% (OLIVEIRA, 2005).

Embora o aleitamento materno adotado exclusivamente nos seis primeiros meses de vida, e a partir daí complementado com alimentos disponíveis na unidade familiar até os dois anos de idade seja reconhecido como o padrão alimentar capaz de diminuir a morbimortalidade e de assegurar o crescimento físico adequado da criança, temos vários fatores ligados ao ambiente social e econômico familiar, aos serviços de saúde e às características biológicas inerentes à mãe e à sua criança que interferem na adoção desse padrão alimentar e na duração do aleitamento ao peito (OLIVEIRA, 2005).

O abandono da prática do aleitamento materno e a substituição total ou em parte do leite materno precocemente por outros alimentos é ainda mais nefasta quando adotada para as crianças pobres, uma vez que essas estão mais expostas a muitos agentes infecciosos, têm menor capacidade de resposta imunológica e menor chance de receberem as intervenções e cuidados que podem prevenir ou tratar até as doenças mais comuns (OLIVEIRA, 2005).

É de nosso conhecimento a enormidade de conseqüências do desmame precoce. Apesar de todo esforço e empenho dos profissionais de saúde, das propagandas divulgadas pela mídia, das políticas do governo acerca da importância da amamentação, o índice de desmame é preocupante. Considerando a imensidade de benefícios proporcionados pelo aleitamento materno em contraposição às inúmeras e complexas conseqüências da ausência e/ou deficiência do mesmo, cabe aos profissionais de saúde sensibilizar as nutrizes sobre estes aspectos, com o propósito de ampliar os índices de aderência ao aleitamento materno. No entanto, precisamos respeitar seu desejo, sua vontade em amamentar o filho, para não cairmos em um discurso vazio, ideológico, massificante que não respeita o sujeito em sua individualidade (SOUZA, 2010).

5 A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

5.1 Contextualizando a prática educativa em saúde

A educação e saúde tradicional têm sua origem no Brasil atrelada ao desenvolvimento da Saúde Pública no final do século XIX. Nesse período, o país vivenciava um crescimento populacional e a maioria da população concentrava-se nos centros urbanos. Havia um grande número de habitações coletivas, com precárias condições de higiene e saneamento, onde as pessoas moravam aglomeradas (HERINGER; *et al.*, 2007).

Influenciado por esse contexto e por doutrinas higienistas que se difundiram na Europa no século XIX, surge a concepção de educação higiênica, que marca fortemente as instituições de saúde e educação no país. A saúde passa a ser vista como uma questão de bons hábitos, e as doenças são resultados de uma população sem noções de higiene. Nesse período, o Estado passa a intervir de forma autoritária, sem respeitar o direito e a vontade da população, utilizando um discurso normatizador com o objetivo de implementar hábitos higiênicos e saudáveis através da educação e saúde (HERINGER; *et al.*, 2007).

Esse tipo de prática permanece hegemônica por vários anos até que, no final da década de 60, insatisfeitos com a situação imposta pelo regime militar, surgem movimentos que dão início a um novo olhar e modo de fazer a prática educativa. Como exemplo desta nova prática, surge o modelo de alfabetização de adultos no Nordeste do país liderado pelo renomado Paulo Freire, que aposta em um novo modo de ensinar. O novo modo proposto por este educador baseia-se no processo de ensino aprendizagem diferenciado, ressaltando que ensinar é saber respeitar e reconhecer o saber do outro, sobretudo o saber das classes populares. Entende que é fundamental discutir o conteúdo a ser ensinado e que este deve ser associado à realidade concreta (HERINGER; *et al.*, 2007).

Junto a Paulo Freire, outros educadores, intelectuais, movimentos populares e profissionais de saúde insatisfeitos com a situação opressora do país e influenciados pelas doutrinas

humanistas que floresciam na Europa, voltam-se para as questões populares. Nasce, assim, a educação popular (HERINGER; *et al.*, 2007).

A Educação Popular busca trabalhar pedagogicamente os grupos envolvidos no processo, fomentando formas de aprendizado e participação popular, incentivando, dessa maneira, o crescimento e a capacidade de análise crítica dos sujeitos envolvidos (HERINGER; *et al.*, 2007).

A mobilização social pró-amamentação constituiu um dos fatores de maior destaque no cenário da promoção do aleitamento materno no Brasil. O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi capaz de articular e congregar esforços dos mais diferentes segmentos da sociedade brasileira. Órgãos de governo, sociedades de classe, organizações não-governamentais, empresas privadas, veículos de comunicação de massa e associações comunitárias compuseram uma verdadeira "torre de babel ideológica", conferindo o que havia de mais rico nas ações em favor do aleitamento: o sentido plural (ALMEIDA, 2004).

Almeida (2004), trabalhando as oportunidades assistenciais voltadas para o apoio à lactação adotiva, ao indagar uma mãe não-biológica sobre as razões do sucesso na amamentação de sua filha, obteve como resposta: "A receita do sucesso eu não sei, contudo eu acredito que, para que uma mãe consiga amamentar, independente dela ser adotiva ou não, ela precisa ser antes de mais nada acolhida pelo profissional de saúde (...). Acho que, para amamentar, ela precisa, em verdade, ser amamentada, ela precisa ser acolhida (...)". Cabe questionar quantos dos profissionais de saúde, dos serviços de saúde, das estruturas sociais de apoio e das instâncias de deliberação política estão de fato preparados para ecoar os anseios deste depoimento.

Desse modo, a prática educativa deixa de ser utilizada como um instrumento de transmissão de regras e condutas às classes populares. Abandona-se o caráter informativo com técnicas tradicionais e o caráter exclusivamente científico. Nesse sentido, busca-se uma relação entre os saberes científico e popular, conduzindo a uma prática horizontal,

bidirecional e democrática, visando proporcionar mudanças na realidade (HERINGER; *et al.*, 2007).

Com isso, a educação popular e saúde passa a ser vista como uma prática pedagógica e política realizada por meio da problematização. Esta prática pretende apoiar os processos de mobilização e tomada de consciência crítica dos sujeitos sobre o processo saúde/doença e visa à transformação para uma sociedade mais justa e igualitária (HERINGER; *et al.*, 2007).

Neste sentido, os profissionais de saúde ao conduzirem ações educativas voltadas para a prevenção do desmame precoce, devem trabalhar a realidade do sujeito, neste caso das mulheres que amamentam. Devem considerá-las sujeitos de sua ação, capazes de transformar uma prática em prol da saúde do filho. A pedagogia da problematização se apresenta como nossa grande aliada na condução de grupos, que objetivam a transformação da realidade, a partir de um olhar crítico, reflexivo e criativo.

A Pedagogia da Problematização parte da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. Por esta razão, a capacidade que se deseja desenvolver é a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente, segundo Bordenave (1983).

Como é de conhecimento a Estratégia Saúde da Família tem como principal objetivo reestruturar o modelo de atenção à saúde. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (HERINGER; *et al.*, 2007). Neste caso, atividades de promoção da saúde, preferencialmente, constituem nosso foco de trabalho na atenção básica, dentre elas as práticas educativas, desenvolvidas por meio de

grupos operativos, para prevenção do desmame precoce. Mas, como são desenvolvidas estas práticas educativas?

Ao analisar as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros no PSF podemos identificar as abordagens de educação e saúde utilizadas, e as definimos como educação e saúde tradicional e educação e saúde não tradicional (HERINGER; *et al.*, 2007).

A educação e saúde não tradicional foi identificada desta forma por valorizar a troca de saberes, favorecer a criação de vínculos, estimular a construção do processo de autonomia com a realização de uma prática horizontal, bidirecional e democrática visando a transformação conjunta. Nessa perspectiva, abandona-se o caráter informativo e técnicas tradicionais como palestras, as quais não favorecem o diálogo. Ao trabalhar de acordo com esses pressupostos, a educação e saúde aposta em um projeto no qual o educador tem papel de facilitador das descobertas e reflexões dos sujeitos sobre a realidade e facilitador do processo de construção em conjunto com a comunidade (HERINGER ; *et al.*, 2007).

As opções pedagógicas adotadas por um determinado contexto refletem as ideologias (e os objetivos) desse referido contexto. E muitas vezes, o interesse central não está precisamente dirigido aos fundamentos epistemológicos da pedagogia e sim aos efeitos de sua aplicação (BORDENAVE, 1983).

É bom lembrar que no processo ensino/aprendizagem de capacitação existe um sério perigo de adotar a pedagogia da transmissão: o fato de que se transmitem não só conhecimentos ou idéias, mas também procedimentos e práticas não alteram o caráter transmissivo do fenômeno, já que os procedimentos inculcados provêm integralmente de uma fonte que já o possui e o aluno não faz outra coisa senão receber e adotar (por repetição). Assim sendo, fica evidenciada a falha pela falta de uma postura reflexiva diante de possíveis problemas que venham a surgir (BORDENAVE, 1983).

Dentre as preocupações dos enfermeiros, ao realizar a prática educativa, pode-se observar alguns fatores: a valorização da troca de experiências e a construção de vínculo, a participação do usuário nas escolhas dos temas a serem discutidos e a preocupação com o

local a ser realizado a prática educativa. Desta forma, há valorização dos sujeitos que participam ativamente da prática educativa e que não se limitam apenas a ouvir uma transmissão de regras e condutas (HERINGER; *et al.*, 2007).

Já a abordagem de educação e saúde tradicional foi assim denominada devido à identificação de formas de realizar a prática educativa relacionada ao modelo tradicional, onde não há a valorização do saber do outro e o estímulo à criação de vínculos. Os temas e as prioridades são definidos pelas equipes que não incentivam a participação popular e a autonomia (HERINGER; *et al.*, 2007).

No entanto, muitas vezes, as práticas são realizadas compulsoriamente, obrigando a população a aceitá-las. Tal fato faz lembrar as campanhas sanitaristas realizadas no início do século XX com objetivo de controle das epidemias e normatização dos gestos e atitudes da população. Com isto, a saúde passa a ser vista como uma questão de bons hábitos, e as doenças, como resultados de uma população sem noções de higiene (HERINGER; *et al.*, 2007).

Essa prática não valoriza a realidade dos sujeitos envolvidos, e sim responsabiliza o indivíduo por sua condição social desprivilegiada. Nessas práticas, predominam estratégias como palestra na qual o profissional se coloca como o detentor do saber em detrimento do conhecimento do outro (HERINGER; *et al.*, 2007).

5.2 A utilização de práticas educativas na prevenção do desmame precoce

Trabalhos recentes objetivando avaliar o impacto de serviços de atenção pré-natal na prática do aleitamento materno demonstram a dificuldade em se chegar a um consenso sobre este assunto. Alguns estudos apontam a eficácia dos programas educativos realizados no pré-natal como estímulo para a prática do aleitamento materno (AKRAM; AGBOATWALLA; SHAMSHAD, 1997 *apud* SANDRE-PEREIRA; *et al.*, 2000).

Em uma área favelada de Karachi, Paquistão, foram realizadas ações educativas de promoção da amamentação, enfocando principalmente o aleitamento exclusivo e a importância do colostro; depois foi feito um estudo comparativo sobre o processo da

amamentação entre mulheres que participaram da intervenção e um grupo-controle que não participou da intervenção educativa. Das mulheres que receberam informações, 97% ofereceram colostro ao bebê, contra apenas 3% daquelas que não participaram das ações educativas; 94% das mulheres do grupo de intervenção continuaram a amamentação exclusiva até o quarto mês, contra apenas 7% no grupo-controle (AKRAM; AGBOATWALLA; SHAMSHAD, 1997 *apud* SANDRE-PEREIRA; *et al.*, 2000).

Em outro estudo realizado por Campbell Jones (1996) citado por Sandre-Pereira (2000), apresenta uma revisão de experiências em países industrializados, como Canadá, Austrália e Noruega, que mostram a relação entre um aumento substancial no tempo de amamentação e a ação combinada de governos e serviços de saúde por um período de uma a duas décadas, justificando, dessa forma, a necessidade da implementação de programas educativos de incentivo ao aleitamento na atenção pré-natal.

É possível considerar que o atendimento pré-natal não seja suficiente para fixar um número tão grande de informações sobre aleitamento. Particularmente em um momento psicológico que, embora seja motivador, é também repleto de novas sensações. É preciso haver um acompanhamento pós-parto e durante todo o período de aleitamento para que as mulheres possam ser orientadas e para que se estimule o aleitamento exclusivo (SANDRE-PEREIRA; *et al.*, 2000). Sendo assim, a adoção de práticas educativas, interativas, participativas, poderiam ajudar as mulheres nos cuidados com a criança, incluindo o aleitamento materno exclusivo.

Já que, o profissional de saúde, por meio de suas atitudes e práticas, pode influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e sua duração. Ele precisa não só estar de posse de conhecimentos e habilidades, mas suficientemente sensibilizado para incorporá-las em sua prática profissional. Para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, o profissional de saúde precisa adquirir e incorporar, além do conhecimento em aleitamento materno e competências clínicas, habilidades de comunicação para interagir com a nutriz (MOREIRA; FABBRO, 2005). E esta comunicação passa pela habilidade de saber conduzir ações educativas, que tem como eixo condutor o saber ouvir, o respeito às diversidades, a ética e o estímulo à capacidade do indivíduo em gerir sua própria saúde.

Não basta à mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Ela precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e encontrar apoio no profissional de saúde. Como o início da lactação ocorre freqüentemente no hospital, é de responsabilidade do profissional de saúde, dentre eles a equipe de enfermagem, proporcionar às mães orientações e conhecimentos técnicos e demonstrar interesse à prática da amamentação, criando um clima afetivo com o binômio mãe-filho (MOREIRA; FABBRO, 2005).

O aumento nas taxas de amamentação é, em parte, determinado pela capacitação dos profissionais de saúde. Estudos evidenciam que treinar e capacitar profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno resulta no aumento do tempo de amamentação. O conhecimento sobre os diversos aspectos desta prática proporciona ao profissional atitudes positivas e práticas corretas em seu benefício. Desta forma, a intervenção educativa tende a se tornar um fator em potencial para o estímulo do aleitamento materno (MOREIRA; FABBRO, 2005).

Segundo Chagas (2009), as estratégias de educação em saúde que busquem promover o aleitamento materno são fundamentais para a redução das taxas de desmame precoce.

Nesse contexto, o enfermeiro, na condição de educador, deve ultrapassar o processo tradicional de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir em busca da adoção de hábitos saudáveis. Para alcançar esses objetivos, a enfermagem vem utilizando práticas pedagógicas participativas, com o intuito de transmitir informações sobre a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade, em detrimento da abordagem tradicional para o cuidado (CHAGAS; *et al.*, 2009).

Segundo Chagas *et al.* (2009), através da experiência o enfermeiro pode perceber um conhecimento razoável das puérperas em relação a algumas questões da amamentação, no entanto, de modo geral, ainda existe um déficit considerável a ser superado. Assim, torna-se necessária a intensificação de estratégias de educação em saúde para a promoção do aleitamento materno, tanto no âmbito individual, quanto no grupal, desde que sejam direcionadas à realidade de cada puérpera e pautadas, sobretudo, no respeito às suas experiências e no esclarecimento de suas dúvidas.

Chagas *et al.* (2009), ao avaliar uma experiência de prática educativa com aleitamento materno em uma Maternidade de Fortaleza, afirma que as puérperas eram encorajadas a avaliarem a atividade e a expressarem o que esta representou para elas. A maioria delas referiu que a atividade foi fundamental para o esclarecimento de dúvidas e para o melhor entendimento do processo de aleitamento materno, conferindo, assim, uma maior segurança e tranquilidade para a realização desta prática. Percebeu-se que atividades educativas representam valiosas estratégias para nortear as orientações relacionadas ao aleitamento materno, podendo valer-se de instrumentos como manuais que favorecem a troca de conhecimentos entre facilitadores e puérperas, visto que cada figura explanada revela uma informação, um cuidado, um incentivo para a prática da amamentação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso ou não do aleitamento materno depende de muitos fatores e das condições de saúde materna e do recém-nascido. Além destes devemos considerar que outras questões como as sociais, educacionais, culturais, familiares são decisivas para a continuidade da amamentação.

Há necessidade que todas as pessoas envolvidas com a mãe e o bebê estejam conscientes da importância do aleitamento materno exclusivo até o quarto ou sexto mês de vida do bebê e, sequencialmente, o aleitamento complementar pelo menos até dois anos de idade, para que consigam prestar a assistência correta para a mulher nos momentos de dificuldade e apreensão.

A revisão bibliográfica realizada permitiu-nos concluir que as práticas educativas interferem positivamente no adiamento do desmame precoce, uma vez que a gestante ou nutriz receberá através da equipe orientações que a deixará mais tranquila e segura de suas decisões, levando em consideração da necessidade de intervenções precisas dentro de um planejamento adequado para que sejam atingidas as metas da Organização Mundial da Saúde para melhoria das condições de saúde materno-infantil.

Está em nossas mãos, em nossa vontade, fazer com que essas práticas sejam realizadas, prestando uma atenção mais adequada e eficiente. Uma atenção eficiente se constrói em conjunto, entre profissionais, serviços e usuários, lembrando que todos nós somos os beneficiados. A qualificação dos profissionais da saúde deve ser vista como uma prioridade dentre as políticas públicas de saúde, pois será através deles que se consolidará o caminho para a construção de núcleos de excelência em amamentação.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jorn. de Pediatría** (Rio de Janeiro) v. 80. n.5. Porto Alegre, Nov. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> acesso em 21jun. 2010.

AKRAM, D. S.; AGBOATWALLA, M.; SHAMSHAD, S., 1997. Effect of intervention on promotion of exclusive breastfeeding. **Journal of Pakistan Medical Association**, 47:46-48 citado por SANDRE-PEREIRA, G.; *et al.* Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cader. de Saúde Pública**, v. 16, n.2. Rio de Janeiro. Abr/ jun. 2000. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2000000200016&script=sci_arttext&tlng=> acesso em 21 jun. 2010

ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Brasileira de Enfermagem**. vol. 61, n.4. Brasília. jul./ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400015&lang=pt&tlng=pt> acesso em 29 mai.2010.

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos**. Texto traduzido e adaptado do artigo ‘La Transferencia de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor Bordenave, J. E. D., Revista Interamericana de Educação de Adultos, v. 3, n. 1-2 PRDE-OEA) por Maria Thereza Grandi, OPAS, Brasília, 1983, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala). Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf> acesso em 21 Jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: MS, 152p. 2002. (Série A Normas e Manuais Técnicos; n.107).

CANDEIAS, N. M. F. Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce. **Rev de Saúde Pública**, vol. 17, n.2, abr/1983. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101983000200002&script=sci_arttext&tlng=pt > Acesso em 23 mar.2010.

CHAGAS, A. C. M. A.; LIMA, D. J. M.; COSTA, P. B.; DODT, R. C. M.; JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. .B. **Atividade educativa para promoção do aleitamento materno com puérperas**. Trabalho 448; 61º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM – TRANSFORMAÇÃO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL; dez./2009- Centro de Convenções do Ceará - Fortaleza. Disponível em < http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00502.pdf> acesso em 21 jun. 2010.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M .C.; CARANDINA, L.; Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v.19, n.5. Campinas. set./out. 2006. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lang=pt&tlng=pt> acesso em 29 mai.2010.

FRACOLLI, L. A.; MAEDA, S. T.; BRITES, P. R.; SEPÚLVEDA, S. C. F.; CAMPOS, C. M. S.; ZOBOLI, E. L. C. .P. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2 p. 68 - 72, 2003. Disponível em : < <http://www.fen.ufg.br/revista>. > Acesso em 23 mar. 2010.

HERINGER A.; FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S.; BARROS, A. L. S. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros no Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, Porto Alegre (RS), dez/2007. Disponível em: < <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/3133>> acesso em 16 mai.2010.

ISHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K.; Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.4. Ribeirão Preto. Jul./ago. 2002. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400016&lang=pt&tlng=pt > acesso em 29 mai. 2010

MOREIRA, P. L.; FABBRO, M. R. C.; Utilizando técnicas de ensino participativas como instrumento de aprendizagem e sensibilização do manejo da lactação para profissionais de enfermagem de uma maternidade. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.18, n.3. São Paulo. Jul/set. 2005. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt > acesso em 21 jun. 2010.

NASCIMENTO, M. B. R.; REIS, M. A. M.; FRANCO, S. C.; OLIVEIRA, F. M.; RIZZON, M. F.; SOCHA, G. B.; ISSLER, H.; GRISI, S. J. F. E. **Aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de quatro meses atendidos na rede pública**. 2005. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=494158&indexSearch=ID>>. Acesso em 2 out. 2009.

OLIVEIRA, L. P. M.; ASSIS, A. M. O; GOMES, G. S. S.; PRADO, M. S.; BARRETO, M. L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cader. de Saúde Pública**, v.21, n.5. Rio de Janeiro. Set./out.2005. disponível em < <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/19404>> acesso em 29 mai.2010.

SANDRE-PEREIRA, G.; COLARES, L. G. T.; CARMO, M. G. T.; SOARES, E A. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cader. de Saúde Pública**, v. 16, n.2. Rio de Janeiro. Abr/ jun. 2000. Disponível em < http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2000000200016&script=sci_arttext&tlng= > acesso em 21 jun. 2010.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cadern.**

de Saúde Pública, v. 22, n.1, Rio de Janeiro. Jan. 2006. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000100008&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em 29 mai. 2010.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). **Estratégia Saúde da Família Vila de Lourdes**. Curvelo, Minas Gerais, 2009.

SOUZA, E. A. C. S. **Reflexões acerca da amamentação**: uma revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SOUZA, S. B.; SZARFARC, S. C.; SOUZA, J. M. P. Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno. **Rev de Saúde Pública**, v. 31, n.1. São Paulo fev.1997. Disponível em <
http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101997000100004&script=sci_arttext&tlng=ptpt> acesso em 23 jun.2010.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev de Nutrição**, v.18, n.3, mai/ jun. 2005. Disponível em : <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000300003> Acesso em: 23 mar.2010.

WIKIPEDIA. A enciclopédia livre. **Curvelo**. Disponível em <
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Curvelo>> acesso em 29 mai. 2010.