

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

**REVISÃO LITERÁRIA SOBRE FATORES DE RISCO PARA O DESMAME NOS
PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA**

LÍVIA DE CÁSSIA GUEDES

Araçuaí – MG

2012

LÍVIA DE CÁSSIA GUEDES

**REVISÃO LITERÁRIA SOBRE FATORES DE RISCO PARA O DESMAME NOS
PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Araçuaí – MG

2012

LÍVIA DE CÁSSIA GUEDES

**REVISÃO LITERÁRIA SOBRE FATORES DE RISCO PARA O DESMAME NOS
PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Belo Horizonte, 26/05/2012

DEDICATÓRIA

A minha amada filha Nara, razão de minha vida e inspiração que me dá forças para superar os obstáculos e sempre seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar presente em todos os momentos de minha vida

Ao meu marido pelo apoio nas horas difíceis e compreensão de minha ausência

A minha mãe pelo apoio familiar prestado quando eu precisava me ausentar

Aos colegas de trabalho que me apoiavam nos momentos de desânimo e cansaço

A minha tutora pelo incentivo e ajuda no decorrer do curso

A minha orientadora pela atenção e auxílio na elaboração do trabalho

A todos que participaram direta ou indiretamente dessa minha trajetória e possibilitaram o alcance de mais uma vitória.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff

RESUMO

O aleitamento materno é comprovadamente o alimento ideal para a criança, especialmente nos primeiros seis meses de vida, não sendo necessário nesse período complementá-lo. Os benefícios oferecidos pelo aleitamento materno são vários e comprovam sua superioridade em relação aos outros tipos de leite. Esses benefícios são bem aproveitados com o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida da criança. Foi realizada uma revisão literária com os objetivos de avaliar a importância do AME e fatores que exercem influência nessa prática, fornecendo assim, subsídios aos profissionais de saúde, para atuarem adequadamente nas inúmeras situações que podem servir de obstáculo à amamentação exclusiva. A revisão mostrou que apesar de todas as vantagens do leite materno sobre outros tipos de leite, os índices de sua utilização, na forma exclusiva ou não, se mostram aquém da recomendação do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), tornando-se um problema de saúde pública. A existência de vários fatores de risco contribui para tal fato. Nesta revisão foram constatados os seguintes: uso de chupeta e mamadeira, crença do leite fraco ou pouco leite, problemas nas mamas como fissuras e ingurgitamento, introdução precoce de outros tipos de leite e outros líquidos na alimentação da criança, convivência da mãe com marido/parceiro, avó, parentes e amigos, trabalho das mães, idade e escolaridade materna, condição econômica, tipo de parto, amamentação nas primeiras horas de vida, experiência prévia em amamentar, vaidade, ausência de informação no pré-natal, motivação interna de cada mulher. Constatou-se que a amamentação é um processo complexo, o qual envolve não apenas aspectos biológicos, mas também, sociais, econômicos, históricos e culturais. Assim, para atender à recomendação do MS e OMS é necessário o envolvimento multiprofissional para intervir nos fatores que estão dificultando o AME e/ou aleitamento materno (AM). Ressalta-se que as realidades de cada população são diferentes, logo os fatores que as afetam também podem variar. É preciso, portanto, investigação das variáveis que exercem influência naquela população, de modo que as intervenções sejam voltadas à realidade específica, alcançando resultados mais eficazes.

Palavras chave: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno e desmame precoce

ABSTRACT

Breastfeeding is proven to be the ideal food for children, especially in the first six months of life, this period is not necessary to complement it. The benefits offered by breastfeeding are many and prove its superiority over other types of milk. These benefits are well used with exclusive breastfeeding (EBF) in the first six months of a child's life. We reviewed literature with the aim of assessing the importance of exclusive breastfeeding and factors that influence this practice and thus provide subsidies for health professionals to act appropriately in different situations that may serve as a barrier to exclusive breastfeeding. The review showed that despite all advantages of breastfeeding over other types of milk, the rates of its use, either exclusively or not, are shown below the recommendation of the Ministry of Health (MOH) and the World Health Organization (WHO), becoming a public health problem. The existence of multiple risk factors contribute to this fact. In this review the following were observed: use of a pacifier and bottle, milk belief weak or little milk, breast problems such as cracks and engorgement, early introduction of other types of milk and other liquids in the diet of the child, the mother living with husband / partner, grandmother, relatives and friends, working mothers, maternal age and education, economic status, type of delivery, breastfeeding in the first hours of life, previous experience in nursing, vanity, lack of information on prenatal care, internal motivation of each woman. It was found that breastfeeding is a complex process, which involves not only biological but also social, economic, historical and cultural. So to meet the recommendation of the MS and WHO, involvement is required to intervene in multidisciplinary factors that are hindering the EBF and / or breastfeeding (BF). It is noteworthy that the realities of each population are different, therefore the factors that affect them may also vary. It is therefore necessary to investigate the variables that influence that population so that interventions are targeted to the specific reality, achieving more effective results.

Keywords: exclusive breastfeeding, breastfeeding, early weaning.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. REVISÃO LITERÁRIA.....	14
4.1. PRODUÇÃO DO LEITE MATERNO.....	14
4.2. COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO.....	15
4.3. DEFINIÇÕES DE ALEITAMENTO MATERNO.....	17
4.4. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO.....	18
4.5. PERCURSO HISTÓRICO DA AMAMENTAÇÃO	20
4.6. POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO	222
4.7. PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	24
4.8. FATORES PROTETORES DA AMAMENTAÇÃO E FATORES DE RISCO PARA INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	266
4.9. CONSEQUÊNCIAS DA INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E/OU DESMAME PRECOCE	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

A amamentação ao seio é uma prática de baixo custo e constitui uma perfeita fonte de nutrientes e fatores de defesa para a criança. Auxilia no seu crescimento e desenvolvimento, promovendo a saúde e prevenindo agravos. Além de oferecer vários benefícios à criança, mãe e família (ALVES *et al.*, 2005).

A prática do aleitamento materno exclusivo (AME) reduz os gastos familiares despendidos com a aquisição de alimentos (ARAÚJO *et al.*, 2004). Porém, apesar dessa superioridade comprovada do leite materno e dos esforços despendidos por vários órgãos governamentais para manter as taxas preconizadas de aleitamento materno (AM) no Brasil, estas, principalmente as de aleitamento exclusivo, estão bastante aquém do recomendado (BRASIL, 2009a).

No levantamento intitulado “II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF)”, verificou-se bastante heterogeneidade entre as regiões. Considerando o conjunto das capitais e DF, a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41,0%, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e do AM de 341,6 dias (11,2 meses), comprovando índices aquém do recomendado pelo Ministério da Saúde (MS). O ideal preconizado seria AM por dois anos ou mais, sendo que nos primeiros seis meses de vida ele deve ser mantido de forma exclusiva (BRASIL, 2009b).

Vários fatores influenciam a prática do AM. Sonogo *et al.* (2004) colocam que não basta o desejo da mulher de amamentar, pois a amamentação seria um ato passado de geração a geração de acordo com os costumes da época.

Segundo Araujo e Almeida (2007) a prática do AM é influenciada por questões biológicas, históricas, sociais e culturais. Outros autores corroboram essa afirmação, considerando que a cultura, crenças, tabus, costumes (ICHISATO; SHIMO, 2001) e fatores econômicos (TEIXEIRA *et al.*, 2006) influenciam a prática da amamentação.

A escolha desse tema se deu primeiramente pelo fato do baixo índice de aleitamento exclusivo encontrado na área de abrangência da equipe de saúde da família em que

trabalho. E em razão dessa situação representar uma grande perda de vários benefícios para a saúde infantil e materna, além de contribuir para encarecer o sistema de saúde devido aos gastos para tratar agravos que poderiam ser evitados e/ou minimizados pelo AM. Dessa forma, o conhecimento dos fatores que favorecem a interrupção precoce do AME poderá contribuir para os profissionais da equipe de saúde realizar intervenções mais adequadas, atuando com a finalidade de aumentar o número de crianças mantidas em aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida, tornando a abordagem desse tema bastante relevante.

2. OBJETIVOS

Aprofundar o conhecimento acerca da importância do aleitamento exclusivo e identificar os fatores que dificultam a manutenção do mesmo até o sexto mês de vida da criança.

3. METODOLOGIA

Foi realizada revisão bibliográfica narrativa utilizando a Biblioteca Virtual de Saúde na base de dados Scielo, com os descritores: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno e desmame precoce. Também foram consultadas revistas científicas, manuais e protocolos do Ministério da Saúde, módulo do CEABSF, dentre outros. Buscou-se a análise e compreensão das variáveis que possam interferir no processo da amamentação, bem como sua importância.

4. REVISÃO LITERÁRIA

A amamentação promove a saúde e previne agravos tanto para a criança, quanto para a mãe e família (ALVES *et al.*, 2005). Apesar do conhecimento de seus benefícios, a sua prática ainda é objeto de preocupação em saúde pública, visto que o baixo índice de aleitamento envolve maior risco de agravos à saúde infantil e consequente elevação de sua morbidade e mortalidade (MONTEIRO *et al.*, 2011).

Para compreender a amamentação em sua totalidade, é necessário não apenas o conhecimento de seus benefícios, mas também investigar os fatores envolvidos na sua prática, avaliando desde o início da formação do leite até as consequências de sua interrupção precoce, o qual contraria as recomendações do Ministério da Saúde (MS), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de outros órgãos empenhados na promoção da saúde da criança.

4.1. Produção do leite materno

As mulheres adultas possuem, em cada mama, entre 15 e 25 glândulas túbulo-alveolares, cada uma possui 20 a 40 lóbulos, com 10 a 100 alvéolos, nos quais o leite é produzido (BRASIL, 2009a).

As fases da produção do leite (BRASIL, 2009a) são:

- Lactogênese fase I: Fase de preparação da mama durante a gravidez para amamentação. Ocorre pela ação de vários hormônios, principalmente pelo estrogênio, o qual atua na ramificação dos ductos lactíferos, e pelo progesterônio, atuante na formação dos lóbulos.
- Lactogênese fase II: Fase de secreção do leite. Ocorre com o nascimento da criança e a expulsão da placenta. Há um declínio nos níveis sanguíneos maternos de progesterônio, liberação de prolactina pela hipófise anterior e secreção do leite. Durante a sucção ocorre ainda a liberação de hormônio ocitocina que age expulsando o leite contido nos alvéolos. Até o terceiro ou quarto dia pós-parto costuma ocorrer a “descida do leite” independente se a criança sugar ou não o seio.

- Lactogênese fase III (galactopoiese): Inicia após a “descida do leite” e se mantém por toda a lactação. Está na dependência principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama. A retirada contínua do leite assegura a reposição total do leite removido, ao passo que se o leite não é retirado da mama, pode haver redução na sua produção.

Portanto, se seguidas, as técnicas corretas de pega, amamentação e/ou ordenha, de forma a garantir que o leite seja retirado da mama para continuar sua produção, a mãe produzirá leite suficiente para amamentar o filho. Abre-se exceção em raros casos de hipogalactia (ARAGAKI *et al*, 2006).

Segundo Del Ciampo (2008), a nutriz produz nos três primeiros dias, de 90 a 270ml de colostro por dia, no fim da primeira semana pode alcançar 420ml/dia. No final do primeiro mês aproximadamente 600ml de leite são produzidos diariamente e, no sexto mês, aproximadamente 700 a 850ml/dia.

4.2. Composição do leite materno

O leite materno é um alimento completo para a criança até seis meses de idade, fornecendo todos os nutrientes necessários a ela, água, fatores de defesa e afeto, além de ser livre de impurezas, ou seja, é totalmente adaptado ao seu metabolismo e essencial para sua saúde (BRASIL, 2002).

Segundo a OMS (1997) e vários estudos analisados por ela, a composição do leite materno é a seguinte:

O colostro é o primeiro leite que é secretado por alguns dias após o nascimento. Possui aspecto viscoso, cor amarela, alta densidade e pequeno volume. Porém com alta concentração de imunoglobulinas e vários outros fatores de proteção. O leite maduro evolui do colostro entre três e 14 dias após o nascimento.

O leite materno contém:

- Proteína: média de 1,15g/100ml (no primeiro mês chega a 1,3g/100ml). A baixa concentração de proteínas no leite materno é apropriada para o crescimento normal dos bebês e para seus rins imaturos.

- Gorduras: de quatro a 4,5g/100ml quinze dias após o parto (2g/100ml no colostro). A concentração de gordura no leite final, em algumas mulheres é de quatro a cinco vezes maior do que no leite inicial. Acredita-se que a alta concentração de gordura no leite final controla o apetite.

- Lactose: é o principal carboidrato do leite humano. Mas há também galactose, frutose e outros oligossacarídeos em menores quantidades. O leite humano é o leite que apresenta a maior concentração desse carboidrato, em média 7% no leite maduro e 4% no colostro. Fornece aproximadamente 40% das necessidades energéticas, auxilia no desenvolvimento do sistema nervoso central, na absorção de cálcio e ferro, entre outras funções.

- Vitaminas: a concentração de vitaminas no leite humano é quase sempre apropriada às necessidades dos bebês, porém pode variar com a ingestão materna.

- Vitamina A - a quantidade no colostro é o dobro da quantidade encontrada no leite maduro. Geralmente apresenta maior concentração no leite humano do que no de vaca.
- Vitamina K - apresenta no puerpério imediato, maior concentração no colostro e leite inicial do que no final. Essa vitamina diminui o risco de doença hemorrágica.
- Vitamina E - a quantidade geralmente é adequada às necessidades dos bebês, exceto se a mãe estiver consumindo excesso de gordura poliinsaturada sem aumentar a ingestão de vitamina E.
- Vitamina D - sua concentração é baixa, média de 0,15µg/100ml, depois descobriram-se concentrações de até 0,88µg/100ml de vitamina D hidrossolúvel na fase aquosa do leite. A exposição da pele à luz solar é suficiente para que quantidade adequada dessa vitamina seja produzida.
- Vitaminas do complexo B: as vitaminas hidrossolúveis como as do complexo B, dependem da alimentação materna, mas geralmente a concentração no leite das mães bem nutridas é suficiente. A concentração da vitamina B12 no leite humano é muito baixa, porém sua biodisponibilidade é alta. A concentração de niacina, ácido fólico e ácido ascórbico é geralmente maior do que no leite de vaca.

- Minerais: em relação aos substitutos a concentração dos minerais é menor no leite materno, porém são mais apropriados às necessidades nutricionais e capacidades

metabólicas dos bebês. Às vezes a biodisponibilidade compensa a concentração, um exemplo disso é o ferro: quase 70% do ferro do leite materno são absorvidos, ao passo que a absorção desse mineral do leite de vaca é apenas 30% e dos substitutos do leite materno é de 10%.

- Oligoelementos: geralmente apresentam-se em quantidades suficientes, com pouco risco de deficiência ou de excesso.
- Outras substâncias: há várias outras substâncias no leite materno, como hormônios, enzimas, entre outras. Cada uma com função específica para a criança.
- Componentes Imunológicos: Os fatores de proteção do leite materno estão entre componentes solúveis e celulares:
 - Componentes solúveis: imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG), lisozimas e outras enzimas, lactoferrina, fator *bífidus*, e outras substâncias imunoreguladoras.
 - Componentes celulares: macrófagos, linfócitos, granulócitos neutrófilos e células epiteliais.

A concentração dos componentes imunológicos é muito alta no colostro e reduz no leite maduro. Porém, essa diferença de concentração é compensada pelo volume maior de leite maduro que é produzido (OMS, 1997).

4.3. Definições de aleitamento materno

A OMS adota as seguintes definições para AM (BRASIL, 2009a, p. 12):

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A OMS preconiza o AME até os seis meses de idade, e a partir dessa idade introduzir alimentos complementares, dando continuidade ao AM até os dois anos ou mais (WHO 2001, *apud* BRASIL, 2002). No Brasil o MS recomenda o que é preconizado pela OMS.

4.4. Benefícios do aleitamento materno

O leite materno é, sem dúvida, o alimento perfeito para a criança, principalmente até o sexto mês de vida, visto que são vários os seus benefícios oferecidos. Além de aspectos nutricionais, envolve aquisição de imunidade e formação de vínculo afetivo entre mãe e filho (ALVES; MOULIN, 2008). São proporcionados não apenas à criança, mas também, à mãe, família e sociedade (ALVES *et al.*, 2005). Dentre seus vários efeitos positivos pode-se citar:

- Redução da mortalidade infantil. Jones *et al.* (2003) *apud* Brasil (2009b), estimam que 13% das mortes por causas preveníveis em crianças com idade menor de cinco anos no mundo, poderiam ser evitadas pelo AM. Sendo este considerado a ação que melhor previne mortes infantis (BRASIL, 2009b);
- Proteção contra diarreia e sua gravidade. Vale ressaltar que essa proteção é maior quando o aleitamento é exclusivo (BRASIL, 2011);
- Proteção contra a ocorrência e a gravidade de infecções respiratórias, sendo que a proteção também se mostra mais elevada com o AME (BRASIL, 2009b).
- Redução do número de hospitalizações. Diminui a ocorrência e gravidade das doenças (ALVES *et al.*, 2005);
- Redução do risco de alergias. Segundo Van Odijk *et al.* (2003) *apud* Brasil (2011), o AME mantido nos primeiros meses de vida reduz o risco de manifestações alérgicas à proteína do leite de vaca, dermatite atópica e outros tipos de alergias;
- Redução do risco de hipertensão e hipercolesterolemia. Pessoas que foram amamentadas na infância apresentam pressão arterial e níveis de colesterol total mais baixo (HORTA *et al.*, 2007 *apud* BRASIL 201);
- Redução do risco de Diabetes. O risco de apresentar diabetes tipo II é 37% menor em pessoas que foram amamentadas (HORTA *et al.*, 2007 *apud*

- BRASIL 2009b). A ingestão precoce de leite de vaca pode aumentar em 50% o risco de Diabetes Mellitus tipo I (BRASIL, 2009b). Destaca-se que a proteção do leite materno contra diabetes não é só para a criança amamentada, mas também para a mulher que amamenta (BRASIL, 2009b);
- Proteção contra obesidade. Em estudo realizado pela OMS os indivíduos amamentados apresentaram chance 22% menor de vir a ter sobrepeso ou ser obeso (DEWEY, 2003 *apud* BRASIL 2009b);
 - Promove o crescimento. O leite materno contém todos os nutrientes indispensáveis para o crescimento saudável da criança (BRASIL 2011);
 - Contribuição no desenvolvimento da inteligência. Quando se compara a função cognitiva de crianças não amamentadas com as amamentadas, estas últimas apresentam vantagem em relação às primeiras (BRASIL, 2009b);
 - Proteção contra problemas na cavidade bucal como oclusão dentária, respiração bucal e distúrbios dos órgãos envolvidos na fala (ALVES *et al.*, 2005). Essa proteção é conferida através do adequado desenvolvimento da cavidade oral, estimulada pelo exercício que a criança faz para retirar o leite da mama da mãe (BRASIL 2011);
 - Prevenção de doenças como enterecolite necrotizante; retocolite ulcerativa e Doença de Crohn. A OMS, O UNICEF e vários estudos salientam a importância do AME para proteção eficaz dessas doenças (ALMROTH *et al.*, 2000 *apud* VIEIRA *et al.*, 2003);
 - Redução da ocorrência de doença celíaca, doenças auto-imunes e linfoma (ALVES *et al.*, 2005);
 - Proteção da mãe contra câncer de ovário e contra o câncer de mama pré-menopausa (ALVES *et al.*, 2005);
 - Estimula a involução uterina; reduz o risco de hemorragia e anemia pós-parto; (Organização Pan-Americana da Saúde, 2006 *apud* Ramos *et al.*, 2008);
 - Auxilia no retorno ao peso pré-gestacional com a amamentação exclusiva (ALVES *et al.*, 2005);
 - Favorece a formação do vínculo entre mãe e filho. O contato íntimo e contínuo entre mãe e filho favorece a troca de afeto fortalecendo seus laços afetivos (BRASIL, 2009b);

- Economia. A amamentação economiza gastos com a compra de leite, mamadeiras, bicos, combustível para aquecer o leite e com tratamento de algumas doenças, que geralmente são menos frequentes em crianças que são amamentadas (BRASIL 2011);
- Benefícios para toda a sociedade. A amamentação da criança favorece todos à sua volta, pois quando a criança é amamentada, ela adocece menos, reduzindo assim a necessidade de assistência médica, medicações, internações e do absenteísmo dos pais ao trabalho, e se torna mais saudável não só no aspecto físico, mas também psíquico e social (ALVES *et al.*, 2005).

No entanto, é relevante destacar que a proteção contra doenças conferida pelo AM, embora possa ultrapassar os seis meses de vida da criança, se faz mais notória nesse período com o AME e a interrupção dessa forma de aleitamento, pode acarretar diminuição da proteção (BRASIL, 2002).

4.5. Percurso histórico da amamentação

A amamentação vem sofrendo flutuações em sua prática ao longo da história em várias sociedades (BOSI; MACHADO, 2005).

Cerca de 1800 a. C já havia um código que mencionava as amas de leite, regulamentando sobre a prática do desmame - Código de Hammurabi (BOSI; MACHADO, 2005).

Em estudos analisados por Ichisato e Shimo (2002) constam que no ano 4.000 a.C. diferentes tipos de mamadeiras já eram conhecidos na Grécia e na Itália.

No século XVI, as mulheres amamentavam os seus filhos. Porém no início do século XVII (antes de 1760), as crianças eram consideradas como algo ruim, que atrapalhava suas vidas. Assim não era incomum o abandono das crianças, a indiferença e a utilização de amas de leite para amamentá-las (BADINTER 1985 *apud* ICHISATO; SHIMO, 2002).

Segundo Ichisato e Shimo (2002), as índias que habitavam o litoral do Brasil nos séculos XVI e XVII, praticavam a amamentação sob livre demanda. Porém, com a chegada dos europeus, muitos hábitos dos nativos sofreram modificações, inclusive o AM.

Badinter (1985) *apud* Ichisato e Shimo (2002), relatam ainda que a França foi o primeiro país da Europa a entregar os seus filhos para serem amamentados por amas de leite. Sendo que no século XVII essa prática se espalhou, levando a altos índices de mortalidade infantil nesse país. Nessa época as mulheres não amamentavam por se preocuparem com seus corpos, com sua imagem corporal e achavam que era um ato não nobre.

Da mesma forma, as mulheres inglesas, nos anos de 1500 a 1700, não amamentavam seus filhos, por acreditar que a amamentação degradaria seus corpos, iniciando assim o desmame precoce (LAWRENCE, 1994 *apud* BOSI; MACHADO, 2005).

Percebe-se que nessa época preocupavam-se mais com a aparência da mulher do que com a saúde da criança. A mulher que amamentava não era bem vista e o relacionamento sexual não era bem aceito por acreditarem que o esperma alterava o leite da mãe e fazia mal à criança (BADINTER, 1985 *apud* ICHISATO; SHIMO, 2002).

De acordo com Bosi e Machado (2005), o envio das crianças para as amas de leite no século XVIII, antes utilizado apenas pela nobreza, se expande por todas as camadas da sociedade urbana, com consequente aumento da mortalidade infantil, relacionada às doenças obtidas através das amas. Nesse século e no anterior, as pessoas no Brasil aceitavam como fato trivial a morte de crianças, por acreditarem que as mesmas eram transformadas em anjos, assim a taxa de mortalidade infantil em menores de um ano de idade chegava a 20 a 30% (PRIORE, 1997; COSTA, 1983 *apud* BOSI; MACHADO, 2005).

Na Alemanha, em 1838, o leite de vaca era mais valorizado do que o leite humano por ser mais rico em proteína (ICHISATO; SHIMO, 2002).

Até o fim do século XIX, o sistema de amas de leite se manteve. A partir daí o aleitamento artificial, com leite de vaca em mamadeira veio substituir as amas (LAWRENCE, 1994 *apud* BOSI; MACHADO, 2005).

Bosi e Machado (2005) avaliando vários estudos verificam que houve grande quantidade de pesquisas em busca de um produto que substituísse o leite materno e propagandas que divulgavam esses produtos sem, no entanto, orientar sobre os riscos de contaminação. O leite em pó e outros produtos se destacaram com esta finalidade. No início dos anos 50 os médicos passam a prescrever esses produtos sem distinção e as mães se viam entre amamentar ao seio ou oferecer mamadeira. Houve em vários países, inclusive no Brasil, uma queda do AM.

Além disso, nos hospitais os recém-nascidos eram deixados em berçários distante das mães, os horários de aleitamento eram fixos, dificultando a amamentação. E era comum no momento da alta a doação pelos hospitais de latas de leite artificial às mães (MARTINS, 1987 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2010). E como se sabe essas são práticas que desestimulavam ainda mais o AM. Segundo Oliveira *et al.* (2010) os níveis de mortalidade infantil foram cada vez mais se elevando.

Diante dessa situação surgem debates e propostas de incentivo ao AM. Uma das primeiras na década de 80 foi a promulgação do Código de Substitutos de Leite Humano pela Assembléia Mundial de Saúde, que regulava a propaganda e proibia a doação de leite artificial a serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2010). Hoje há várias estratégias/instrumentos de incentivo à amamentação.

4.6. Políticas de proteção ao aleitamento materno

A OMS e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF), a partir da década de 80 direcionam-se para a mobilização mundial para a promoção e proteção do AM (BERNARDI *et al.*, 2005). Ações de grande importância, tendo em vista as baixas taxas de AM e os vários benefícios que o mesmo proporciona à criança, mãe, família

e sociedade. No decorrer dos anos surgiram vários instrumentos de apoio à amamentação:

- Código internacional de substitutos de leite humano: dispõe principalmente sobre a regulamentação da propaganda de substitutos do leite materno e proibição da doação de leite artificial a serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2010).
- Programa Nacional de Incentivo ao aleitamento Materno (PINAM): Como o próprio nome refere, desenvolve ações de incentivo ao AM (ALVES; MOULIN, 2008).
- Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de 1ª infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL): estabelece regras para a promoção comercial e rótulos de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos de idade, para que o uso dos mesmos não acarrete interferência na prática do AM (BRASIL, 2011).
- Alojamento conjunto em hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares. Possibilita que o recém-nascido permaneça ao lado da mãe, 24 horas por dia em um mesmo ambiente. É um direito garantido pelo estatuto da criança e adolescente no capítulo I, Art. 10º, inciso V. (UNICEF, 2006).
- Iniciativa Hospital amigo da Criança (IHAC) - Criado em 1991/92 pela OMS e UNICEF, para promover, proteger e apoiar o AM. Foram estabelecidos os Dez passos para o sucesso do AM (UNICEF; OMS, 2008 p.11):

Toda e qualquer unidade que preste serviços de maternidade e cuidado neonatal deve:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.

8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.

9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

- Informações à população sobre a importância da amamentação divulgada por diferentes meios de comunicação (ALVES; MOULIN, 2008).
- Licença maternidade: A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo 7º, inciso XVIII garante à empregada gestante licença de 120 dias, sem perda do emprego e da remuneração. Foi criado pela Lei Federal nº. 11.770, de 09 de setembro de 2008, o Programa Empresa Cidadã, que propõem aumentar o tempo da licença maternidade para 180 dias, por meio de incentivo fiscal às empresas (BRASIL, 2009a).
- Licença paternidade: O Artigo 7º, inciso XIX da CF garante ao empregado, licença de cinco dias, a partir do dia do nascimento do filho (ALVES *et al.*, 2005)
- Segurança do emprego: O emprego é garantido à gestante até cinco meses após o nascimento do bebê, pelo artigo 10, inciso II do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – CF (ALVES *et al.*, 2005).
- Pausas para amamentar – Na consolidação das Leis do Trabalho (CLT), artigo 396, parágrafo único, consta que a mulher terá direito a dois intervalos, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para amamentar o próprio filho, até os seis meses de idade da criança (BRASIL, 2009a).
- Direito à creche: Toda empresa que empregue mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deve garantir acesso à creche para os filhos das funcionárias conforme refere a CLT no seu artigo 389, parágrafos 1º e 2º (BRASIL, 2009a).

4.7. Prevalência do aleitamento materno

Apesar das recomendações da OMS e MS para manter o AME até o sexto mês e AM de forma complementar até os dois anos ou mais, várias pesquisas demonstram que essas recomendações não são seguidas.

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 2006 a prevalência do AME em menores de seis meses de idade foi de 38,6% (SEGALL-CORREA *et al.*, 2009 *apud* BRASIL, 2009b).

Já na segunda pesquisa sobre a prevalência do AM realizada em 2008 nas capitais brasileiras e DF, a prevalência do AME nessa mesma faixa etária foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras (BRASIL, 2009b). Valor pouco superior ao encontrado na pesquisa de 2006, mostrando que o índice de AME vem aumentando gradativamente, porém muito lentamente e de forma insatisfatória.

Essa pesquisa mostrou que a maior prevalência desse tipo de aleitamento apresentou-se na região norte (45,9%) e a região nordeste com 37% apresentou a pior situação (BRASIL, 2009b).

Em pesquisa realizada em Cuiabá (MT) em 2004 com crianças menores de um ano, a prevalência do AM foi de 74% (FRANÇA *et al.*, 2007).

Em 2008, outra pesquisa, porém com crianças menores de seis meses, obteve valor semelhante 77%, (ARANTES *et al.*, 2011).

Já na pesquisa realizada em Itaúna (MG) a prevalência do AM aos 12 meses foi bem inferior 33,7% (CHAVES *et al.*, 2007), contrariando a recomendação da OMS, que orienta aleitamento materno até dois anos ou mais. Assim também se mostra inferior à recomendação, a prevalência do AM em crianças de nove a 12 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF correspondendo a 58,7% (BRASIL, 2009b).

A maioria das mulheres inicia a amamentação de seus filhos (mais de 90%), porém as taxas de AM vão decaindo a partir dos primeiros meses de vida (BRASIL, 2002). O AME não foge a essa situação, vários estudos mostram que as taxas estão abaixo do recomendado e decrescem com o aumento da idade.

Em estudo realizado por Bernardi *et al.* (2009), a prevalência do AME em crianças com um mês de idade era de 66,2% e caiu abruptamente para 2,3% aos seis meses. Resultado semelhante obteve-se no estudo de Chaves *et al.* (2007), com 62,6% no

primeiro mês, 19,5% no quarto mês e 5,3% no sexto mês. Já em Guarapuava (Paraná) a prevalência encontrada foi de 74,9% no primeiro mês, 31,2% no quarto mês e 12,9% no sexto mês (BRECAILO *et al.*, 2010). Comparados aos dois estudos citados anteriormente a prevalência do AME em Guarapuava foi maior, porém ainda está bem aquém do preconizado pelo MS.

Não se comportou muito diferente, quando se avaliou a probabilidade de crianças estarem em AME no conjunto das capitais brasileiras e DF na pesquisa realizada em 2008: com 30 dias a probabilidade seria de 60,7%, aos quatro meses 23,3% e no sexto mês 9,3%.

Dessa forma a OMS avalia que em relação ao AME, embora tenham ocorrido avanços, a situação do país ainda é considerada ruim (BRASIL, 2009b).

4.8. Fatores protetores da amamentação e fatores de risco para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo

“A amamentação, além de biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida” (ALMEIDA e NOVAK, 2004 p.120). Tendo em vista a importância que envolve o AM, várias pesquisas já foram realizadas no intuito de avaliar esses fatores que poderiam estar influenciando de forma positiva ou negativa o seu sucesso.

No estudo realizado por França *et al.* (2007) uma das variáveis que explicaram a interrupção do AME antes dos seis meses foi a chupeta e esta se mostrou como o principal fator de risco para o desmame.

No estudo de Barbosa *et al.* (2009) 87,5% das crianças que apresentavam tempo de AME menor que dois meses, iniciaram o uso de chupeta antes de completar um mês de vida. Segundo Lamounier (2003) o uso de chupeta pode levar à redução da frequência de amamentar, diminuindo a retirada do leite da mama, o que pode levar à menor produção do leite, dificultando a manutenção da amamentação. Esse autor relata que em alguns estudos avaliados por ele, a chupeta era usada

frequentemente por mães com falta de autoconfiança em relação à amamentação, e seu uso pode indicar o desejo da mãe em interromper o aleitamento ao invés da causa da interrupção. De qualquer forma, se mostra como um indicador de problemas ou empecilho à amamentação e deve ser desestimulado.

Ramos *et al.* (2008) verificaram em seu estudo que a mamadeira se mostrou fortemente associada com a queda da prevalência do AME. As crianças que não usavam esse utensílio apresentaram prevalência de 68,4% de AME e as que faziam uso a prevalência foi apenas de 5,2%. Estudos analisados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) mencionam que o uso da mamadeira pode confundir a criança, pois os movimentos da língua e da boca que ela realiza para sugar a mama divergem daqueles usados durante a sucção da mamadeira, dessa forma a criança que experimenta a mamadeira pode apresentar dificuldade em sugar o seio materno. Referem ainda que a mamadeira está relacionada à menor tempo de sucção das mamas, atraso no início da lactação, além de ser fonte de contaminação.

O uso de bicos artificiais como chupetas e/ou mamadeiras em nosso meio ainda é frequente. Quando se analisou crianças menores de doze meses nas capitais brasileiras e DF o uso de chupeta alcançou a 42,6% das crianças avaliadas e o uso de mamadeira 58,4% (BRASIL, 2009b). Fato bastante preocupante, pois conforme se verificou as consequências relacionadas a essa prática são várias. O uso desses objetos deve ser desencorajado, alertando a todos sobre seus riscos.

Outras variáveis comumente encontradas nas pesquisas como justificativas da dificuldade de manter a amamentação e que estão frequentemente associadas ao uso das mamadeiras ou uma justificativa para seu uso, são a crença do leite fraco, que não sustenta a criança, pouco leite e problemas nas mamas como fissuras e ingurgitamento.

Em estudo realizado sobre representações sociais da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o AME, a categoria “fraco e não sustenta” aparece nos dois grupos de mulheres analisadas com frequência de 13% (OSORIO e QUEIROZ, 2007).

Carrascoza *et al.* (2005a) observaram que a "falta de leite" foi o principal motivo (45%) atribuído pelas mães para que aconteça o desmame precoce, seguida pela "dificuldade durante a amamentação" (30%). Nesta, destacaram-se o ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares como os problemas mais comuns.

As complicações mamárias como causa de dificuldade em manter a amamentação também foi mencionada por mulheres do estudo de Sonogo *et al.* (2004). E Vieira *et al.* (2010) verificaram que a fissura mamilar mostrou-se associada a um risco 25% maior de interromper o AME.

Ramos e Almeida (2003) analisando mulheres que estavam no processo de desmame verificaram novamente como alegações das mães para o desmame o leite fraco, pouco leite e o leite secou. Essas alegações eram associadas ao choro da criança, o qual seria causado pela fome. Deduziam então que o leite não estava sendo suficiente para saciar a criança. Assim também ocorreu no estudo de Escobar *et al.* (2002), no qual a duração média do AME foi de 3,3 meses, e quando as mães foram questionadas sobre o motivo do desmame precoce, novamente muitas das respostas recaíram em causas como "leite fraco ou que não sustenta" (17,8%), "leite secou" (14,7%) ou "criança largou o peito" (6,4%).

É sabido que leite fraco, que não sustenta e falta de leite, a maioria das vezes é influência sociocultural, pois biologicamente não há comprovação científica, ao contrário, a maioria dos estudos menciona o leite como suficiente para todas as crianças, e sem necessidade de complemento até os seis meses, como recomendado pelo MS e OMS. Para Teixeira *et al.* (2006) leite fraco é um mito, visto que o mesmo contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento de uma criança nos primeiros dois anos. Além disso, está comprovado que para todas as lactantes, a composição do leite materno se assemelha, exceto em casos de desnutrição grave (BRASIL, 2009a).

Portanto se a mulher não apresenta esse agravo, o seu leite é suficiente para satisfazer o filho. Quanto à quantidade de leite, geralmente está associada à quantidade e frequência com que a criança mama, quanto mais a criança mamar, mais leite produzirá (BRASIL, 2009a), logo se a mulher deseja manter a

amamentação deve realizá-la sob livre demanda. Segundo Aragaki *et al.* (2006) a produção reduzida de leite, justifica-se apenas quando está relacionada a problemas hormonais ou na estrutura da mama e/ou ansiedade e estresse.

Os lactentes costumam chorar bastante até os cinco ou seis meses de idade, devido a dores abdominais ou quando alguma coisa os incomoda (OSORIO e QUEIROZ, 2007), dessa forma o choro nem sempre está relacionado à fome como a maioria das mães dos estudos consideravam, e por isso achavam que seu leite não sustentava seus filhos.

Alguns bebês apresentam pega incorreta, e estes conseguem extrair da mama o leite anterior, no entanto, apresentam dificuldade em obter o leite posterior, o qual é mais nutritivo e possui maior quantidade de gorduras (BRASIL, 2002). Assim o bebê não recebe o leite que o sacia, e nesse caso, o problema não é o leite e sim a pega incorreta. Situação comprovadamente capaz de ser prevenida ou corrigida com boas orientações, as quais prevenirão também os traumas nos mamilos, pois segundo Teixeira *et al.* (2006) esse problema é frequentemente causado por posicionamento e pega incorreta. O volume de leite produzido por cada mama é controlado pela sucção da criança e/ou remoção do leite (BRASIL, 2009a), assim, as correções quanto ao posicionamento e pega incorreta, prevenirão ainda que o “leite seque”, pois na ausência dos traumas mamilares, a mãe poderá deixar a criança mamar a vontade, favorecendo a maior produção de leite.

Essas orientações não devem ser negligenciadas, pois se verifica que muitas nutrizes ainda introduzem precocemente outros tipos de leite na alimentação da criança. No conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL 2009b), 18% das crianças no primeiro mês de vida já recebiam outros leites, chegando a 48,8%, entre 120 e 180 dias.

A introdução de chá também ameaça a manutenção do AME. Nessa mesma pesquisa, verificou-se que logo no primeiro mês de vida, 15,3% das crianças já haviam recebido chá, chegando a mais de 20,5% em algumas capitais. Outros líquidos também são ofertados precocemente, como o consumo de água, que apresentou prevalência de 13,6% no primeiro mês e 60,4% de quatro a seis meses.

A ingestão desses líquidos pode reduzir o consumo de leite materno e aumentar o intervalo entre as mamadas, podendo diminuir a produção de leite.

Outra variável que influencia na amamentação é a avó da criança. Segundo Teixeira *et al.* (2006) as avós participam do processo de amamentação de suas filhas, noras e netos, muitas vezes de forma negativa, quando incentivam o uso de água, chá, outros tipos de leite, por acreditarem que o leite materno é fraco. Os autores relatam que essas atitudes possivelmente são devido às suas vivências quando foram mães, época em que a amamentação era desestimulada. Isso foi mencionado também por França *et al.* (2008), ao relatarem que nas décadas de 60 e 70 quando as avós tiveram filhos, principalmente o AME não era valorizado, acreditava-se na existência de leite fraco e até os próprios pediatras recomendavam líquidos adicionais aos recém nascidos. Dessa forma as avós achavam que era adequado oferecer mamadeira com outro tipo de alimento. No estudo desses últimos autores a coabitação com a avó materna da criança esteve associada com o uso de mamadeira.

A convivência da mãe com outras pessoas que apoiam ou não o aleitamento também pode interferir no mesmo. De acordo com Machado e Bosi (2008) a presença de um companheiro participativo tem grande valor no estímulo da amamentação, em contra partida, mulheres que convivem com companheiro que não as apoiam sofrem momentos de inseguranças, interferindo no processo de amamentação. Bernardi *et al.* (2009) observaram em seu estudo que as mães sem companheiro apresentaram 17% maior chance de amamentar seus filhos por menos tempo. Segundo Carrascoza *et al.* (2005b), a chance da mãe prolongar a amamentação é mais elevada, quanto maior for a estabilidade conjugal. No trabalho de Osis *et al.* (2004) apesar do apoio do companheiro, as mulheres relatam que se sentiam desamparadas quando tinham que amamentar sozinhas na madrugada. Além do companheiro, este estudo menciona também a opinião de parentes e amigos os quais podem influenciar no processo da amamentação. No referido estudo esses atores sociais julgavam importante a amamentação. Já no estudo de Ramos e Almeida (2003) a influência negativa foi exercida pelo profissional de saúde. As nutrízes mencionaram que não encontraram apoio suficiente desse profissional, o qual banalizava a dor que sentiam ao amamentar o filho. Essa falta de

consideração do profissional com as mães foi um dos fatores de desmame encontrados no estudo.

O trabalho das mães foi apontado em vários artigos como influenciador no processo da amamentação. O estudo de Damião (2008) verificou que a frequência de AME foi o dobro entre os filhos de mães que não trabalhavam se comparado com as que tinham alguma ocupação fora de casa. Brecailo *et al.* (2010) verificaram que as mães que possuíam trabalho remunerado dentro de casa amamentaram seus filhos de forma exclusiva com uma prevalência de 21,9% maior que as mães que trabalhavam fora de casa. Já no estudo de Niquini *et al.* (2007) as mães que tinham trabalho formal e as que não possuíam trabalho remunerado apresentaram 60% menos chance de introduzir leite artificial do que as que tinham trabalho informal.

Percebe-se que o trabalho desempenhou papéis variados nas pesquisas. As mães que ficavam em casa podiam cuidar dos filhos sem horários fixos, facilitando a amamentação. Aquelas em que o trabalho formal foi elemento protetor, possivelmente eram beneficiadas com os direitos que as leis trabalhistas proporcionam como a licença maternidade, pausas para amamentação e creche para os filhos de trabalhadoras; ao passo que aquelas com trabalho informal, na maioria das vezes não se beneficia com esses direitos. As mães as quais o trabalho, independente se formal ou informal, influenciou negativamente, além da ausência dos direitos previstos na lei, possivelmente desconhecem as técnicas de ordenha e conservação do leite materno.

Na literatura consultada, observou-se que a idade materna menos elevada também se mostrou associada a uma maior dificuldade em manter a amamentação. CARRASCOZA *et al.* (2005b) detectaram que mães que desmamaram precocemente seus filhos, tinham idade inferior (média de 22,6 anos) àquelas que mantiveram o aleitamento por mais tempo (média de 27,2 anos).

Chaves *et al.* (2007) constataram em seu estudo que a idade das mulheres inferior a 20 anos, apresentava-se como fator negativo para manutenção do AM. No conjunto das capitais brasileiras e DF, o AME foi identificado com maior frequência entre mulheres com idade entre 20 a 35 anos (BRASIL, 2009b).

Segundo Chaves *et al.* (2007) a maior duração do aleitamento entre mulheres adultas, justifica-se pelo fato dessas mulheres apresentarem maior experiência e conhecimento sobre amamentação. Já Faleiros *et al.* (2006) relatam que alguns autores consideram que o menor tempo de amamentação relacionado à idade mais jovem da mãe, pode estar associado a questões como nível de escolaridade e condição econômica menores, serem solteiras, e ainda acrescenta alguns fatores relacionados à adolescência como insegurança, falta de apoio dos familiares e egocentrismo.

A escolaridade das mães é outro fator que interfere na manutenção da amamentação. Em vários artigos (FRANÇA *et al.*, 2007), (DAMIÃO, 2008) e (KUMMER *et al.*, 2000) a baixa escolaridade se mostrou associada à menor duração do AME. Em Niquini *et al.*, (2009) a diferença chegou a quase 30%, as mães com menos de oito anos de estudo apresentaram chance de 29% maior de introduzir leite artificial em comparação com as de menor escolaridade. Esses resultados são compatíveis com os dados encontrados na pesquisa realizada no conjunto das capitais brasileiras e DF, na qual o aumento da escolaridade materna se associou a uma tendência crescente da prevalência do AME, 30% das mulheres sem escolaridade mantinham esse tipo de aleitamento no momento da pesquisa, contra 49,1% entre as que possuíam nível superior completo (BRASIL, 2009b).

Pode-se associar essa maior prevalência do AME entre mulheres com nível de escolaridade mais elevado com a maior capacidade dessas mulheres em entender as informações recebidas quanto à importância e vantagens da manutenção desse tipo de aleitamento.

A condição econômica é outro fator que se relaciona com o aleitamento. No estudo de Barbosa *et al.* (2009) a renda familiar inferior ou igual a três salários mínimos revelou-se com risco três vezes maior para o desmame do que a renda maior. No estudo Vasconcelos (2006) a prevalência da amamentação apresentou-se mais baixa (108 dias) entre as mães que possuíam renda per capita inferior a dois salários mínimos, se comparado à prevalência daquelas com renda superior (201 dias). Kummer *et al.* (2000) também observaram que o baixo nível socioeconômico se associou negativamente à duração da amamentação.

Em alguns estudos avaliados por Faleiros *et al.* (2006) verificou-se que em países em desenvolvimento, as mães de classes mais baixas, de menor escolaridade, solteiras na maioria das vezes, retardam o início do pré-natal, e decidem sobre o tipo de aleitamento também mais tarde, dificultando assim a duração do mesmo. Outros estudos avaliados por esses autores verificaram que no Brasil, a prevalência do AM a partir do sexto mês se inverte, apresentando-se maior entre as de poder econômico mais baixo, possivelmente pelas dificuldades econômicas em complementar com outros tipos de leite ou alimentos.

O tipo de parto também se revelou como fator influenciador da amamentação em algumas pesquisas. Narchi *et al.* (2009) observaram no seu estudo que o tipo de parto influenciou apenas nos primeiros 30 dias. Nesse período as mulheres que se submeteram a parto operatório mostraram menor chance de manter o AME se comparadas com aquelas que tiveram parto normal.

Boccolini *et al.* (2011) observaram que 26,4% dos bebês nascidos por parto vaginal mamaram na primeira hora de vida, ao passo que apenas 5,8% daqueles nascidos por parto cesariano o fizeram. Dados de relevância, visto que a amamentação na primeira hora de vida (Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança) é importante na manutenção do AM. Alguns estudos analisados por esses autores mostram que o atraso da amamentação nesse tipo de parto pode estar ligado a questões referentes à anestesia e procedimentos cirúrgicos após o parto.

Narchi *et al.* (2009) relata que o parto cesáreo dificulta o aleitamento por favorecer o mau posicionamento no momento de amamentar ou inadequado envolvimento afetivo. Estudos revisados por esses autores sugerem que o parto cirúrgico provoca dor e sonolência, e o uso de anestésicos ou analgésicos prejudicaria a interação mãe/bebê, dificultando principalmente a primeiras mamadas. Alguns artigos como o de Carrascoza *et al.*, (2005b) não encontraram diferença estatística significativa de amamentação entre os tipos de parto, sugerindo que em seus estudos, essa variável não mostrou associação com a duração do aleitamento.

A amamentação nas primeiras horas de vida também foi encontrada por alguns autores como fator influente na amamentação. No estudo de Chaves *et al.* (2007) e

vários outros trabalhos avaliados por eles a ocorrência da primeira mamada somente após as seis horas de vida se mostrou associada a menor duração do AM. Ramos *et al.* (2008) verificaram que entre as crianças que mamaram nas primeiras 24 horas de vida, a prevalência do aleitamento foi de 82%, contra 68% entre aquelas que não foram amamentadas nesse período.

Segundo Chaves *et al.* (2007) o primeiro contato precoce eleva a liberação do hormônio ocitocina, beneficiando a ejeção do leite, havendo também o fator da sucção do bebê que favorece sua produção. Além disso, em trabalho analisado por esses autores, o contato precoce aparece envolvido na formação do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, o que favorece a maior duração do aleitamento. O Alojamento Conjunto (AC) nas maternidades facilita o AM nas primeiras horas, e é um dos passos da IHAC e direito garantido pelo Estatuto da Criança e Adolescente (UNICEF, 2006). Narchi *et al.* (2009) relatam que a permanência em alojamento conjunto influencia positivamente no aparecimento de maiores índices de AME.

A experiência em amamentar foi outro fator analisado. Carrascoza *et al.* (2005b) referem que mulheres que já amamentaram outro filho e obtiveram êxito nessa prática, possuem maior probabilidade de prolongar a amamentação, já entre aquelas que nunca tiveram essa experiência o risco de desmame precoce é maior. Niquini *et al.* (2009) e Vieira *et al.* (2010) corroboram essa situação em seus estudos. Os primeiros encontraram entre mães sem experiência prévia em amamentar, chance 1,6 vezes maior de utilização de leite artificial na alimentação da criança, em comparação àquelas que amamentaram os filhos por no mínimo seis meses. Os segundos observaram um risco 24% maior de interromper o AME no primeiro mês de amamentação entre aquelas sem experiência. França *et al.* (2007) também encontraram a primiparidade, portanto mulheres sem experiência com amamentação, como justificativa da interrupção precoce do AME.

A experiência pode influenciar positivamente a amamentação pelo fato de a mãe já saber como é o processo da amamentação, saber lidar com as possíveis dificuldades encontradas e como Vieira *et al.* (2010) mencionaram, facilita o desempenho da mãe. Porém se a experiência anterior não foi boa, se a mãe não

obteve sucesso na amamentação, possivelmente essa experiência prévia poderá exercer influência negativa no processo.

A vaidade foi fator citado no estudo de Sousa e Bispo (2007). A preocupação com o corpo, principalmente com as mamas, foi mencionado por algumas mulheres desse estudo como possível causa da interrupção do aleitamento. Porém, de acordo com Clark (1984) citado por Ichisato e Shimo (2001), não seria a amamentação que levaria às alterações nas mamas, e sim a gravidez.

Quanto ao pré-natal, os resultados encontrados variaram. No estudo de Vasconcelos *et al.* (2006), esse fator influenciou de forma positiva a amamentação, com maior duração mediana do AM (129 dias) entre as mães que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, em relação àquelas que não fizeram pré-natal (91 dias). Já no estudo de Escobar *et al.* (2002) o pré-natal não se mostrou associado ao tempo de aleitamento, e os autores destacam a importância dos profissionais atuarem de forma mais decisiva no estímulo a essa prática. No trabalho de Vasconcelos *et al.* (2006), as orientações sobre amamentação fornecidas durante o pré-natal favoreceram o aumento da mediana do aleitamento total (126 dias) entre as que receberam essas orientações em comparação àquelas não receberam (101 dias). Porém nem todas as gestantes são orientadas a respeito do AM. No estudo de Melo *et al.* (2002), 58% das mães que frequentaram as consultas de pré-natal, referiram que não receberam orientação sobre aleitamento e 30,6% das que receberam, já estavam na maternidade. Um quarto das gestantes do estudo de Boccolini *et al.* (2011) não receberam nenhum tipo de informação durante o pré-natal referente ao AM. Enquanto Rocha *et al.* (2010) verificaram que apenas 55,6% receberam essas informações antes do nascimento. Essa questão é muito séria, é evidente que o pré-natal não é o único momento de orientações, mas é indiscutivelmente um momento ideal para orientar as gestantes quanto ao processo da amamentação. Carrascoza *et al.* (2005b) p.438 referem que a orientação fornecida no pré-natal, é relevante para os seguintes aspectos:

- (a) familiarização das gestantes quanto ao papel do aleitamento materno para sua própria saúde e a do bebê;
- (b) necessidade de permanência em alojamento conjunto após o parto; e
- (c) efeitos deletérios do uso de mamadeira, chupeta e outros hábitos orais.

Assuntos de extrema importância para prevenir dificuldades durante a amamentação, visto que vários dos problemas apontados por diferentes autores nesse trabalho são passíveis de prevenção e/ou correção. Em várias literaturas observa-se a importância da disponibilização dessas informações. Fato comprovado no trabalho de Osis *et al.* (2004), no qual as orientações a respeito do AM antes, durante e após a gestação, se relacionaram com a decisão de quanto tempo amamentar de forma exclusiva. Segundo Teixeira *et al.* (2006) a falta de informação e de confiança da mãe, uso de bicos artificiais e outros líquidos entre as mamadas, e o apoio deficiente dos serviços de saúde em resolver problemas que envolvem a amamentação leva ao desmame precoce. Deve-se ainda ponderar como as informações são repassadas. No estudo de Ramos e Almeida (2003) as mulheres entrevistadas consideravam importante o aleitamento até o sexto mês de vida da criança, porém não necessariamente a forma exclusiva. Segundo o autor, uma justificativa para esse fato, seria as informações divulgadas que destacam o aleitamento até os seis meses, no entanto não evidenciam suficientemente a importância de ser exclusivo.

O despreparo dos profissionais de saúde é outro fator relevante. De acordo com Araújo e Almeida (2007) esses profissionais tem considerado a amamentação como uma questão puramente instintiva e biológica, nesse caso não precisaria ser aprendida ou ensinada, já que é um ato natural. Alguns estudos analisados por esses autores mencionam que, embora o profissional de saúde reconheça a existência de outras variáveis que possam influenciar o processo da amamentação, não as consideram no momento das ações de estímulo ao aleitamento. A falta de capacitação colabora com essa situação. Em pesquisa realizada por Caldeira *et al.* (2007) 69,4% dos profissionais entrevistados mencionaram nunca ter participado de capacitação específica sobre amamentação. E mais da metade dos profissionais que eram mães experimentaram uma interrupção precoce do AME de seus próprios filhos.

Segundo Oliveira e Camacho (2002) *apud* Brecailo *et al.* (2010), em pesquisa sobre o impacto das unidades de saúde na duração do AME, apenas um quinto dos profissionais participaram de cursos teórico-práticos de dezoito horas ou mais sobre o assunto. Possivelmente, essa não é a realidade somente desses profissionais que

participaram da pesquisa. Infelizmente, boa parte deles não participa de educação permanente ou treinamentos eficazes que acrescentem, fortaleçam ou renovem seus conhecimentos para atuarem adequadamente nas inúmeras situações que podem dificultar a manutenção do AME e/ou AM.

Machado e Bosi (2008) observaram outro fator bastante influente: a motivação interior de cada mulher. Em seu estudo verificou-se uma motivação interior entre as mulheres que amamentavam exclusivamente que as faziam sentir maior confiança na decisão de amamentar. Porém, o autor refere que a motivação está entre o desejo e a prática e pode intervir nessa decisão de forma favorável ou contrária, visto que a motivação é condicionada por vários fatores como socioculturais e experiência vivenciados pela mulher. Essa motivação, quando favorável, permite que as mulheres consigam enfrentar e superar as dificuldades contrárias à amamentação, as quais podem ser várias, conforme foi possível verificar no decorrer desse trabalho. Portanto, torna-se relevante que os profissionais atentem para o interesse que a mulher demonstra em amamentar, pois poderá determinar a direção da prática do aleitamento.

4.9. Consequências da interrupção do aleitamento materno exclusivo e/ou desmame precoce

Apesar dos vários estudos, Alves *et al.*, (2005), Araújo e Almeida (2007), Alves e Moulin (2008), Arantes (2011), demonstrarem a superioridade do leite materno em relação aos outros leites na alimentação da criança e os vários benefícios oferecidos por ele, tanto para a mãe quanto para seu filho, além das recomendações do MS e OMS, os índices de AM são inferiores ao recomendado. O não seguimento dessas recomendações pode acarretar prejuízos à saúde materna e principalmente infantil.

Vários estudos analisados demonstram que a complementação precoce com outros alimentos e/ou líquidos pode favorecer a (Brasil, 2002):

- Aumento do risco de manifestações de hipersensibilidade a proteínas estranhas à espécie humana, favorecido pela alta permeabilidade do tubo digestivo da criança;

- Presença de altas concentrações de solutos no organismo provenientes de alguns alimentos, devido à incapacidade do rim em eliminá-las, decorrente de sua imaturidade fisiológica em crianças menores de seis meses;
- Maior risco de contaminação, associado ao uso de mamadeira usada para oferecer líquidos à criança.

A interrupção precoce do AME também propicia ao (Brasil, 2009a):

- Aumento na ocorrência de diarreia e hospitalizações por doença respiratória;
- Aumento da chance de ocorrência de desnutrição, causado por alimentos inferiores ao leite materno em termos nutricionais;
- Redução da absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco;
- Redução da eficácia da lactação como método anticoncepcional;
- Redução do tempo do AM.

A anemia pode ser resultante da ausência da prática de amamentar ou sua curta duração, colaborando para a diminuição dos níveis de hemoglobina no primeiro ano de vida, e também para o aparecimento de outras doenças mais graves (SOUSA E BISPO, 2007).

Aumento dos custos financeiros foi referido por Caminha *et al.* (2010). Os autores relatam que além de aumentar as despesas com a compra de outros tipos de leite, contribui ainda para aumento dos gastos com medicamentos ou atendimentos nos serviços de saúde, devido a doenças que poderiam ser evitadas se mantivesse o AME até os seis meses de vida.

Todos esses problemas se resumem ou são provenientes da redução da proteção oferecida pelo leite materno, causada pela interrupção do AME ou desmame precoce. Essa proteção é mais visível nos primeiros seis meses de vida, e a introdução de outros alimentos nesse período pode diminuir essa proteção (BRASIL, 2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aleitamento materno é o alimento mais apropriado para a criança, especialmente nos primeiros seis meses de vida, não sendo necessário complementá-lo nesse período. São vários os benefícios oferecidos por essa prática. Porém nota-se que os índices de aleitamento materno em especial o exclusivo estão aquém da recomendação do MS/OMS.

Na presente revisão revelou-se a existência de vários fatores que contribuem com a manutenção desses baixos índices. Fatores esses, não apenas biológicos, mas também, sociais, econômicos, e culturais. Foi possível verificar também que são passíveis de prevenção ou controle. Assim, para melhorar os índices de aleitamento materno não se pode negligenciar a influência desses fatores. É necessário, primeiramente, o envolvimento multiprofissional na elaboração de um planejamento adequado, que envolva não apenas a nutriz, mas também as pessoas de sua convivência, para que todas possam compreender o processo da amamentação e apoiá-la quando necessário.

Na assistência à nutriz deve haver diálogo, ouvir suas expectativas e anseios, mostrar todas as vantagens do aleitamento, mas também falar sobre possíveis dificuldades, como superá-las, e fazê-las entender que sempre terão o apoio da equipe de saúde. A abordagem deve ir além dos aspectos biológicos, envolvendo renda, cultura, condições de trabalho e todos os fatores que podem influenciar cada mulher social ou individualmente. Ressalta-se que as realidades de cada população são diferentes, logo os fatores que as afetam também podem variar. É preciso, portanto, investigação das variáveis que exercem influência naquela população, de modo que as intervenções sejam voltadas à realidade específica, alcançando resultados mais eficazes. Faz-se importante mencionar que é essencial que os profissionais estejam bem capacitados, tornando-se importantes aliados na luta contra o desmame precoce. A análise desse trabalho poderá proporcionar ao profissional de saúde subsídios para proteção e promoção do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v.80, n.5, p.S119-S125, nov. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2010.
- ALVES, C. R. L. *et al* . **Atenção à saúde da criança**. 1. ed. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005. 224 p.
- ALVES, C.R.L.; MOULIN, Z.S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2008. 112 p.
- ARAGAKI, I.M.M.; SILVA, I.A.; SANTOS, J.L.F. Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. Relato de pesquisa. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V.40. n.3, p.396-403, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a11.pdf>> Acesso em: 09 Abr. 2012.
- ARANTES, C.I.S. *et al*. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.24, n.3, p.421-429, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n3/a05v24n3.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.
- ARAÚJO, M.F.M. *et al*. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.4, n.2, p.135-141, abr./Jun.,2004.
- ARAUJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.4, p.431-438, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n4/10.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.
- BARBOSA, M.B. *et al*. 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, p.272-281, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/07.pdf>>. Acesso: em 11 fev. 2012.
- BERNARDI, J.L.D.; JORDAO, R.E.; BARROS FILHO, A. A. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.22, n.6, p.867-878, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a08.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.
- BOCCOLINI, C.S. *et al*. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p.69-78, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n1/1717.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.
- BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Esp - Escola De Saúde Pública Do Ceará**, v.1, n.1, Jul-Dez. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais**. 1. ed. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf> Acesso em: 03 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. 1. ed. Brasília-DF: MS, 2009b. 108 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar**. Caderno de Atenção Básica n. 23. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2009a. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília-DF: MS, 2002. 152 p.

BRECAILO, M.K. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.23, n.4, p.553-563, ago. 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n4/v23n4a06.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

CALDEIRA, A.P. *et al.* Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23. n.8: p.1965-1970, ago. 2007.

CAMINHA, M.F.C. *et al.* Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.10, n.1, p.25-37, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n1/v10n1a03.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2012.

CARRASCOZA, K.C. *et al.* Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.15, n.30, p.93-104, abr. 2005a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/11.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2012.

CARRASCOZA, K.C.; COSTA JUNIOR, Á.L.; MORAES, A.B.A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v.22, n.4, p.433-440, dez. 2005b. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n4/v22n4a11.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2010.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v.83, n.3, p. 241-246, 2007.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.11, n.3, set. 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2012.

DEL CIAMPO, L.A. *et al.* Aleitamento materno e tabus alimentares. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v.26, n.4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2012.

ESCOBAR, A.M.U *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.2, n.3, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2012.

FALEIROS, F.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n.5, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2012.

FRANÇA, G.V.A. *et al.* Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

FRANÇA, M.C.T. *et al.* Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5: p.70-76, set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7801.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4: p.578-585, jul. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13371.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

KUMMER, S.C. *et al.* Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2012.

LAMOUNIER, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v.79, n.4, Ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Abr. 2012.

MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.8, n.2, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

MELO, A.M.C.A. *et al.* Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.2, n.2, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

MONTEIRO, J.C.S. *et al.* Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.20, n.2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

NARCHI, N.Z. *et al.* Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2012.

NIQUINI, R.P. *et al.* Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.12, n.3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2012.

OLIVEIRA, M.I.C. *et al.* Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.599-608, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a36.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiol.** v.5, n.1, p.41-51, 2002 *apud* BRECAILO, M.K. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.23, n.4, 553-563, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n4/v23n4a06.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, GENEBRA. **Alimentação infantil bases fisiológicas.** São Paulo (SP): IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, 1997, 89p. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-288.pdf>. Acessado em: 20/04/2012

OSIS, M.J.D. *et al.* Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

OSORIO, C.M.; QUEIROZ, A.B.A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2010.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v.79, n.5, out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2010.

RAMOS, C.V.R. *et al.* Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.753-1762, ago, 2008.

ROCHA, N.B. *et al.* O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2012.

SONEGO, J. *et al.* Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.3, set. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2012.

SOUZA, T.M.; BISPO, T.C. Aleitamento materno exclusivo e o programa saúde da família da chapada, município de Aporá (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.31, n.1, p.38-51. jan./jun. 2007.

TEIXEIRA, M.A. *et al.* Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.15, n.1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

UNICEF. **Estatuto da criança e do adolescente: meu município me faz crescer**. Belo Horizonte, MG, 2006. 88 p.

UNICEF. OMS. **Iniciativa hospital amigo da criança: Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1 – histórico e implementação**. Brasília–DF: Ministério da Saúde, 2008. 78 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf> Acesso em: 15 Mar. 2012.

VASCONCELOS, M.G.L.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.6, n.1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

VIEIRA, G.O. *et al.* Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v.86, n.5, p.441-444, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n5/v86n5a15.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2012.