

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
MILENE BARBOSA FIGUEIRÓ

ALEITAMENTO MATERNO: fatores que levam ao desmame precoce

Teófilo Otoni/MG
2010

MILENE BARBOSA FIGUEIRÓ

ALEITAMENTO MATERNO: fatores que levam ao desmame precoce

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência para
obtenção do título de Pós graduação em Atenção
Básica em Saúde da Família pela Universidade
Federal de Minas Gerais – UFMG
Orientadora: Erika Maria Parlato de Oliveira

**Teófilo Otoni/MG
2010**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela oportunidade de concluir mais uma etapa em minha vida, aos meus pais e irmãos pela força e compreensão nos momentos ausentes, a minha orientadora, professores, colegas de curso e amigos pela dedicação e atenção nos momentos de duvidas.

RESUMO

Este trabalho discorre sobre o aleitamento materno e o desmame precoce. O objetivo é apresentar o histórico do aleitamento materno, as causas e conseqüências do desmame precoce e os programas de incentivo ao aleitamento materno no Brasil. A exclusividade do aleitamento materno até os seis meses de vida, complementado adequadamente a partir desta idade e sua manutenção até os dois anos ou mais, pode ser considerado o hábito mais saudável nessa faixa etária, pois proporciona inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. Contudo, as medianas do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo estão abaixo do que é recomendado. São muitos os fatores que estão associados ao desmame precoce; assim, existe a necessidade de implementar e disseminar iniciativas que ajudem a promover maior sucesso do aleitamento materno. Neste trabalho são descritos os programas de: alojamento conjunto, programa mãe-canguru, iniciativa hospital amigo da criança, projeto carteiro amigo e bombeiro amigo da criança.

Palavras-chave: Aleitamento materno; desmame precoce.

ABSTRACT

This paper discusses breastfeeding and early weaning. The goal is to present the history of breastfeeding, the causes and consequences of early weaning and programs to encourage breastfeeding in Brazil. The exclusive breastfeeding until six months of life, supplemented adequately from this age and its maintenance until two years or more, can be considered the healthiest habit in this age group, it provides numerous benefits to both mother and for the baby. However, the medians of breastfeeding and exclusive breastfeeding are below what is recommended. There are many factors that are associated with early weaning, thus, the need to disseminate and implement initiatives that help to promote more successful breastfeeding. This paper describes the programs: rooming-in program, mother kangaroo, baby-friendly hospital initiative, project postman friend and firefighter friend of the child.

Keywords: Breastfeeding; early weaning.

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	4
INTRODUÇÃO	6
CAPITULO I ALEITAMENTO MATERNO	9
1.1 HISTÓRICO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	9
1.2 A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	10
CAPITULO II DESMAME PRECOCE: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS	13
2.1 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO DESMAME PRECOCE.....	13
CAPITULO III INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	17
3.1 PROGRAMAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	17
3.1.1 Alojamento conjunto	18
3.1.2 Programa mãe-canguru	19
3.1.3 Iniciativa hospital amigo da criança	20
3.1.4 Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.....	20
3.1.5 Projetos carteiro amigo e bombeiro amigo da criança	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERENCIAS	25

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é apresentar o histórico do aleitamento materno, as causas e conseqüências do desmame precoce e descrever os programas de incentivo ao aleitamento materno no Brasil.

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e sua manutenção até os dois anos de idade, complementado com outros alimentos (verduras, cereais, carnes, legumes e grãos), é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo Ministério da Saúde, associado a verduras, cereais, carnes, legumes e grãos. A introdução destes alimentos deve ser feita gradativamente, pois é com seis meses de idade que o bebê adquire maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos. Porém, a realidade está distante do recomendado.

A prática de aleitamento materno, principalmente o exclusivo, influencia positivamente no crescimento apropriado do bebê nos primeiros meses de vida (Longo *et al*, 2005). O leite materno é o alimento ideal para a saúde da criança, pois, a protege de doenças crônicas e infecciosas, promove seu desenvolvimento sensor e cognitivo. O aleitamento materno exclusivo reduz a mortalidade infantil por enfermidades comuns da infância e ajuda na recuperação de enfermidades (OPAS/OMS, 2003).

O índice de crianças com diarréias é maior em crianças menores de seis meses que não recebem o leite materno do que as que mamam exclusivamente no seio. A amamentação e o aleitamento exclusivo atuam como proteção contra essa doença (Vieira *et al*, 2003).

Assis *et al*. (2004) constataram que o aleitamento materno nos primeiros seis meses assegurou níveis mais elevados de hemoglobina e que esses níveis declinavam quando o aleitamento artificial era adotado, sendo compatíveis com anemia. Em outro estudo com crianças de seis a 12 meses de idade, verificou-se que o aleitamento materno no segundo semestre, juntamente com a alimentação complementar, promove melhor situação com relação à anemia (Spinelli *et al*, 2005).

Um fator apontado como proteção contra cólicas nos primeiros meses de vida, as quais são mais frequentes em crianças desmadas é a amamentação natural (Saavedra *et al*, 2003). Nota-se também que é um fator de proteção contra o sobrepeso e obesidade em crianças na idade pré-escolar segundo o estudo de Balaban *et al*. (2004), o qual sugere que crianças que mamam no peito podem desenvolver hábitos mais saudáveis de alimentação.

O Ministério da Saúde, desde 1990, vem intensificando o incentivo à amamentação e o aumento de investimentos nessa área. Existem no País, projetos, legislação, campanhas e órgãos que promovem o aleitamento materno. Um bom exemplo é o Banco de Leite Humano, que consiste num centro especializado obrigatoriamente vinculado a um hospital materno ou infantil, responsável pela promoção do aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição do médico ou da nutricionista. É um estabelecimento sem fins lucrativos, cujos produtos não podem ser adquiridos ou distribuídos. Compete a ele o registro diário de produtos coletados e distribuídos por doadores e receptores, com respectivos endereços, dos exames clínicos e laboratoriais, bem como o resultado das análises de controle de qualidade dos produtos (Brasil, Ministério da Saúde, 2003a).

A exclusividade do aleitamento materno até os seis meses de vida, complementado adequadamente a partir desta idade e sua manutenção até os dois anos ou mais, pode ser considerado o hábito mais saudável nessa faixa etária, pois proporciona inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. Contudo, as medianas do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo estão abaixo do que é recomendado. São muitos os fatores que estão associados ao desmame precoce daí a necessidade de implementar e disseminar iniciativas que ajudem a promover maior sucesso do aleitamento materno.

De acordo com PARIZZOTO & ZORZI (2008, p. 467)

Amamentar significa proteger a saúde do bebê de doenças como diarreia, distúrbios respiratórios, otites e infecção urinária e, ao mesmo tempo, o bebê que é amamentado conforme o recomendado tem menos chance de desenvolver diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares. Para as mães, proporciona a redução do sangramento após o parto, diminuição da incidência de anemia, câncer de ovário e mama e ajuda no combate à osteoporose.

Assim sendo, é de grande importância definir quais os motivos que levam ao desmame precoce, com o intuito de proporcionar o maior tempo possível de aleitamento às crianças. É de extrema importância o trabalho do profissional de saúde, no que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno apoiando e instruindo a nutriz, por meio do acompanhamento ao pré natal mais cuidadoso, formação de grupos de gestantes, alojamento conjunto, durante a puericultura e na formação de campanhas para incentivar o aleitamento materno. Afinal, na medida em que se conhecem os motivos que possam contribuir com o desmame precoce, pode-se atuar melhor no sentido de prevenção desses fatores de forma mais direcionada e, portanto, mais eficaz.

CAPITULO I ALEITAMENTO MATERNO

1.1 HISTÓRICO DO ALEITAMENTO MATERNO

Até os seis primeiros meses de idade é de extrema necessidade que a criança tenha como fonte exclusiva de alimentação o aleitamento materno. Após esta idade, é recomendável que se introduza outros alimentos, porém mantendo o aleitamento até os dois anos de idade. Este fato é um consenso amplamente conhecido e divulgado pelas instituições de saúde governamentais (Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde) e não-governamentais.

No início do século XX os médicos higienistas, na maioria homens, desvalorizavam e desautorizavam o conhecimento feminino na criação dos filhos e interferiam na prática livre do aleitamento, ditando horários rígidos e intervalos de mamadas. Apesar dos esforços na divulgação do aleitamento materno, mesmo que na forma padronizada pelos médicos, e os apelos em discursos sobre o tema, foi inevitável o abandono da amamentação natural iniciado na Europa no final do século XIX, coincidindo com a Revolução Industrial e chegando até o século XX, após a guerra Mundial. (JAVORSKI, 1999)

O uso dos substitutos do leite materno foi bastante difundido, atingindo o auge de 1940 a 1970. Além disso, o aumento do número de partos hospitalares contribuiu para a queda na prevalência do aleitamento materno, seja pela imposição de rotinas que dificultavam o estabelecimento do vínculo mãe-filho, como implantação de berçários e separação dos recém-nascidos de suas mães, seja pela ampla divulgação de produtos industrializados nas próprias maternidades e, inclusive, por intermédio dos profissionais de saúde, que desconheciam os principais aspectos da nutrição do lactente. As mudanças na estrutura familiar também tiveram grande influência, com as mães passando a participar cada vez mais ativamente do mercado de trabalho e da renda familiar, sendo obrigadas a assumir o triplo papel de mãe, dona-de-casa e trabalhadora.

Houve uma ênfase da importância da prática do leite materno exclusivo até os seis meses de idade, através de um movimento mundial iniciado na década de 70. No Brasil, esse

movimento só foi consolidado com o Programa Materno Infantil, em 1974, e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. (JAVORSKI, 1999)

1.2 A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

É recomendado que a criança se alimente exclusivamente de leite materno até os seis primeiros meses de vida, ou seja, até esta idade não é recomendável que se introduza outro tipo de alimentos, água ou líquido (com exceção de medicamentos e vitaminas, se forem necessários).

Sabemos que nesse período todas as necessidades de calorias e nutrientes, inclusive a água, da maioria das crianças são supridas através do leite materno. Desta forma é desnecessária a oferta de chás e água o que pode vir a prejudicar a sucção do bebê, tendo como consequência a redução de mamadas, pois o volume desses líquidos irá substituí-lo. É importante salientar que o leite materno fornece toda a água que a criança necessita, mesmo em um clima quente e seco.

Estudos do Ministério da Saúde mostram que os bebês que se alimentam exclusivamente do leite materno até o sexto mês de vida, crescem bem e adoecem menos. (BRASIL, 2002)

Os nutrientes são absorvidos mais facilmente com o leite materno do que com qualquer outro leite. Por exemplo, em relação à digestão das proteínas, ela é muito mais fácil na criança com aleitamento materno, devido à predominância da lactoalbumina no leite humano em relação à caseína. A lactoalbumina, sob a ação do suco gástrico, produz coágulos finos, de fácil digestão, enquanto a caseína, predominante no leite de vaca, produz coágulos maiores e, portanto, mais difíceis de digerir (BRASIL, 2002)

Dentre vários nutrientes que o leite materno possui, estão também ácidos graxos os quais são essenciais para o crescimento dos tecidos do cérebro, dos olhos e dos vasos sanguíneos. Esses ácidos não são encontrados em outros tipos de leite. O leite de vaca contém excesso de ácidos graxos saturados, constituindo, a longo prazo, fator de risco para obesidade e doenças crônico-degenerativas.

Os “leites em pó” apresentam composições semelhantes ao leite de vaca. Os chamados “modificados” são acrescidos de determinados nutrientes, visando a atender algumas características de algumas crianças; esses são os mais caros.

O leite de vaca contém proteínas em excesso, com predomínio da caseína, cuja absorção é retardada e difícil, o que lhe confere um maior potencial alergênico. Ele não contém proteína do soro e nem células vivas, presentes no leite humano, cujas funções se diferenciam de todos os outros tipos de leite. Também, a qualidade da proteína e da gordura nunca pode se igualar à do leite materno e nenhum leite em pó contém substâncias anti-infecciosas. Além disso, o “leite em pó”, quando preparado de forma incorreta poderá conter sais em excesso, aumentando o risco de infecções (BRASIL, 2002). O leite em pó desnatado tem todas as desvantagens do leite artificial e não contém gorduras; contém baixo teor energético, não sendo indicado para uso em criança.

A ingestão do leite materno pela criança a protege contra infecções, porque ela não possui a mesma quantidade de anticorpos que um adulto. É por meio do leite materno que a criança recebe todos os anticorpos necessários. Crianças alimentadas exclusivamente por leite materno têm menos diarreia, pneumonia, meningite, infecções de ouvidos e muitas outras doenças, comparando com crianças que não se alimentam exclusivamente do leite materno até o sexto mês de idade. Estas últimas têm, em geral, risco 14 vezes maior de morrer por diarreia e quatro vezes maior de morrer por pneumonia, do que aquelas que recebem aleitamento materno. (BRASIL, 2002)

Além de todos os benefícios que a amamentação traz para a criança, ela favorece a relação entre mãe e criança, além de proteger a saúde da mãe. Após o parto, a amamentação ajuda o útero ao voltar ao seu tamanho normal, reduzindo assim o risco de hemorragia e a prevenção de anemia. Outra vantagem que a amamentação traz para mãe é a redução aos riscos de câncer de ovário e de mama.

São muitas as razões para não se introduzir precocemente outros leites, alimentos ou líquidos à criança em amamentação. Entre elas podemos citar.

- ao dar outro alimento ou líquido aumenta-se a saciedade do bebê, reduzindo a frequência das mamadas e a quantidade de leite materno que a criança poderia tomar;

- outro alimento ou líquido veicula germes da água ou das louças e utensílios. Esses germes podem causar infecção;
- outro alimento ou líquido pode estar muito diluído e causar desnutrição à criança;
- para a introdução desses outros alimentos a mãe pode necessitar do uso de chucas e mamadeiras, que interferem negativamente na amamentação;
- é possível que outros alimentos ou líquidos não contenham vitamina A suficiente;
- o ferro do leite de vaca e de cabra não é bem absorvido, ao contrário do ferro existente no leite humano;
- outro alimento ou líquido pode provocar alergias: a criança pode ter dificuldade para digerir o leite de origem animal e provocar diarreia, erupções da pele e outros sintomas. A diarreia pode se tornar persistente. (BRASIL, 2002)

A amamentação exclusiva dará à criança melhor possibilidade de crescer, desenvolver-se e manter-se sadia. Em situação excepcional, algumas crianças podem necessitar de alimentos complementares antes dos seis meses de idade, por apresentarem ganho de peso inadequado. Nesses casos, é necessário afastar as causas que podem estar comprometendo o ganho ponderal (posição e/ou pega inadequadas, frequência insuficiente das mamadas, infecções, malformações, etc.) antes de complementar a amamentação. A posição e/ou pega inadequadas podem ser interpretadas pelas mães como fome.

CAPITULO II DESMAME PRECOCE: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Conceitualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (1993), aleitamento materno exclusivo significa que a criança recebe somente leite materno e nenhum outro líquido ou sólido, com possível exceção para medicamentos. Fala-se em desmame precoce quando há interrupção da amamentação antes do quarto mês de vida.

É sabido que o desmame precoce acarreta sérios problemas para a saúde da criança; por este motivo é importante conhecer os motivos e as consequências que esta prática acarreta. As implicações que o desmame precoce acarreta negativamente para a saúde da infantil são infinitas, principalmente em se tratando de países de terceiro mundo. A falta ou a curta duração da prática de amamentar contribui para a baixa dos níveis de hemoglobina no primeiro ano de vida e, portanto, para a anemia, o que pode levar a patologias mais sérias.(Assis *et al*, 2004)

É importante salientar que quando se pretende que a criança tenha uma qualidade de vida adequada, antes de tudo, a mãe deve conhecer um pouco mais sobre o aleitamento materno e ser alertada para os prejuízos acarretados sobre o crescimento e desenvolvimento pelo uso de chupetas e mamadeiras. (CARVALHO, 2001; IBIZAN, 2001; BIANCHI, 2001; GIMENEZ, 1997). De acordo com Almeida (1999); Bianchi (2001); Carvalho (2001); Gimenez (1997), um dos fatores que levam ao desmame é o uso de bicos artificiais.

2.1 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO DESMAME PRECOCE

Quase todas as mães já tiveram a experiência do aleitamento materno, porém após a década de 40 do século passado, esta prática sofreu uma queda e nos dias de hoje as mulheres que ainda amamentam suas crianças não o fazem por necessidade e sim por uma opção de vida (GIMENEZ, 1997, ALMEIDA, 1999). Segundo Gimenez (1999), os motivos que levam ao desmame precoce estão diretamente ligadas às mudanças sociais, ao estilo de vida, à urbanização, à industrialização, dentre outros. O aleitamento natural exclusivo no Brasil é raro, uma vez que apenas 6,0% das crianças são amamentadas até os dois meses de idade.

Estudos tem comprovado quão grande é o valor do aleitamento materno para o crescimento, bem como para o desenvolvimento infantil, pois, o leite materno protege a criança contra diferentes infecções, diarreias e doenças respiratórias; permite à criança aprender o modo correto de respiração nasal, o posicionamento adequado da língua sobre o palato e estímulo ao vedamento labial; reduz o aparecimento de alergias alimentares; é benéfico ao sistema neurológico, e reflete de modo positivo no desenvolvimento emocional e na interação do binômio mãe filho (GIMENEZ, 1997; ALMEIDA, 1999; SOUZA, 1996).

O desmame precoce é influenciado por modificações que afetam o aleitamento materno ou a extensão da amamentação, as quais podem ser divididas em cinco categorias: a) modificações demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com amamentação; b) alterações socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família; c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação, 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. (CALDEIRA; GOULART, 2000)

Nos dias atuais, as causas que levam ao desmame precoce estão ligados ao binômio mãe filho, como: a forte cultura da mamadeira, os mitos existentes a cerca da amamentação; a carência de informação dada às mães nos serviços de saúde e as rotinas hospitalares incompatíveis com o início e duração do aleitamento materno; a propaganda indiscriminada de *substitutos do leite materno*; e a dificuldade em cumprir as leis que protegem as mães trabalhadoras que amamentam (GIMENEZ, 1997). Acresce se a isso, o fato de que muitas mães não cumprem a licença maternidade com medo de perder o emprego.

Em uma pesquisa realizada por Almeida (2000), as principais causas apresentadas pelas mães para o desmame foram: o uso de anticoncepcional (1,4%); patologia do recém nascido (1,9%); a volta ao trabalho (3,4%); ~~por~~ indicação de profissional da saúde (3,4%); patologia materna (4,8%); leite fraco, não sustenta (77,9%). Esta última alegação mostra que essas mães não tiveram o esclarecimento necessário, quanto a composição e adequação do leite materno às necessidades nutricionais e características de digestibilidade do organismo da criança.

Como visto anteriormente, o trabalho das mães fora de casa é apontado como uma das razões para o desmame precoce, mas alguns estudos mostram que o mais importante são as condições em que o trabalho é exercido:

A sociedade oferece pouco suporte à mulher no seu desempenho de papel como mãe, o que pode ser percebido por ausência de creches e, quando existem são colocados em locais distantes do lar ou do trabalho, bem como, muitas vezes, pela inexistência de um local apropriado para coleta e armazenamento do leite materno. (ALMEIDA, 1996 *apud* SOUZA, BISPO, 2007, p. 46)

Outro fator que favorece ao desmame precoce são as rachaduras ou a ausência de protusão mamilar. As rachaduras estão relacionadas com a prática inadequada da amamentação e causam desconforto, podendo ter impacto negativo na qualidade das mamadas. (KOPELMAN *et al*, 2004). Entretanto, com orientações adequadas às mães, os dois fatores citados não constituirão problemas relevantes para a amamentação.

Segundo Guigliani (2004), estudos mostram que muitos são os motivos que levam ao desmame precoce, pois a atitude de amamentar não é caracterizada somente por instinto, mas também por aprendizado. No entanto, a maioria das nutrizes passa por dificuldades quanto à técnica incorreta de amamentar, as quais incluem mamilos doloridos, trauma mamilar, ingurgitamento mamário, baixa produção de leite, mastite, abscesso mamário, candidíase, mamilos planos ou invertidos, gemelaridade e sucção débil pelo bebê. As mães que têm essas dificuldades e não são bem orientadas para superá-las acabam desistindo de amamentar seu filho, por impaciência e dor.

Durante a gestação e nos primeiros dias após o parto, a glândula mamária secreta um líquido espesso e amarelado chamado colostro. De acordo com Tamez (1999), Souza (1995) e Vitolo (1994), o colostro é rico em anticorpos e teor calórico, e proporciona ao recém nascido toda a proteção que precisa.

Estudo realizado por VITOLO (1994) sobre a composição do leite humano revelou que, mesmo mulheres com desnutrição e desidratação são capazes de produzir leite, embora em volume menor, mas com qualidade excelente, com maiores concentrações de lipídios, lactose

e proteínas. O mais surpreendente segundo ALMEIDA (1999) e VITOLLO (1994), é que a produção de anticorpos específicos contra agentes enteropatogênicos é desenvolvida em grande escala por mulheres de baixa renda e com problemas ligados à desnutrição. Isso é confirmado por SOUZA (1995) quando diz que há alterações na composição do leite conforme a necessidade nutricional do recém nascido e lactente, sendo desnecessário, portanto, o uso de utensílios e ou alimentos artificiais para atender às exigências do seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Outro fator importante para o desmame é o uso de chupetas e mamadeiras, e que além de favorecer o desmame, podem causar monilíase oral e cárie dentária. Esta última acomete, no Brasil, 11,7 % das crianças até 2 anos de idade, sendo denominada de “cárie da mamadeira”. As chupetas são chamadas aqui no Brasil popularmente de “cala a boca” e, nos EUA, de “pacificadoras” e “me deixa em paz”, pois são utilizadas para acalmar as crianças. Não há, entretanto, necessidade de usá-las; embora a criança pequena esteja na fase oral de seu desenvolvimento psicosssexual, pois a amamentação por livre demanda é capaz de suprir esta necessidade. (CARVALHO, 2001).

CAPITULO III INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Como nos ensina Guigliani (2000), a eficaz promoção da amamentação não requer apenas conhecimentos anatômicos, bioquímicos e fisiológicos. Implica também em reconhecer a possibilidade de decidir das mulheres envolvidas, saber ouvir e aprender, desenvolver confiança e dar apoio.

Para que os profissionais de saúde possam transmitir confiança à mãe-nutriz, é preciso que estes tenham acesso a todos os conhecimentos técnicos disponíveis para orientá-la. É necessário também para o sucesso da amamentação, que os profissionais a vejam como pessoa, saibam dos seus sentimentos a respeito desta nova situação em sua vida, das suas dificuldades e problemas. (REZENDE *et al*, 2002)

Conforme Giugliani (2000), as mães que amamentam necessitam de apoio para ajudá-las a prevenir ou superar dificuldades, por isso os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, desempenham papel fundamental na assistência à mulher lactante e, para cumprir este papel, é muito importante que tenham sensibilidade e conhecimento para orientar adequadamente o manejo da lactação

3.1 PROGRAMAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Até o início dos anos 80, as atividades de incentivo ao aleitamento materno no Brasil apresentavam-se de forma isolada e apenas os profissionais de saúde eram envolvidos nestas atividades. Em 1981 foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia do Ministério da Saúde, que passou a ser o órgão responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural no país, cujo objetivo era reduzir a morbi-mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileira. (ARAÚJO, 2002 *apud* ARAÚJO *et al*, 2003; AUDI *et al*, 2003).

Com os programas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo tais como o PNIAM , o Pacto pela Infância e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), resgatou-se e consolidou-se a preocupação com a prática do aleitamento materno. Estes programas incentivam hospitais e maternidades a adotarem os "dez passos para o sucesso do aleitamento materno" (PERCEGONI *et al*, 2002; LAMOUNIER, 1996).

A abrangência nacional, a mobilização social de todos os segmentos da sociedade e o marketing com campanhas bem elaboradas divulgadas na mídia, foram as propostas que obtiveram maior destaque junto ao PNIAM, em 1981. Com base nesses fatores, pôde-se em 1986, verificar por meio de uma avaliação que, após 5 anos de campanha, a duração mediana da amamentação aumentou no Estado de São Paulo de 2,9 para 4,2 meses e em Recife de 2,2 para 3,5 meses, conforme menciona REA (2003). Segundo Venâncio & Monteiro (1998), citado por Kitoko *et al* (2000), um estudo de âmbito nacional revelou um aumento na duração mediana da amamentação de 2,5 meses, em 1975, para 5,5 meses em 1989. Os estudos da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, mostram tendência no aumento da amamentação, mas sua prevalência exclusiva em crianças com até 4 meses ficou estimada em 40,0%, segundo dados da OMS, 1994, citado por Kitoko *et al* (2000).

Entre as ações de aleitamento materno realizadas com sucesso no país, pode-se citar a Alojamento Conjunto, o método Mãe-Canguru, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, os projetos Carteiro Amigo e Bombeiros Amigos da Amamentação e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

3.1.1 Alojamento conjunto

Alojamento Conjunto é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Este sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde dela e do filho (FREDERICO *et al*, 2000).

O Alojamento Conjunto tem como objetivo a integração mais íntima da mãe com o recém nascido, contribuindo para estabelecer um relacionamento afetivo melhor entre mãe e filho desde o nascimento, além de proporcionar a segurança emocional para os pais quanto aos cuidados com o bebê e incentivar o aleitamento materno, diminuindo a incidência de infecções hospitalares (FONSECA *et al*, 2002).

3.1.2 Programa mãe-canguru

Este programa, também conhecido como “contato de pele” ou “cuidado Mãe-Canguru”, foi criado em 1979 por médicos colombianos e trazido ao Brasil em 1991 pelo Hospital “Guilherme Álvaro” localizado em Santos, São Paulo. É reconhecido como uma ótima alternativa para o cuidado neonatal, sendo recomendado para bebês nascidos de baixo peso. (VENÂNCIO *et al*,2004).

Segundo Lamy *et al* (2005), a criação deste método surgiu em virtude da superlotação das unidades neonatais, nas quais, muitas vezes, eram colocados mais de dois recém-nascidos na mesma incubadora.

Outro objetivo para a utilização deste método é a motivação e valorização da presença e da participação da mãe e da família na unidade neonatal, garantindo a saúde do bebê de baixo peso após a alta hospitalar, por oferecer oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo e de contribuir para as altas taxas de amamentação (COLAMEO *et al*, 2006).

O método é simples. O bebê, tão logo supere eventuais problemas críticos de saúde, é amarrado ao corpo da mãe (diretamente em contato com a pele) em posição vertical, junto ao seio, apenas de fralda, não havendo necessidade de nenhum tipo especial de tecido para a confecção da bolsa. A posição vertical é utilizada para evitar o refluxo gástrico-esofágico e a bronco-aspiração. O contato com o corpo da mãe promove a manutenção dos níveis adequados de temperatura corpórea do bebê, favorece o estreitamento do vínculo mãe-filho, além de proporcionar maior tranquilidade ao recém-nascido e à mãe, que pode acompanhar todos os momentos de seu bebê, facilitando sua amamentação. As dificuldades dos bebês para sugar são compensadas pela proximidade com o peito materno (TOMA *et al.*, 2003).

3.1.3 Iniciativa hospital amigo da criança

Esta iniciativa foi idealizada em 1990, quando o Brasil foi um dos países participantes de um encontro realizado em Florença, Itália (*Spedale degli Innocenti*), promovido pela OMS e UNICEF, em que se buscava mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. (LAMOUNIER, 1998).

Para redução do desmame precoce e baseados nas modificações de rotinas hospitalares inadequadas à prática da amamentação, foram normatizados pela OMS e UNICEF algumas orientações denominadas “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (ARAÚJO *et al.*, 2003b), que devem ser consideradas para a obtenção do título Hospital Amigo da Criança.

São eles:

- 1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;
- 2- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 3- Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
- 4- Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
- 5- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6- Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
- 7- Praticar o Alojamento Conjunto, permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8- Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas à crianças amamentadas ao seio;
- 10- Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório (ARAÚJO *et al.*, 2003b).

3.1.4 Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras

Antes da normatização da promoção comercial de alimentos infantis no país, muitas estratégias de *marketing* foram utilizadas para promover os alimentos para lactentes: concursos de “bebê mais robusto”, distribuição de cupons de desconto, utilização de *outdoors*, oferecimento de vantagens aos responsáveis pelos pontos de comercialização direta,

promoção de vendas de *kits*, distribuição de brindes e doações de alimentos infantis aos serviços de saúde e diretamente às mães (ARAÚJO *et al.*, 2006). Tudo isso, dificultava o aleitamento materno.

No Brasil, a mobilização para resgatar a prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses começou nos anos 70. A regulamentação da promoção comercial ocorreu primeiramente em 1974, no Estado de Pernambuco, quando o secretário de saúde proibiu as mamadeiras e o leite gratuito nas unidades de saúde e maternidades. O movimento inicial do governo federal no sentido de ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno no país ocorreu em 1976, dentro do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). Em 1979, realizou-se uma ampla discussão sobre o assunto no país, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do UNICEF, o que resultou na elaboração das estratégias a serem desenvolvidas. A proposta do Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foi analisada pelo INAN em 1980 e considerada importante, apesar de longa e confusa. (MONTEIRO *apud* REIS *et al.*, 2008)

Com base no código e em resoluções subseqüentes, e após negociação com as várias instituições que congregavam ações de incentivo ao aleitamento materno e também com as indústrias de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras, o Brasil aprovou, em 1988, as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), na forma de resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (ARAÚJO *et al.*, 2006). Em 1992, a NCAL foi transformada, por resolução do CNS, na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL).

Em 2000 iniciaram-se várias discussões e, após consulta pública e longa negociação, a NBCAL foi revista e publicada como Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras, dividida em três documentos: a Portaria 2.051 de 08 de novembro de 2001 e as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), RDC 221 de 06 de dezembro de 2001, que trata de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo, e a RDC 222 de 05 de agosto de 2002, que regulamenta a promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. (MONTEIRO *apud* REIS *et al.*, 2008)

Em janeiro de 2006, foi publicado no Diário Oficial da União a Lei Federal nº. 11.265 de 03 de janeiro de 2006, que foi baseada na NBCAL. A aprovação da referida lei representa um marco importante na proteção da amamentação contra as estratégias de *marketing* no Brasil, mas coloca como ponto emergente a necessidade de nova regulamentação, já que a mesma não contempla produtos como os protetores de mamilo, exclui várias das definições contidas na NBCAL 2001/2002, dá margem à doação de amostras de produtos a profissionais e serviços de saúde e é dúbia em certos trechos, proporcionando condições para a interpretação indevida por parte das empresas que fabricam e comercializam os produtos compreendidos na lei. (MONTEIRO *apud* REIS et al, 2008)

3.1.5 Projetos carteiro amigo e bombeiro amigo da criança

Em 1999, foi lançado o Programa Carteiro Amigo, inicialmente para a região Nordeste. Em 2000, este programa atingiu as regiões Norte e Centro-oeste e, a partir de 2001, passou a se destinar a todos os municípios brasileiros que dispõem de centro de distribuição domiciliar de correspondências (BRASIL, 2002).

O lançamento da campanha ocorreu quando a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, num trabalho de parceria com o UNICEF e a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, colocou sua estrutura à disposição da comunidade. Os carteiros receberam uma atribuição paralela, atuando como agentes multiplicadores de uma campanha educativa de incentivo ao aleitamento materno. O sucesso da campanha resultou na duplicação do número de mães que amamentavam em Fortaleza e Ceará (ARAÚJO et al., 2003a).

Os carteiros, no mês de comemoração da Semana Mundial da Amamentação, vestem uma camiseta alusiva aos benefícios da amamentação e distribuem folhetos informativos nos domicílios onde residem gestantes e crianças menores de 1 ano (BRASIL, 2002).

O projeto Carteiro Amigo, além de inovar a participação dos carteiros em ações de saúde, tem se revelado efetivo como ação social de incentivo à prática do aleitamento materno, contribuindo para aumentar o nível de informações em relação à importância e as vantagens para a saúde da criança e da mulher. Como os carteiros têm grande influência nas

comunidades, facilitam desta forma, a transmissão de informações que beneficiam as crianças brasileiras (ARAÚJO et al, 2003a).

Outra classe profissional envolvida em ações de incentivo ao aleitamento materno é o Corpo de Bombeiros, através do projeto Bombeiros da Vida, surgido em 2002. Este projeto tem por objetivo aumentar os estoques de leite humano dos Bancos de Leite Humano do país com estratégias que vão desde a coleta domiciliar de leite humano ordenado até o apoio às mães no manejo da amamentação (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde demonstrou interesse em ampliar essa parceria a todas as unidades de Bombeiros no país. Todos os profissionais que ingressam no projeto são capacitados com ênfase na amamentação (ARAÚJO *et al.*, 2003a).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste trabalho, pode-se concluir que a amamentação não é totalmente questão de instinto no ser humano. Ela tem que, em grande parte, ser aprendida, e para ter êxito, a maioria das nutrizes precisa ter reforço e apoio constantes. Deste modo, para o sucesso ou não do ato de amamentar precisa-se considerar vários fatores tais como: as condições da mãe e do bebê, a cultura familiar, a situação sócio-econômica da família, o apoio social e, principalmente, profissional.

Diante disso, podemos dizer que a amamentação não depende integralmente da mãe, mas também de condições externas, ou seja, apoio familiar e profissional. Ainda que as mães já saibam do quão importante é o aleitamento materno para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança, elas muitas vezes desconhecem questões simples sobre a prática da amamentação, tais como técnica para sucção e cuidados e preparo da mama para a lactação. Este desconhecimento pode estar relacionado com a ausência do profissional enfermeiro, para dar suporte nesta dificuldade materna, evitando que o desmame ocorra por este fato não justificado cientificamente.

Deste modo então, considera-se o aleitamento materno uma prática eficaz, mas que para ser bem sucedido depende de fatores históricos, sociais, culturais, psicológicos da puérpera e do compromisso com o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento. A-falta de conhecimento pode na realidade ser um obstáculo, quando transmitidas informações incorretas e sem consistência às nutrizes.

Mesmo sendo bem sucedidos, todos os programas e iniciativas ao aleitamento materno criadas no Brasil, ainda são muito restritos e necessitam ser difundidos em todos os estados brasileiros para que atinjam toda a população, garantindo assim, o aleitamento materno exclusivo e continuado e a saúde das crianças brasileiras.

Promover e facilitar o aleitamento materno não é responsabilidade somente dos serviços de saúde nem de nenhum outro programa de saúde ou categoria profissional, mas deve ser uma tarefa considerada prioritária entre outras importantes políticas de saúde e nutrição, merecendo o estímulo de todos os membros da família e da sociedade.

REFERENCIAS

ALMEIDA, J.A.G. de. **Amamentação: um híbrido natureza cultura**. 20a.ed. São Paulo: Fiocruz, 1999.

_____. **I. Semana da Amamentação Universidade de Santo Amaro**. São Paulo, 2000.

ARAÚJO, M. F. M.; FIACO, A. D.; WENER, E. H.; SCHMITZ, B. A. S. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3(2), 195-204, abr/jun. 2003.

_____. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 195-204, abr./jun. 2003a.

ARAÚJO, M. F. M.; REA, M. F.; PINHEIRO, K. A.; SCHMITZ, B. A. S. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Revista de Saúde Pública**, Recife, v. 40, n. 3, p. 513-520, jun. 2006.

ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 411-419, out./dez. 2003b.

ASSIS, Amo; GAUDENZI, E.N; GOMES, G; RIBEIRO, R.C.; SZARFARC, S.C.; SOUSA, S.B. Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. **Revista Saúde Pública** ago. 2004;38(4):543-51.

BALABAN, G. et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil** , Recife, v. 4, n. 3, p. 263 268, 2004.

BIANCHI, H. L. **Dicas de Saúde**. Disponível em: < [http:// www.aleitamento.med.br](http://www.aleitamento.med.br) > Acesso em: 07 ago.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Leite materno: sinônimo de bebês bem alimentados**. Disponível em <www.saude.gov.br> Acesso 11 jun 2010

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI: atenção integrada às doenças prevalentes na infância.** Curso de Capacitação. Aconselhar a mãe ou acompanhante. Módulo 5. 2. ed. rev. Série E Comunicação e Educação em Saúde. Brasília (DF), 2002. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/aidip-modulo-5-pdf-a52086.html>> Acesso em 11 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Saúde à Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Organização das Nações Unidas.** Brasília, out. 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_17.pdf>. Acesso 07 ago. 2010.

CALDEIRA, A.P; GOULART, E.M.A. **A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais:** estudo de uma amostra representativa. J Pediatría 2000; 76(1): 65-72.

CAMPOS, M.A.B. Construção social da prática do aleitamento materno através dos tempos. **Revista Pediatría Atual**, v.. 12, n.8, p. 16-24, ago. 1999.

CARVALHO, M.R. de. M. **Mamadeiras e chupetas são desnecessárias: amamentação evita hábitos orais viciosos.** Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.aleitamento.med.br>>. Acesso em 07 ago. 2010.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 597-607, mar. 2006.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 166-171, mar/abril. 2002.

FREDERICO, P.; FONSECA, L. M. M.; NICODEMO, A. M. C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 38-44, ago. 2000.

GIMENEZ, S.R.M.L. Fonoaudiologia: as inúmeras vantagens da amamentação no crescimento e desenvolvimento das estruturas do aparelho estomatognático. **Revista Ortodôntica**, Ano VIII, n.48, março/abril, 1997. Disponível em: <<http://www.aleitamento.med.br>> Acesso em 07 ago. 2010.

GIUGLIANI, E.R.J. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: Duncan BB, Schmidt MI, GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 219-31.

_____. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.238-52, 2000.

IBFAN. **Atualidades em amamentação**. 2001. Disponível em <<http://www.aleitamento.med.br>>. Acesso em 07 ago. 2010.

JAVORSKI, M. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Revista Pediatria Moderna**. v. 35, n. 1/2, jan/fev, 1999.

KITOKO, P. M. et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileira: uma análise comparada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 (4):1111-1119, out-dez, 2000.

KOPELMAN BI; SANTOS AMN; GOULART, AL; ALMEIDA, MFB; MIYOSHI, MH; GUINSBURG, R. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu; 2004.

LAMOUNIER, J. A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, v. 72 n. 6: 363-367, 1996

LAMOUNIER, J. A. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. **Revista Assoc. Médica Brasil**, Belo Horizonte, v. 44, n. 4, p.319-24, 1998.

LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M.; HENNIG, M. A. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-68, jul./set., 2005.

LONGO, G.Z. et al. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 109-118, 2005.

OMS/UNICEF, A. Alimentação artificial. Unidade de Nutrição, Escritório Regional para a Europa, Copenhague, n.09.1997.

OPAS/OMS. **Amamentação**, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotosamamentar.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual Técnico. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança**. Genebra: OMS, 1993.

PARIZOTTO, Janaína; ZORZI, Nelci Terezinha. **Aleitamento Materno:** fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. O Mundo da Saúde São Paulo 2008; 32(4):466-474. Disponível em <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/08_Aleitamento_baixa.pdf>. Acesso 10 jun 2010.

PERCEGONE, N. et al. Conhecimento sobre aleitamento materno de puéperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 15 (1), 29-35, jan – abr., 2002

REA, M. F. Reflexos sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19:S37-S45, 2003

REIS, Karoline de Souza; SOARES, Fernanda Bárbara; LUCCA, Sônia; DO CARMO, Fanny Cristina; CARVALHO CRUZ, Nilcemar Rodrigues. **Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno.** NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição – Ipatinga: Unilestemg, V. 2 – N. 3 – Ago./Dez. 2008. Disponível em <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_6_rng_programas_a_leitamento_materno.pdf> Acesso em 10 jun. 2010.

Revista Baiana de Saúde Pública, v.31, n.1, p.38-51 jan./jun. 2007. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%20%2038.pdf> Acesso 04 ago. 2010.

REZENDE, M. A. et al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-Am. de Enferm.**, São Paulo, v.10, n.2, p.234-8, mar/abr. 2002.

SAAVEDRA, M.A.L. et al. Incidência de cólica nolactente e fatores associados: um estudo de corte. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 2, p. 115-122, 2003.

SOUZA, Tâmara Oliveira de; BISPO, Tânia Christiane. Aleitamento Materno Exclusivo e o Programa Saúde da Família da Chapada, Município da Aporá (BA).

SOUZA, M.H.N. do. **Aleitamento Materno:** estudo prospectivo de intervenção com mulheres residentes em favelas do município de São Paulo. 1995. 134p. Dissertação (Mestrado em Nutrição). Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.

SOUZA, M.B.M. **Promoção, proteção e apoio: apoio? Representações sociais em aleitamento materno.** Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

SPINELLI, M.G.N. et al. A situação do aleitamento materno de crianças atendidas em creches da secretaria da assistência social do município de São Paulo - região da Freguesia do Ó. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 23-28, 2002

TOMA, T. S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 233-242, out./dez. 2003.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 173-180, nov. 2004.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 5, p. 449-454, 2003

VITOLO, M.R. **Fatores que interferem na composição do leite materno**. *Pediatria Moderna*, v. 30, n. 3, p. 388-390, jun, 1994.