

1 INTRODUÇÃO

O período da gestação é acompanhado por dúvidas, expectativas e crenças populares, que estão relacionadas ao contexto familiar e social da gestante. As experiências e orientações recebidas neste período podem influenciar tanto positivamente quanto negativamente o ato de amamentar (SILVA et al., 2008)

Estes fatores podem estar ligados a mãe, ao bebê, ao ambiente, e fatores circunstanciais e sociais, além de mitos e crenças populares que herdamos culturalmente.

Dentre esses fatores que podem influenciar no ato da amamentação pode-se citar: situação conjugal, situação econômica, idade materna, grau de escolaridade, dor causada por lesões nas mamas com mastite e fissuras além de mitos e crenças.

Ao longo da evolução do Homo Sapiens o leite materno é a principal fonte de nutrientes e vitaminas do lactente, mas a partir do século XX com a intensa e crescente industrialização e modernas técnicas de esterilização do leite de vaca foi crescente a produção de leite em pó, onde o aleitamento artificial ganhou grande destaque e importância no cenário mundial, na tentativa de substituir o leite materno, devido suas condições de higiene e praticidade. Mas nas últimas décadas o aleitamento materno vem adquirindo espaço nas políticas de saúde mundial e retomado sua valorização através de inúmeras campanhas e projetos (QUEIRÓS et al., 2009).

Apesar de o aleitamento exclusivo ser recomendado pelo Ministério da Saúde até os 6 meses e continuando até os dois anos de idade, e as mães saberem de tal importância, essa prática está aquém dessa recomendação, acompanhado das influências sociais e culturais do Brasil (SILVA et al., 2008).

O leite materno não pode ser substituído por nenhum outro alimento até os seis meses de idade porque é o mais completo para o bebê, e constitui um gesto de amor, proporcionando inúmeros benefícios para mãe e filho (SILVA et al., 2008). Ele é rico em vitaminas, anticorpos, minerais, gorduras com inúmeras vantagens nutritivas além de proporcionar o desenvolvimento e crescimento da criança.

A amamentação é uma prática isenta de custos e ainda traz benefícios para a nutriz como queda de probabilidade da mulher engravidar no período da lactação, promove involução uterina e loqueação, estabelece relação afetiva entre mãe e bebê, através de estímulos táteis, visual e auditivos e causa menor sangramento pós parto e retorno ao peso pré gestacional mais rapidamente (QUEIROZ et al., 2009).

Conforme FROTA (2009), p.61:

O Desmame precoce é justificado por uma deficiência orgânica da mãe, problema com o bebê, atribuição de responsabilidade à mãe, mudanças na estrutura familiar, nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes e a intenção da mãe de amamentar, demonstrando associação entre fatores maternos, do recém-nascido e o contexto em que se encontram.

A introdução de mamadeiras e chupetas, a alimentação inadequada e baixa ingestão de líquidos pela mãe, mamadas curtas e com intervalos extensos, falta de reconhecimento de pega ou posicionamento incorreto do lactente, diminuição do apetite da criança pela introdução precoce de água, leite artificial ou chá, podem diminuir a produção de leite materno levando ao desmame precoce.

Os fatores que podem interferir no sucesso do aleitamento materno podem estar ligados ao fato de que a mulher atual possuiu uma vivencia mais tensa e ansiosa, faltando um suporte cultural que havia na sociedade antiga, onde as nutrizes recebiam treinamentos e informações quanto ao aleitamento materno incentivando-as a adoção dessa prática (FALEIROS et al., 2006).

As causas que dificultam a amamentação podem ser preveníveis, desde que haja orientações a mulher. Por isso o profissional de saúde deve se atentar a esses fatores, implantando as devidas ações na prática, reforçando e orientando quanto ao período ideal de introduzir a alimentação complementar.

As orientações e esclarecimentos quanto a amamentação deve iniciar-se no pré natal aliando-se a conhecimentos científicos, afim de coibir mitos e crenças populares prejudiciais e a introdução de outros alimentos líquidos causando o desmame precoce. Sempre enfatizando e conscientizando a importância do aleitamento materno para o binômio mãe-filho (QUEIROS et al., 2009).

A população e profissionais devem ter a percepção que a saúde depende dos cuidados oferecidos e prestados pelos serviços de saúde, e a prevenção é consequência da educação em saúde realizada com a população. Para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo com eficiência é necessário competência e capacidade de comunicação adequada com as nutrizes (FROTA et al., 2009).

2 JUSTIFICATIVA

A cultura, mitos e experiências pessoais e tabus interferem de maneira relevante no aleitamento materno, determinando significados distintos da amamentação para a mulher. Apesar dos seus benefícios existem fatores que contribuem para o desmame precoce interferindo na duração e prática da amamentação (QUEIRÓS et.al, 2009).

A partir da identificação de fatores que prejudicam ou interferem o aleitamento materno exclusivo, os profissionais de saúde podem intervir de maneira mais satisfatória nas causas de insucesso da amamentação, através da conscientização, incentivo e esclarecimento de dúvidas que influenciam negativamente a lactação, oferecendo um suporte prático e de acolhimento as nutrizes.

3 OBJETIVO

- Descrever os fatores que interferem no aleitamento materno.

4 MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho será realizado através de uma revisão bibliográfica da literatura científica. A pesquisa foi realizada em base de dados: Lilacs e Scielo, através dos descritores: desmame, aleitamento materno e amamentação. Os artigos utilizados foram os de língua portuguesa e o período de coleta de dados foi referente aos anos de 2001 a 2010.

Posteriormente foi realizado uma leitura minuciosa a respeito do tema, absorvendo dos livros, teses e artigos as idéias principais dos autores e o fichamento do material pesquisado. Após foram separados por temáticas. Procedeu-se uma leitura rigorosa do trabalho, com a finalidade de desenvolver as considerações finais baseada no objetivo proposto.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Atenção Básica à Saúde era pouco reconhecida mundialmente na literatura. Após o pacto mundial realizado na cidade de Alma Ata em 1978, o conceito empregado foi Atenção Primária à Saúde, e com a participação de vários países firmaram o compromisso com a meta Saúde Para Todos no ano 2000, definindo assim a Declaração de Alma Ata (SOUSA, HAMANN, 2009).

No cenário mundial a atenção primária possui vários significados e entendimentos, como uma filosofia de atendimento, ou um tipo de serviço, o primeiro nível de atenção ou até vista como uma organização dos sistemas de saúde. Mas no Brasil ela é definida como o primeiro nível de atenção a saúde, vista como a porta de entrada para os serviços, compreendendo ações de promoção e prevenção da saúde, tratamento e reabilitação de doenças e agravos, levando-se em consideração o princípio de equidade e integralidade.

Segundo GOTEMMS E PIRES (2009), p. 193:

Um sistema de saúde fundamentado APS constitui uma estratégia constitui uma estratégia de organização integral, pautada na saúde como direito universal, equitativo e solidário. Apresentam-se os princípios: a) intersetorialidade; b) participação; c) sustentabilidade; d) justiça social; e) responsabilidade e prestação de contas dos governos; f) orientação para a qualidade e g) respostas às necessidades da população. Enumeram-se os elementos essenciais: a) acesso e cobertura universais; b) atenção integral e continuada; c) ênfase na promoção e prevenção; d) atenção adequada; e) orientação familiar e comunitária; f) mecanismos de participação ativa; g) políticas e marco legal sólidos; h) organização e gestão ótimas; i) políticas e programas para promover equidade; j) contato preferencial aos serviços de saúde; k) recursos apropriados; l) recursos adequados e sustentáveis; m) ações intersetoriais.

A difusão de sua definição e noção de Atenção Primária deve-se ao Relatório Dawson, elaborado no ano de 1920 no Reino Unido pelo Ministério da Saúde associando regionalização e hierarquização. Mas somente na década de 70 que predominou movimentos a favor da saúde comunitária. Em 1970 foi realizada em Quebec uma reforma renovadora onde o atendimento deveria priorizar a dimensão familiar e comunitária dos cuidados da atenção integral. Somente em 1990 que a Atenção Primária é confirmada pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, reavaliando reformas de acordo com diretrizes de Atenção Primária à Saúde. Mas no Brasil foi a partir da década de 70 que surgiram iniciativas para ampliar e modificar as práticas nos serviços de saúde pública (CONILL, 2008).

Em 1994 com a implantação do PSF que foi criado como uma estratégia de fortalecimento e reorganização da atenção básica com ampliação do acesso, reorientação e qualificação das práticas de saúde, de acordo com os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) (SOUSA, HAMANN, 2009).

Após quatro anos de implantação do PSF, o Ministério da Saúde promoveu o debate para pactuar as três instâncias do governo, assim como suas competências nesse nível de atenção à saúde, dando origem ao Manual da Portaria 3925 em que firmou o conceito de atenção básica como conjunto de ações de caráter coletivo e individual no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde englobando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Após oito anos o Ministério da Saúde (MS) aprova a política Nacional de Saúde propondo diretrizes e normas para a organização do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), reafirmando que a atenção básica deveria ser desenvolvida por práticas sanitárias participativas, democráticas e gerenciais, com trabalho em equipe em populações de territórios definidos e delimitados. Utilizando-se de tecnologia avançada de baixa densidade, resolvendo os problemas de saúde mais frequentes no território definido (BREHEMER, VERDI, 2010).

Os serviços de saúde do SUS são organizados por níveis de complexidade, onde os serviços de atenção básica são próximos da população e dispersos. Os de média e alta complexidade são regionalizados localizados em ambulatórios de especialidades, hospitais e serviços de urgência, visando a redução de custos e concentração de volume (GOTTEMS, PIRES, 2009).

E para que haja uma assistência resolutiva nos serviços de atenção primária é preciso que os outros níveis de atenção como a alta e média complexidade funcione adequadamente, trabalhando em conjunto em uma rede articulada de serviços.

Apesar das Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuírem autonomia nas ações de prevenção, principalmente em relação a educação em saúde, há uma dependência de todo o sistema para um desenvolvimento satisfatório de promoção, prevenção e recuperação da saúde, consolidando um sistema efetivo de referência e contra-referência (BOTTI, SCOCHI, 2006).

Portanto, a atenção básica (AB) é a porta de entrada prioritária nos serviços de saúde, a AB deve atender a todos exercendo um papel acolhedor, e quando não puder satisfazer as

necessidades e oferecer respostas por questões de competência e organização deve haver uma rede de referências para realizar encaminhamento, possibilitando o acesso universal da demanda espontânea.

O SUS define que as atividades e serviços de saúde devem ser organizados conforme necessidades identificadas e prioridades definidas localmente no município. Oferecendo uma oferta de atenção integral em busca das respostas aos conjuntos de necessidades de saúde percebidas em cada indivíduo, adquirindo um sentido particular e único (VILELLA et al., 2009).

Apesar da idéia de reorganização através da AB (Atenção Básica) proposta pelo SUS, pela formação de vínculos com as famílias, pelo poder de mobilização das redes sociais, parece não ser o bastante para mudar a lógica de produção das ações em saúde, onde o trabalho e o capital são disputados pelo estado nas políticas sociais. Portanto precisaria de uma articulação maior entre as políticas e economia para reestruturação dos serviços do SUS (GOTTEMS, PIRES, 2009).

Não é simples a implantação de uma atenção básica em saúde dirigida para responder as diferentes necessidades de diferentes sujeitos que formam a demanda e população do SUS. Isso exige que há EXISTA uma ágil e eficiente organização dos serviços de saúde e profissionais, compondo uma rede articulada de cuidados para satisfazer e resolver um conjunto variado de demandas e sujeitos (VILELLA et al., 2009).

Encontram-se dificuldades em todo processo de mudança, principalmente quando envolve o imaginário social e o processo coletivo de trabalho. Mas propostas de estratégias que possam mudar essa realidade são oriundas do deslocamento do foco de referência teórica de um indivíduo que é somente centrado em suas necessidades para um que caracteriza sua própria superação do trabalho e da noção de cidadania, possibilitando um modelo que responda os verdadeiros princípios do SUS (BOTTE, SCOCHI, 2006).

A maneira em que o sistema e os serviços estão organizados é o principal motivo para que essa prática de saúde não se concretize. É preciso mais diálogo entre população e profissionais a respeito de suas potencialidades e limites de trabalho nesse nível de atenção, a fim de que evite que a atenção básica seja uma intermediação entre o sofrimento do usuário e um suposto bem estar que tecnologias pouco acessíveis proporcionam (VILELLA et al., 2009).

5.1.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Já era notável que na década de 40 ocorreria uma inversão dos gastos públicos, em que favorecia a assistência médica em vez da saúde pública. Já nos anos 60 a relação saúde pública-assistência médica revelava ações desordenadas, sendo incapazes de resolver e conter as péssimas condições de saúde e miséria da população brasileira. Com a derrota destas propostas em 1964, estimulou-se uma reforma sanitária, coerente com a crise econômica da época e limites financeiros, com a finalidade de oferecer melhores condições de saúde à população (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

Na década de 80 com a estruturação do Sistema Unificado de Descentralizado de Saúde (SUDS) e com a formação do SUS ocorreu um deslocamento de responsabilidades de gestão nos serviços de saúde para o nível estadual, ocorrendo uma descentralização administrativa. Em 1988 através da Constituição Federal foram definidos os princípios de universalismo, descentralização no município e uma nova organização nos serviços de saúde levando em consideração integralidade, regionalização e hierarquização. Além de ações curativas e preventivas passarem a ser responsabilidade de gestores públicos. Em 1991 o PSF tem início quando o MS cria o PACS, enfocando a família como o centro das ações programáticas de saúde e não somente o indivíduo (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

Experiências bem sucedidas em Montes Claros (MG), Londrina (PR) e outras cidades, evidenciaram a possibilidade da concepção da saúde restrita a dimensão médica assistencial na prática. Essas experiências serviram de referência para as bases conceituais, ideológicas e técnicas do desenho do PACS e PSF, que vêm sendo implantado, desde 1991 e 1994 respectivamente (SOUSA, HAMANN, 2009).

Criado em 1994 como um programa e um componente do SUS ele configura as dimensões das práticas de saúde da população brasileira em termos territoriais. E após uma década de sua implantação ele assume o status de uma política nacional, com 26.100 equipes de saúde, vinculado a 216.055 agentes comunitários de saúde, prestando assistência a 83,8 milhões de pessoas em 5274 municípios (SOUSA, HAMANN, 2009).

O Programa de Saúde da Família veio para fortalecer e reorganizar a AB como primeiro nível de atenção, ampliando e qualificando as práticas de saúde. Rotulado como um

programa na sua criação num segundo documento em 1997 é caracterizado como estratégia, mudando a forma de organização e atuação dos serviços de saúde.

SOUSA & HAMAN (2009), p.1327, definem que:

O caráter substitutivo do PSF em relação à “atenção básica tradicional” orienta-se pelos seguintes princípios: 1) adscrição de clientela; 2) territorialização; 3) diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade local. A adscrição da clientela refere-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde. A territorialização aponta para a relação precisa que se estabelece mediante a definição do território e da população, o que implica o mapeamento e a segmentação da população por território. O diagnóstico da situação de saúde da população permite a análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados. O planejamento baseado na realidade local viabiliza a programação de atividades orientada segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades.

A equipe deve ser formada por no mínimo de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e no mínimo cinco agentes comunitários de saúde, sendo responsáveis por em média em 3000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

Através do cadastramento e diagnóstico das características demográficas, epidemiológicas e sociais é possível conhecer as famílias que a equipe esta responsável. As equipes devem estar preparadas para: identificar situações de risco e problemas de saúde mais relevantes da população; prestar uma assistência integral, contínua e racionalizada às demandas espontâneas e programada no domicílio, comunidade possibilitando um acompanhamento nos serviços de referência, hospitalar e ambulatorial; desenvolver ações educativas para enfrentar problemas identificados e elaborar um plano local para solucionar os determinantes do processo saúde-doença juntamente com a comunidade (BRASIL 2000c apud SANTANA, CARMAGNANI, 2001, pg. 39).

Em 28 de março de 2006, foi criada a Portaria nº 648 para reforçar os objetivos do PSF, designando responsabilidades sanitárias, garantindo a população acesso universal de qualidade e resolubilidade aos serviços de saúde. Em um documento de 1997 o MS propõe que o PSF trabalhe com o princípio de vigilância em saúde, como característica a atuação inter e multidisciplinar com responsabilidade integral sobre a população adscrita. Sendo identificado através de visita domiciliar a identificação de componentes familiares; as condições ambientais, de saneamento; moradia e morbidade em que as famílias estão

inseridas. Informando e esclarecendo a oferta de serviços disponibilizados pela unidade além da criação de vínculo promovendo a confiança entre equipe/comunidade (BRASIL 1997 *apud* SANTANA, CARMAGNANI, 2001 p. 41).

Sua expansão ocorreu em 1998, através da implantação do financiamento pelo Piso de Atenção Básica (PAB). Posteriormente foi reforçada em 2001 pelos gestores locais de saúde, negociando em torno do Pacto de Atenção Básica. Antes da implantação do PAB o PSF era implantado em 1334 municípios e após 12 anos cresceu para 5274 municípios. O PAB possibilitou a transferência de recursos calculados em base per capita aos municípios, além de incentivos financeiros vinculados ao número de agentes comunitários de saúde por equipe (SOUSA, HAMANN, 2009).

Na avaliação final de sua implantação o programa foi considerado adequado moderadamente por problemas de acesso, relação inadequada entre o número de famílias e o número de equipes e na integralidade encontrando problemas no serviço de referência. Essas dificuldades prejudicam as atividades de promoção, prevenção e visitas devido à sobrecarga das equipes (CONILL, 2008).

São ainda citados como desafios, o grande número de famílias por equipe; falta de apoio e suporte psicológico para profissionais e usuários; deficiência de atividades de capacitação e treinamento em relação a desenvolver ações de promoção pelos profissionais; além da dificuldade de identificação de necessidades e problemas dos usuários e no encaminhamento para as devidas soluções por parte dos agentes comunitários (VILELLA, et al., 2009).

Em contrapartida, profissionais e gestores relataram que o PSF ampliou o acesso da população aos serviços de saúde, incluindo a classe média ao sistema e implementando o acesso de camadas mais baixas através de ações de territorialização, possibilitando igualdade na efetivação dos serviços, qualificando as práticas de saúde num novo conjunto de valores, sentidos e finalidades (SISSON, 2007).

Outro grande progresso foi a redução da mortalidade em menores de um ano, caindo de 50,9% para 36,1% por 1000 nascidos vivos entre 1989 e 1998, através da priorização no combate às doenças diarreicas, desnutrição e pneumonia (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

Se o atendimento prestado for de alto nível melhorando as condições de vida, prevenindo doenças e hospitalizações desnecessárias, a resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 85% dos problemas de saúde (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

Para que o PSF consiga reorganizar o sistema de saúde e aumentar a inclusão da população aos serviços de saúde é necessário maior disponibilidade de recursos financeiros e a implementação de uma política redistributiva de recursos entre as esferas de governo e a organização da rede local garantindo a universalidade e adequação da oferta às necessidades de diferentes grupos populacionais (SISSON, 2007).

As práticas de saúde devem ser orientadas pelo SUS, fortalecendo o diálogo de forma democrática e permanente com todas as forças sociais, consolidando a política prevista na Constituição Federal (SOUSA, HAMANN, 2009).

Mas toda proposta existem pontos favoráveis e desfavoráveis. Por exemplo, a delimitação do território de abrangência possibilita ações de vigilância epidemiológica, facilitando o diagnóstico situacional, propondo planejamento de acordo com a realidade existente, por outro lado as atividades às famílias adscritas ficam limitadas. È necessário que os gestores locais de saúde e população se sensibilizem para a criação de mais unidades de atenção primária, fortalecendo os serviços de referencia e contra-referência e controle social, para que a ESF se concretize como uma estratégia e implantação do SUS (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

5.2 ALEITAMENTO MATERNO

Com a crescente industrialização mudaram os hábitos alimentares da população mundial atingindo mães e crianças. E no século XX com a introdução do leite em pó no mercado e com as intensas campanhas publicitárias ressaltando a sua praticidade e facilidade diminuiu o incentivo e a prática do aleitamento materno. Atualmente esses fatores existem, exceto o acesso à informação que é bem divulgada. As autoridades e órgãos públicos têm obtido sucesso nas ações devido à promoção do aleitamento materno. O SUS propõe iniciativas em vários níveis de gestão, num esforço de controlar a mortalidade infantil, juntamente com outros órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), reforçando o compromisso das unidades básicas na promoção do aleitamento materno (ANTUNES et. al., 2008).

Em 2001 devido as evidências dos benefícios e superioridade do aleitamento materno a OMS recomendou o aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Continuando a oferta de leite materno até os dois anos de idade. Em 2008, a OMS lançou uma estratégia de aleitamento na atenção básica, revisando o processo de trabalho nas unidades de acordo com princípios da educação permanente em saúde que esta em fase de implantação a Rede Amamenta Brasil. As iniciativas de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno são prioritárias na Política Nacional de Saúde da Criança/aleitamento Materno, devido à redução da mortalidade infantil (PEREIRA et. al, 2010). E essas ações têm apresentado melhorias na saúde da criança e na organização e qualificação dos serviços, facilitando a amamentação.

Apesar dos incentivos a prevalência do aleitamento materno no Brasil esta abaixo do recomendado, uma pesquisa realizada em 2006 apontou que o aleitamento exclusivo é de 38,6% entre menores de seis meses (PEREIRA et al., 2010). E uma segunda pesquisa em 2008 revelou que a prevalência foi de 41%. Essa baixa prevalência mostra que novas abordagens devem ser estudadas, valorizando ações efetivas na promoção e apoio ao aleitamento materno, mas também o contexto em que elas acontecem no processo de trabalho (PEREIRA et al., 2010).

Os benefícios da amamentação exclusiva sob livre demanda do leite materno são indispensáveis para o desenvolvimento e crescimento da criança nos primeiros seis meses de vida. É variável, de acordo com os padrões individuais, as necessidades nutricionais durante o

primeiro ano. Mas é inquestionável que no primeiro semestre o leite materno é essencial e insubstituível para a nutrição infantil (FROTA et al., 2009).

O leite materno é rico em minerais, gorduras, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas, com vantagens nutricionais porque promove o desenvolvimento da criança, influenciando no desempenho escolar. Além de ser econômico e prático, ajuda a combater desnutrição, diarreia e pneumonias (FROTA et al., 2009).

Em um estudo realizado em Porto Alegre e Pelotas, apontou que a crianças com menos de um ano apresentaram um risco de 14,4 vezes maior de morrer por diarreia e 3,6 vezes doença respiratória quando submetidas ao desmame precoce (SILVA et al., 2008).

A amamentação favorece o vínculo entre mãe e bebê compensando a separação abrupta pós-parto, corrigindo possíveis fantasias frustrantes que o parto lhe causa como agressão, abandono e fome. Crianças que recebem leite materno tendem a socializar-se com mais facilidade e serem mais tranquilas durante a infância. E as funções como respiração, sucção e deglutição são desenvolvidas (ANTUNES et al., 2008).

Ela proporciona a obtenção de uma oclusão dentária normal; diminui o hábito de sucção que não é nutritiva como a chupeta; previne a síndrome da respiração bucal e deglutição atípica. E reduz a probabilidade de desenvolver cárie precocemente (SILVA et al., 2008).

Durante a amamentação a criança realiza um exercício físico que desenvolve a musculatura e ossos bucais. Importante para o crescimento de estruturas como o seio maxilar, que ajuda na respiração e fonação, e desenvolvimento do tônus muscular. E como a criança exerce a sucção evita a adoção de substitutos como a chupeta, dedo ou objetos para satisfazer a fome de sucção, envolvendo aspectos emocionais e orgânicos. A mãe é a principal fonte de microorganismo para o estabelecimento da flora digestiva do RN (recém nascido), tanto no parto quanto na amamentação, oferecendo condições nutricionais através do colostro e do leite para sua implantação. E caso essa oferta não ocorra pode formar uma microbiota menos resistente. Esse processo pode ser observado na formação de fezes amolecidas através do crescimento de lactobacilos que contribuem na digestão de lipídeos e fermentação do açúcar pelo intestino, contido do leite materno impedindo assim a ação de outras bactérias (ANTUNES et al., 2008).

O leite materno oferece ferro à criança em alta biodisponibilidade e protege contra infecções, prevenindo anemias. Evita alterações psicológicas e comportamentais como insegurança, fadiga, falta de atenção e prejuízo no desenvolvimento motor, mental e de linguagem. Ele evita também alergias associadas ao contato com o leite de vaca, realizando uma profilaxia da doença. Além de estimular a eliminação de mecônio, pela alta concentração de colostro e leite pelas primeiras fezes, propiciando a eliminação da cor amarelada pela icterícia precoce. E os benefícios do aleitamento estendem até a vida adulta, diminuindo o risco de desenvolver diabetes em pessoas susceptíveis e diminui o risco de desenvolver câncer antes dos quinze anos pela ação imunomoduladora do leite (ANTUNES et al., 2008).

A mulher também se beneficia na prática de amamentar como a redução do peso gestacional mais rapidamente; melhor recuperação dos abalos do parto; proteção contra câncer de mama e através da sucção do mamilo é liberada ocitocina que promove inibição uterina rápida, diminuindo perdas sanguíneas evitando hemorragias e anemia no pós-parto (SILVA et al., 2008).

Durante o puerpério nem sempre a nutriz ingere a quantidade de calorias necessárias para a produção do leite que o bebê ingere. Se a mãe estiver amamentando, o organismo utilizará da reserva acumulada para fabricar o leite. Agora se parar de amamentar ela conserva as calorias, então a puérpera manterá o peso ganho durante a gestação e levará maior tempo para retornar ao peso pré-gestacional (REA, 2004).

Mães relatam que o mau humor e estresse reduzem após as mamadas, devida a liberação da ocitocina pela corrente sanguínea pela amamentação que começa a ser liberada no parto para a promoção da contração uterina, estendida até o ato da amamentação pela estimulação da hipófise. Essa sensação de bem estar deve-se a liberação endógena de beta endorfina no organismo (ANTUNES et al., 2008).

No período em que a mulher amamenta exclusivamente e não menstrua protege a gravidez em 98% nos primeiros seis meses e depois cai para 96%, garantindo um maior espaçamento das gestações, desde que a amamentação seja de livre demanda, e esse método é conhecido como LAM (Método de Amenorréia Lactacional) (ANTUNES et al., 2008).

Outros benefícios para a mãe são: diminuir o risco de artrite reumatóide e esclerose múltipla; reduz em 25% a chance de câncer de ovário; risco reduzido de osteoporose aos 65

anos de idade, além de estabilizar o progresso da endometriose materna (ANTUNES et al., 2008).

O aleitamento materno depende de inúmeros fatores para seu sucesso, que podem influenciar positivamente ou negativamente. Alguns podem ser relacionados com a mãe como: características de sua personalidade e sua atitude em relação ao ato de amamentar, outros referentes à criança como as condições de nascimento e no período pós-parto; fatores circunstanciais como condições de vida e trabalho materno (QUEIROS et al., 2009).

Vários fatores são discutidos na literatura como causas do desmame precoce como: inadequação entre necessidades da mãe e criança, interferência externa de amigos e familiares; falta de experiência materna; acúmulo de tarefas pela amamentação e atividades desempenhadas cotidianamente; isolamento e solidão materna e necessidade de apoio e ajuda para amamentar (ANTUNES et al., 2008).

A produção de leite materno pode diminuir quando o bebê vai diminuindo o apetite através da introdução de alimentos complementares como água, leite artificial ou chá; mamadas pouco frequentes e curtas ocasionando ingurgitamento mamário; alimentação inadequada da mãe com baixa ingestão de líquidos; introdução de mamadeiras ou bicos proporcionando sucção e pega incorretas e despreparo da equipe de saúde em reconhecer sinais de posicionamento e pega inadequados (FROTA et al., 2009).

Durante entrevista no pré-natal os aspectos em que as mães possuem menos conhecimento são: relação entre dieta da mãe e o leite materno; importância do colostro; estímulo da sucção do seio pelo bebê para a produção do leite materno; benefícios da amamentação para a mãe; situações que contra indicam a amamentação. Isso mostra a deficiência no sistema de saúde na universalização das informações de extrema importância. Através de informações sobre os benefícios do aleitamento, quebra de tabus e crenças, ética no marketing, treinamento dos profissionais sobre o risco do desmame precoce podem transformar em estímulo a amamentação, podendo assim alcançar a tão almejada meta da OMS (ANTUNES et al., 2008).

A orientação às mães, incentivando a de amamentar e instruindo quanto a técnica correta e resolução de problemas é indispensável para mudança nos índices de aleitamento materno. É necessário que os profissionais conheçam e percebam os fatores que contribuem para

o desmame precoce, para intervir precocemente e propor soluções, potencializando o desempenho e sucesso da amamentação.

As mães devem ser aconselhadas através de argumentos científicos que o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento das crianças nos primeiros seis meses é o leite materno. Elas necessitam sentir-se fortalecidas para lidar com pressões, desenvolvendo auto estima e autoconfiança para tomar decisões. É necessário que seja respeitando suas crenças, discutindo-se sobre elas, esclarecendo as dúvidas e equívocos. E após o aconselhamento a mulher deve ser respeitada, bem como seus costumes e práticas que ela traz consigo, porque cada mulher possui uma história e experiência e vida (QUEIROS et al., 2009).

Assim o profissional de saúde inserido no SUS, deve atuar num nível central ou distal, através de equipe interdisciplinar, planejando políticas públicas saudáveis. Deve-se articular saberes técnicos e populares, mobilizar recursos público e privados buscando qualidade de vida, e possibilitando as puérperas a responsabilidade da sua saúde e coletividade, promovendo a prática do aleitamento (ANTUNES et al., 2008).

5.3 CAUSAS DO DESMAME PRECOCE

Entre os mamíferos a espécie humana é a única que a amamentação e o desmame não são desencadeados exclusivamente pelo instinto, por isso devem ser aprendidos. Atualmente as mulheres têm pouca habilidade de prosseguir a amamentação, pelo fato das famílias extensivas terem sido substituídas pelas nucleares, diminuindo as mulheres mais experientes, que eram fontes tradicionais de aprendizagem (GIUGLIANI, 2004).

Durante o século XX a duração do aleitamento materno diminuiu devido à falta de políticas governamentais para estimular o aleitamento e às mudanças no hábito da sociedade moderna.

Em 1998, ainda deficiente a Constituição Federal, trouxe mudanças em relação às leis de proteção a gestante e nutriz, que foi um grande avanço na promoção do aleitamento materno (AM). Em 25 anos a média nacional de duração do AM quadruplicou, além de diminuir a morte por doenças respiratórias e diarréicas e desnutrição. A média nacional de aleitamento foi de 10 meses segundo a última pesquisa realizada em 1999 (ALVES et al., 2008).

A duração do aleitamento materno pode ser influenciada por vários fatores de maneira dependente. Sendo eles: escolaridade, idade, trabalho materno, condição socioeconômica, conhecimento e experiência materna e atitude da mãe em relação ao aleitamento, além de crenças e tabus. A introdução de água ou outros líquidos até os seis meses é desnecessário, além de favorecer ao desmame precoce, devido à redução de mamadas, causa a diminuição de volume do leite produzido. A alimentação complementar deve ser apropriada no tempo de introdução, adequada na forma de oferta, apresentação e quantidade, além de ser segura. Através do aprendizado social a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança (BARBOSA et al., 2009).

5.3.1 IDADE MATERNA

As mulheres mais jovens estão relacionadas à menor duração ao AM, motivadas pelo menor poder aquisitivo e nível educacional e por ser solteiras. Em um estudo Norte Americano observou-se que nas adolescentes a produção de leite era menor com alta concentração de sódio nas primeiras seis, oito semanas pós parto, e que o número de mamadas eram menores, utilizando com mais frequências as fórmulas (FALLEIROS et al., 2006).

As mulheres mais velhas têm mais experiência por terem mais filhos, experiência anterior e maior maturidade em relação aos cuidados com a amamentação.

5.3.2 SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Em países em desenvolvimento como o Brasil, mulheres de baixa renda são as que menos procuram o serviço de pré-natal, menor número de consultas e as que iniciaram mais tarde, resultando num índice mais baixo de AM. Em contrapartida países não industrializados as mulheres de baixa renda amamentam mais que as de nível econômico maior (FALLEIROS et al., 2006).

A renda familiar menor ou igual a três salários mínimos apresenta um risco de três vezes maior do que a presença de renda maior para o desmame. A mãe tendo que trabalhar fora para ajudar no orçamento familiar não permite o AM exclusivo por um período maior (BARBOSA et al., 2009).

5.3.3 GRAU DE INSTRUÇÃO E CONDIÇÃO DE TRABALHO

Em São Paulo observou-se um índice de AM de três vezes maior nas mulheres com mais de oito anos de escolaridade. E as mulheres com maior grau de instrução amamentam com mais frequência num período de 24 horas (FALLEIROS et al., 2006).

O nível de escolaridade afeta a motivação para amamentar pela possibilidade de um maior acesso a informações quanto às vantagens da amamentação.

As mães que não trabalham fora de casa têm uma tendência maior ao AM exclusivo. Um estudo no Sul mostrou que mulheres domésticas apresentam uma chance de 30% maior de amamentar exclusivamente (VIEIRA et al., 2004).

O trabalho materno não se torna empecilho quando são respeitadas a licença maternidade, condições no local de trabalho para o aleitamento e o horário de trabalho, sendo o índice de desmame maior quando ultrapassa a jornada de trabalho de 20 horas semanais. Em São Paulo foi observado que em 76 mães funcionárias somente 12% o amamentavam exclusivamente (FALLEIROS et al., 2006).

5.3.4 SITUAÇÃO CONJUGAL

A mãe que não possui companheiro apresenta risco de seis vezes maior de amamentar por menor tempo. Mesmo ele não sendo o pai da criança, é importante na dinâmica e acolhimento do AM, apoiando a mulher e lhe oferecendo carinho e estímulo (BARBOSA et al., 2009).

Foi observado que quando os pais apóiam a amamentação 98,1% das crianças são amamentadas, enquanto quando o pai é indiferente apenas 26,9% são amamentadas (SILVEIRA, LAMOUNIER, 2006).

As atitudes paternas contrárias ao ato de amamentar podem ser desencadeadas pelo fato dele não participar diretamente do ato e ao ciúme pela maior proximidade física e emocional entre mãe e filho. Um estudo constatou que apenas 25% dos pais estavam presentes nas consultas de pré-natal, pelo motivo de ao serem solicitados pelos profissionais e pela impossibilidade de comparecer ao serviço de saúde por compromissos pessoais. Portanto, nos programas de incentivo ao AM devem estar incluídas ações para os futuros pais, contribuindo para a melhoria nos hábitos alimentares dos lactentes (SILVEIRA, LAMOUNIER, 2006).

5.3.5 PROBLEMAS MATERNOS

Segundo PEREIRA et al. (2010) “ter tido experiência com aleitamento por mais de seis meses aumentou em 27% a prevalência de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses”.

Foi constatado que primogênitos eram desmamados mais precocemente, e que o AM se prolongava de acordo com o número de ordem da criança. Estando relacionado que na primeira gestação a mãe é mais insegura, mais jovem, e com menor grau de experiência de vida e instrução. E mulheres que possuem experiência anterior sucedida têm mais facilidade de estabelecer o AM com os outros filhos (FALLEIROS et al., 2006).

A continuidade da amamentação por um período mais longo deve-se às mudanças ocorridas pela maternidade. Os sentimentos de dependência do bebê geram interferência na vida da mulher, causando sentimento de desmotivação, irritação, raiva e nervosismo durante os momentos em que o bebe mais solicita a mãe. O estresse somado a angústia estão relacionados com baixa produção de leite, prejudicando a ação da prolactina e ocitocina, levando ao desmame precoce (RAMOS, ALMEIDA, 2003).

A dieta materna e seu estado nutricional influenciam pouco no conteúdo de carboidratos, proteínas e lipídeos, mas a quantidade de leite pode diminuir se não houver reposição destes nutrientes para a glândula mamária. E as mulheres que acreditam ter uma dieta insuficiente sentem-se incapazes de amamentar e produzir leite. Mas todas as mulheres são capazes de produzir leite na quantidade adequado à criança. Por isso muitas mulheres fazem uso de lactogogos como: sopa de fubá, canjica, canja, metoclopramida e acreditam ser um suporte ao AM, mantendo suas crenças que são transmitidas culturalmente por avós e mães (ICHISATO, SHIMO, 2001).

Muitas mulheres relacionam o choro da criança à fome do bebê, alegando que seu leite é fraco ou que sua produção é insuficiente. Mas não há fundamentação biológica para essa concepção, apesar de ser forte e freqüente (RAMOS, ALMEIDA, 2003).

Quando há insuficiência na produção do leite o bebê chora muito, não fica saciado após as mamadas, não ganha peso adequadamente (menos que 20 gramas por dia) e faz mamadas muito longas, não apresenta diurese por 24 horas e ausência de fezes amarelas no final da primeira semana de vida. A má pega é a principal causa de ejeção insuficiente do leite. O esvaziamento inadequada das mamas pode ser causado por uso de chupetas e protetores mamilares, ingurgitamento mamário ou amamentação em horários pré

determinados. Esses fatores interferem negativamente na produção do leite, porque a criança suga menos levando a complementação com chás, água ou fórmulas infantis (GIUGLIANI, 2004).

Os problemas mamários como ingurgitamento mamário, mastite e recusa do bebê em pegar o seio também estão relacionados ao desmame precoce.

Um estudo realizado em Pelotas-RS, em 1998, mostrou que a duração do AM foi igual entre os nascidos de parto normal e os de cesárea de emergência, mas os RNs que nasceram de cesárea eletiva apresentaram um risco de três vezes mais de interromper o AM no primeiro mês de vida (FALLEIROS et al., 2006).

5.3.6 FATORES RELACIONADOS AO BEBÊ

O risco que uma criança apresenta ao utilizar bico em relação ao AM é de 3,1% vezes em relação as que não usaram chupeta. Embora não ter sido comprovado o efeito causal da chupeta, é elevado o uso desse objeto, causando maior risco de asma, vômito, diarreia, febre, alteração na arcada dentária e parasitoses intestinais, além da criança confundir os bicos durante a sucção (SILVEIRA, LAMOUNIER, 2006). O uso de chupetas deve ser evitado nos primeiros meses de AM para que o desmame não seja induzido.

Segundo VIEIRA et al. (2004):

Os bebês que nasceram com peso inadequado apresentaram maior chance de AM. As crianças de peso inferior a 2000 gramas nunca foram amamentadas, em contraposição a apenas 10% entre as que superaram esse peso, a prematuridade foi a variável que antecedeu o desmame pela maior permanência hospitalar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de possíveis fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente a duração do AM auxilia na elaboração e implementação de ações e práticas para promover e estimular a prática do aleitamento materno, porque hábitos alimentares desde os primeiros meses de vida influenciam significativamente as taxas de mortalidade infantil.

Os profissionais de saúde devem adequar suas ações às condições sócio-demográficas e epidemiológicas, e ao contexto que cada gestante está inserida, respeitando sua história e experiência de vida, proporcionando oportunidades de adquirir habilidades, diminuindo as dificuldades encontradas, despertando nas mulheres o desejo de amamentar, evitando a alimentação complementar precoce.

Portanto foi evidenciado através deste estudo que a decisão de amamentar é complexa e acompanhada de culpa, devido ao modelo de saúde vigente que responsabiliza a mãe pela saúde do filho. É preciso que a mulher receba apoio não somente do setor saúde, mas também do núcleo familiar, inclusive do parceiro, e aparelhos sociais que apóiam a maternidade, para que o ato de amamentar seja prazeroso e não ao contrário.

Enfim, a abordagem do AM deve ser holística e eficiente, em que as orientações e informações sejam feitas de forma contínua e permanente, durante pré-natal e puerpério, para que a mulher se sinta acolhida e segura para superar os obstáculos ao aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ALVES, Claudia Regina Lindgren; GOULART, Eugênio Marcos Andrade; COLOSIMO, Enrico Antônio; GOULART, Lucia Maria Horta Figueiredo. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, jun, 2008. Disponível em www.bireme.com.br. Acesso em 14 de fevereiro de 2011.

ANTUNES, Leonardo dos Santos; ANTUNES, Livia Azevedo Alves; CORVINO, Marcos Paulo Fonseca; MAIA, Lucianne Cople. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev, 2008. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 15 de março de 2011.

BARBOSA, Marina Borelli, PALMA, Domingos; DOMENE, Semíramis Martins A; TADDEI, Jose Augusto A C.; LOPEZ, Fabio Ancona. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 27, n. 3, set,2009 . Disponível em www.scielo.br acessos em 05 de maio de 2011.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção Básica à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, sup.3, p.3569-3578, 2010. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 12 de março de 2011.

BOTTI, Maria Luciana; SCOCHI, Maria José. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, abr. 2006 .Disponível em www.scielo.br. Acesso em 15 março de 2011.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros

urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 15 de março de 2011.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento Materno: fatores de influencia na sua decisão e duração. **Revista. Nutrição**, v.19, n. 5. Set/Out, 2006. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em 05 de abril de 2010.

FARIA, H. de. et al. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos. In: FARIA, H. de. et al. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Belo horizonte: **Editora UFMG; NESCON/UFMG**, 2008.

FROTA, M.A; Fabiane, L; SIMONE Dantas. Fatores que Interferem no Aleitamento Materno. **Rev. RENE**, v.10, n.3, p.61-67. Jul-set, 2009. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em 03 de abril de 2010.

GIUGLIANI, Elsa. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v.80. n.5, 2004. Disponível em www.bireme.com.br. Acesso em 03 de fevereiro de 2011.

GOTTEMS, Leila Bernardo Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, jun, 2009. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 15 de março de 2011.

IGHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Aleitamento Materno e as Crenças Alimentares. **REV.Latino-am**, v.9, n.5, p.70-6. set-out, 2001. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 05 de fevereiro de 2011.

PEREIRA, Rosane Siqueira Vasconcellos; OLIVEIRA, Maria Ines Couto; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares; BRITO, Alexandre dos Santos. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, dez.2010. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 05 de maio 2011.

QUEIROS, Pollyana de Siqueira ; OLIVEIRA, Lorhany Rodrigues Batista de; MARTINS, Cleusa Alves. Elementos que interferem na Amamentação exclusiva: Percepção de Nutrizes. **Revista de Saúde Pública**, v.XIII, n.2, p.6-14, 2009. Disponível em www.lillacs.com.br. Acesso em 05 de abril de 2010.

RAMOS, Carmem V; ALMEIDA, Joao A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.5, 2003. Disponível em bireme.com.br. Acesso em 19 de abril de 2011.

REA, Marina F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, nov. 2004. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 15 de março de 2011.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa saúde da família no brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saude soc.**, São Paulo, v. 10, n. 1, jul. 2001. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 15 março de 2011.

SILVA, Daniel Demétrio Faustino; LIMA, Daniela Lopes; ROSITO, Daniela Benites; RIBERO, Stella Maria Feyh; FIGUEIREDO, Márcia Caçado. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno_ um estudo qualitativo. **RFO**, v.13, n.2, p.7-11.maio/agosto, 2008. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em 02 de abril de 2010.

SISSON, Maristela Chitto. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, dez, 2007. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 15 março de 2011.

SILVEIRA, Francisco José Ferreira da; LAMOUNIER, Joel Alves. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan, 2006. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 06 de março de 2011.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, p.1325-1335. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em www.scielo. Acesso em 05 de maio 2011.

VIEIRA, Graciete Oliveira; ALMEIDA, Joao Aprígio Guerra; SILVA, Luciana Rodrigues; CABRAL, Vilma Alves; NETTO, Pedro Vieira Santana. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil**. Recife, v. 4, n. 2, jun 2004. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 05 de março de 2011.

VILLELA, Wilza Vieira; ARAUJO, Eliane Cardoso de; RIBEIRO, Sandra Aparecida; CUGINOTTI, Aloisio Punhagui; HAYANA, Eliana Tiemi; BRITO, Francisco Carlos de; et al . Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, jun. 2009. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 25 de abril de 2011.