

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
– CEABSF**

**A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E AS PRINCIPAIS CAUSAS DO
DESMAME PRECOCE NO BRASIL**

JULIANA DUPIN

TEOFILO OTONI / MG
2011

JULIANA DUPIN

**A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E AS PRINCIPAIS CAUSAS DO
DESMAME PRECOCE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção do título de especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

TEOFILO OTONI / MG
2011

JULIANA DUPIN

**A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E AS PRINCIPAIS CAUSAS DO
DESMAME PRECOCE NO BRASIL**

Banca de aprovação

Profa. Dra. Suelene Coelho _____ **UFMG**

Profa. Eulita Maria Barcelos _____ **UFMG**

TEOFILO OTONI / MG
2011

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo revisar na literatura a importância do aleitamento materno, prevalência e as principais causas do desmame precoce no Brasil. “A prática da amamentação vem sendo relatada desde os primórdios em várias culturas e sempre com simbolismos que reforçam a importância dessa prática”. Em todo o mundo vem se alcançando os objetivos de proteção, promoção e apoio à amamentação. No entanto, no Brasil, a prática da amamentação exclusiva ao peito até o 6º mês de vida do neonato é algo que ainda faz parte do imaginário de alguns profissionais de saúde, pois o desmame precoce é muito comum. As vantagens do aleitamento materno são indiscutíveis para o lactente nos primeiros seis meses de vida, pois possui alta digestibilidade, nutrientes necessários para o neonato. Conclui-se que, apesar dos inúmeros dados que comprovam os benefícios e a necessidade do aleitamento materno exclusivo, no Brasil o desmame precoce ainda é prevalente. E dentre as principais causas, a idade e escolaridade da mãe, bem como a sua inserção no mercado de trabalho, dentre outras, são as principais causas encontradas. A amamentação não é só um ato biológico, ela está relacionada à cultura, portanto, influenciada por mitos e crenças que vem sendo construídos ao longo da história da humanidade como uma herança sociocultural e, por muitas vezes, influenciando negativamente no sucesso do aleitamento materno. Poucas mulheres demonstraram que conhecem o tempo certo para a introdução de alimentos (tanto líquidos quanto sólidos) e a maioria das mulheres ainda acreditam que é preciso introduzir líquidos antes dos seis meses.

Palavras-chaves: Aleitamento; Desmame Precoce; Saúde.

ABSTRACT

This work was aimed at reviewing the literature on the importance of breastfeeding prevalence and main causes of early weaning in Brazil. "The practice of breastfeeding has been reported since the beginning in various cultures and always with symbols that reinforce the importance of this practice." Worldwide comes to achieving the goals of protecting, promoting and supporting breastfeeding. However, in Brazil, the practice of exclusive breast feeding until the sixth month of life the newborn is something that is still in the imagination of some health professionals, since early weaning is common. The advantages of breastfeeding are unquestionable for the infant in the first six months of life because it has high digestibility and nutrients to the newborn. We conclude that, despite ample evidence of proven benefit and the need for exclusive breastfeeding, early weaning in Brazil is still prevalent. And among the leading causes, age and mother's education, as well as their integration into the labor market, among others, are the main causes found. Breastfeeding is not just a biological act, it is related to culture, therefore, influenced by myths and beliefs that have been built throughout the history of humanity as a socio-cultural heritage, and often negative influence on the success of breastfeeding. few women have shown they know the right time for the introduction of foods (both liquid and solid) and most women still believe that we have to introduce fluids before six months.

Key words: Breast-feeding, early weaning; Health

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	7
2- OBJETIVO.....	9
3 - METODOLOGIA.....	10
4- REVISSÃO DE LITERATURA.....	11
4.1-Aspectos históricos e socioculturais da amamentação.....	11
4.1.1- Aleitamento materno.....	13
4.1.2- A composição química do leite materno.....	14
4.1.3 – O leite humano versus leite de vaca versus leites artificiais.....	16
4.1.4- Vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o neonato.....	18
4.1.5- O desmame e a alimentação complementar.....	20
4.1.6- Políticas públicas de amamentação no Brasil.....	26
4.1.6.1- Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno.....	26
4.1.6.2- Iniciativa Hospital Amigo da Criança	27
4.2- A prevalência e as principais causas do desmame precoce no Brasil.....	29
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	42

1 – INTRODUÇÃO

Muitos são os prejuízos da interrupção precoce do aleitamento materno para a saúde infantil, no tocante ao estado nutricional. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as crianças devam ser amamentadas exclusivamente por seis meses (o que diminui substancialmente os riscos de infecções e mortes infantis neste período), devendo continuar a receber o leite materno até os dois anos de idade. No Brasil, apesar de estudos evidenciarem uma tendência de aumento da prática da amamentação nas três últimas décadas, não faltam indícios de que ações de proteção, promoção e apoio à amamentação devam ser intensificadas, uma vez que estamos longe de atingir as metas propostas pela OMS (GIUGLIANI, 2002).

Pesquisas mais recentes também mostram que, apesar das taxas de aleitamento materno no Brasil crescerem continuamente a cada ano, os valores observados no país ainda são considerados baixos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Segundo Sanches, (2002), a amamentação, além de biologicamente determinada, está relacionada a condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais, tratando-se de um ato impregnado de ideologias e determinantes sócio-culturais.

Para Giugliani, (2002), apenas uma pequena parcela das mulheres praticam o aleitamento materno, apesar da importância do mesmo nos seis primeiros meses de vida da criança, e dos benefícios para a mãe.

A mesma autora relaciona alguns obstáculos: falta de conhecimento da população em geral, dos profissionais de saúde, dos políticos, condutas inapropriadas, falta de habilidades dos profissionais de saúde com relação ao aleitamento materno; práticas e crenças influenciadas pela cultura falta de suporte e orientação proveniente de mulheres com experiência em aleitamento materno nas comunidades, trabalho da mulher, e promoção inapropriada de substitutos do leite materno.

Podem ser observados os principais obstáculos que a prática do aleitamento materno sofre. Entre eles os aspectos culturais; falta de confiança e baixa auto-estima da mãe; falta de apoio da família; trabalho da mulher; promoção inapropriada de substituto do aleitamento materno entre outros (CARVALHO e TAMEZ, 2005).

Ainda segundo os autores, as avós, quando presentes, costumam ter grande influência nas decisões da família, incluindo aquelas relacionadas com a alimentação infantil.

Apesar dos benefícios do leite materno, verifica-se no cotidiano da assistência prestada pelas equipes de saúde da família, que a interrupção do aleitamento antes dos seis meses de vida acontece com frequência, acarretando prejuízos para a criança. Esta realidade reforça necessidade da efetivação das políticas públicas existentes com relação ao aleitamento materno, no sentido de avaliar os programas implantados e traçar novas metas para melhoria deste quadro. É importante ressaltar, que o aleitamento materno traz vantagens para o neonato, mas também para toda a família, sociedade e para o estado, como menor valor de custo para a mãe e para os serviços de saúde.

A realidade do município de Itambacuri-MG, onde trabalhei por 8 anos, não é diferente daquela encontrada no restante do Brasil. Atuei no PSF Parceria com a Vida onde percebia que o desmame precoce era frequente na comunidade, a média do aleitamento materno exclusivo não passava de 3 meses de idade e também observei que o baixo peso dos recém-nascidos era freqüente. Esta comunidade era muito carente, com 65% das mulheres analfabetas e chefes de família, a maioria delas desempregadas e que se sustentavam com bolsa família e o leite fornecido pela pastoral da família. Na área de abrangência não existe rede de esgoto, água tratada e até mesmo calçamento, tornando o acesso bastante difícil, pois em muitos lugares não havia acesso a carros.

Depois de cursar a Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), posso afirmar que o mesmo contribuiu muito para o meu crescimento profissional em relação às ações a serem desenvolvidas com estas mulheres, no sentido de evitar o desmame precoce. Motivou-me também, a realizar este estudo de revisão de literatura sobre a prevalência do desmame precoce no Brasil, no sentido de compreender melhor suas principais causas.

2- OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura no sentido de destacar a prevalência do desmame precoce no Brasil e suas principais causas.

3 - METODOLOGIA

A revisão bibliográfica narrativa foi a estratégia utilizada para realização deste estudo. A amostra de textos revisados compreendeu textos publicados no período de 1970 a 2006, que retratavam a história da amamentação, desde a época mitológica até o século XX analisando as questões ligadas ao desmame precoce.

A busca foi realizada em livros, artigos de revistas científicas, monografias, dissertações de mestrado, teses e artigos extraídos via Internet, nos bancos de dados da LILACS, SCIELO, Banco de Tese da USP e no portal Google acadêmico. Foram incluídos para análise textos que contivessem dados históricos, estatísticos, sociais e culturais relacionados ao aleitamento materno, independente da área de atuação dos autores, pois nos interessava investigar as principais causas, locais e ocorrência e prevalência do desmame precoce no Brasil. As palavras chaves utilizadas na busca dos artigos foram: Aleitamento; Desmame Precoce; Saúde.

4- REVISSÃO DE LITERATURA

4.1- Aspectos históricos e socioculturais da amamentação

Segundo Ichisato; Shimo (2002), a prática da amamentação vem sendo relatada desde os primórdios, em várias culturas e sempre com simbolismos que reforçam a importância dessa prática. De acordo com as autoras, na cultura egípcia era tradição o aleitamento do neonato desde o nascimento até os três anos de vida e as mulheres gregas e romanas se valiam de escravas próprias ou alugadas, denominadas “amas de leite”, para alimentarem seus filhos. Para Arantes (1995) e Ichisato; Shimo (2002) o uso de amas de leite expandiu-se, por todo o mundo, mas foi oficializado a partir do século XIII pela França, com o surgimento da primeira agência de amas de leite, que era utilizada por mulheres da aristocracia.

Em meados dos séculos XVI e XVII, o número de crianças amamentadas dessa forma, por amas de leite negras, foi muito expressivo. No entanto, o aumento concomitante de doenças e de mortalidade em neonatos foi associado ao fato de mulheres pobres e escravas alimentarem estes bebês. A amamentação com uso de amas de leite tornou-se cada vez mais escassa, pois acreditava-se que este tipo de alimentação era o responsável pela transmissão de doenças, tais como a sífilis (COSTA, 1989; CORREA, 1997; SILVA, 1990).

Outros fatores impediam as mulheres de alimentar seus filhos, dentre eles crenças antigas, tais como a de que elas não poderiam ter relações sexuais, durante o período de lactância, pois o espermatozóide liberado pelo homem coagularia seu leite (PALMER, 1993).

Segundo Almeida (1999) e Silva (1990) a amamentação no Brasil, originou-se nas comunidades indígenas, pois era atribuição da mulher indígena exercer o papel de mãe juntamente com suas atividades rotineiras na tribo, amamentando seus filhos sob livre demanda.

Com o início da Revolução Industrial, transformações em todo o mundo, inclusive no Brasil, nas áreas sociais, econômicas e culturais, desencadearam mais mudanças nos hábitos alimentares das crianças (BRASIL, 2003). Com os avanços tecnológicos e o surgimento de novas indústrias o processo de urbanização tornou-se mais evidente, atingindo até as zonas rurais. Esta mudança afetou de maneira

significativa a vida de todos os indivíduos e é apontada como um dos fatores que influenciaram o abandono da amamentação (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

O leite de vaca despontou como alternativa ao aleitamento materno em 1784. Num estudo realizado pelo médico inglês Underwood, concluiu-se que este era melhor, pois apresentava maior teor de proteína em relação ao leite materno. A partir do ano de 1838, o leite de vaca, teve seu valor como substituto ao leite materno reforçado, principalmente após a descoberta de um processo de condensação do leite, garantindo a melhor utilização desse alimento, do ponto de vista tecnológico (REA, 1990).

Com o advento da reforma industrial e das multinacionais, principalmente as produtoras de fórmulas lácteas, houve uma expansão deste mercado, principalmente depois da criação do leite condensado, evaporado ou leite em pó, estéril e com maior tempo de conservação, intitulado de leite enlatado. Os meios de comunicação tiveram papel decisivo no crescimento desta prática, até a década de 70, quando iniciou-se um movimento em prol do aleitamento materno (BEMFAM, 1997; BRASIL, 2003).

O uso desses leites industrializados (enlatados) foi associado a inúmeras ocorrências de diarreia e desnutrição, levando a altas taxas de morbimortalidade nos países pobres como África, Ásia e América latina (BEMFAM, 1997).

Esse movimento chegou ao seu ápice em 1981, quando na Assembléia Mundial de Saúde, instituiu-se o “Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno”, estipulando que os países membros da assembléia realizassem severas restrições à publicidade dos leites enlatados (ORLANDI, 1985).

Após todo este movimento em prol do aleitamento materno, várias instituições que começaram a adotar a causa, intensificando as campanhas pró aleitamento materno. Dentre estas, destaca-se a Organização Mundial de Saúde (OMS) - e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que promoveram uma mobilização para o retorno à valorização ao aleitamento materno, protegendo assim a amamentação (BRASIL, 2000; LAMOUNIER, 1996).

A “Declaração de Innocenti”, em 1990, reconheceu o aleitamento materno como o melhor alimento para a criança, sendo ele capaz de reduzir a morbidade e mortalidade na infância, contribuindo para o crescimento adequado do neonato

(BRASIL, 2000).

No Brasil, também ocorreram mudanças consideráveis e importantes ao se tratar de aleitamento materno. Uma delas foi a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1976, e, logo após, em 1981, a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), para só depois em 1988 criar sua própria norma para a comercialização de alimentos industrializados, revisada em 1992 (NEUTZLING et al., 1993).

As novas diretrizes adotadas pelo Brasil, depois de todas estas mudanças, estipulam a amamentação exclusiva até os seis meses de idade, e só após este período, iniciar gradativamente uma alimentação complementar junto com o aleitamento, continuando a amamentação pelo menos até os dois anos de idade (TOMA, 2008).

4.1.1 – O Aleitamento Materno

O ato de amamentar inclui a produção de leite, sua oferta a criança, e também o envolvimento da mulher com seu filho (SILVA, 1994).

BERNALDO e SILVA (1998) referem que o alimento mais adequado para o lactante nascido a termo é o leite humano, exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Adequado também aos pré-termos que, associados ao leite humano, recebem uma suplementação de vitaminas, ácido fólico, ferro, cálcio e fósforo. Além disso, os autores referem que o leite materno é nutricionalmente adequado e uma rica fonte de anticorpos, oferecendo ainda a oportunidade de uma harmoniosa interação mãe/filho, o que contribui psicologicamente para uma relação bastante saudável.

De acordo com Vianna et al. (2007), o aleitamento materno exclusivo foi padronizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como aquele em que o neonato recebe somente ingestão do leite da mãe, sem presença de outros líquidos, como chás e água, com exceção de medicamentos e suplementos vitamínicos ou minerais, quando necessário. Segundo NEIVA (2003), a amamentação nos primeiros meses de vida, é a maneira mais adequada, natural e eficiente de oferecer os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.

O leite materno contém os nutrientes necessários para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança. É o único alimento necessário até os seis

meses de vida e pode salvar a vida dos bebês, protegendo-os de muitas doenças, pois previnem diarreias, infecções pulmonares, alergias e estimula o sistema imunológico e o vínculo entre mãe e filho, pois a amamentação faz o papel do cordão umbilical (NARUMA, 2002; BOSI e MACHADO, 2005; ICHISATO e SHIMO, 2002).

Apesar dos benefícios do leite Materno, a interrupção do aleitamento antes dos seis meses acontece com frequência, levando a criança a um contato precoce com alérgenos e agentes infecciosos, que podem gerar danos intestinais (GIUGLIANI; VICTORA, 1997).

No Brasil a amamentação é reconhecida como prática auxiliar na melhoria da saúde da criança, entretanto a introdução precoce de outros alimentos também é elevada (HAMANAKA, 2006). O incentivo ao aleitamento materno tem sido amplamente divulgado pelos governos, em parceria com profissionais de saúde, uma vez que estes têm contato direto com as mães, constituindo-se assim, em grandes colaboradores, principalmente, no incentivo do aleitamento exclusivo (BRASIL, 1994).

Segundo Ichisato; Shimo (2002), o aleitamento não é apenas um ato individual, mas sim um ato social que necessita de uma ação interdisciplinar, não só dos profissionais da saúde, mas também dos meios de comunicação para a conscientização de toda população.

4.1.2 – A composição química do leite materno

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1998), o leite materno, é composto por nutrientes específicos para atender as necessidades nutricionais do neonato, assim como cada espécie mamífera produz o leite apropriado para seus filhotes.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o aleitamento materno costuma ser classificado da seguinte forma:

- **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.

Segundo a UNICEF (2009), calcula-se que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida pode evitar anualmente, 1,3 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos. No Brasil, do total de mortes de crianças com menos de um ano, 65,6% ocorrem no período neonatal e 49,4% na primeira semana de vida. Por isso a importância de amamentar os bebês imediatamente após o nascimento, que pode reduzir a mortalidade neonatal. Além disso, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e o complementar após essa idade até os dois anos ou mais são benéficos tanto para o bebê quanto para a mãe.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1997), o leite produzido nos primeiros dias após o parto é o colostro. Ele possui uma coloração mais amarelada, é mais grosso e produzido em menor quantidade, é mais rico em proteínas, anticorpos, leucócitos, portanto é a primeira vacina do bebê.

Segundo Martins Filho (1985) a quantidade de proteínas, açúcares e gorduras encontradas no colostro são extremamente semelhante àquela contida no sangue da mãe, tal semelhança não é por acaso, já que o colostro tem a função de suprir o recém-nascido com as mesmas substâncias que ele recebia intra-útero.

O colostro (1º leite produzido logo após o nascimento) tem uma composição tão parecida com a do sangue da mãe, faltando-lhe apenas os glóbulos vermelhos, que foi chamado por alguns povos antigos (citado mesmo em

livros religiosos) “de sangue branco” (MARTINS FILHO, data 1985.p. 12).

Após a segunda semana surge o leite de transição que é o elo entre o colostro e o leite maduro. Uma das características do leite maduro é a sua coloração aguada, o que faz com que muitas mães pensem que o leite é fraco (PRYOR, 1981 MARTINS FILHO, 1985 apud ANARUMA, 2005).

A água é o componente mais abundante do leite sendo suficiente para atender as necessidades (hídricas) do bebê. Com a maturação do leite a energia contida nele vai aumentando atendendo a necessidade de calorías para o desenvolvimento infantil. As proteínas protetoras estão presentes em maior teor no colostro. O colesterol é fundamental para o crescimento. Os lipídios vão aumentando conforme o tempo de lactação, no final da mamada o seu teor é maior do que no início e são compostos por triglicerídeos, ácidos graxos e glicerol (substâncias importantes para o desenvolvimento do cérebro, sistema nervoso e neurônios). Enfim, o leite humano fornece ao bebê todas as vitaminas e minerais necessárias para a saúde do bebê tanto em qualidade quanto em quantidade (CARVALHO e TAMEZ, 2005).

Segundo Hamanaka (2006), o leite maduro possui elementos que suprem todas as funções biológicas do neonato. Dentre tantas substâncias, as principais são: proteínas (lactoferrina, lisozima, imunoglobulinas e caseína), carboidratos, lipídios, sais minerais (potássio, sódio, cálcio, fósforo e magnésio), vitaminas e água.

4.1.3 - O leite humano versus leite de vaca versus leites artificiais

O quadro abaixo apresenta a comparação, a qualidade e adequação do leite materno com outros leites:

Quadro 1: Comparação do leite materno com outros leites

	Leite Humano	Leite Animal	Leites artificiais
Propriedades Anti-infecciosas	Presente	Ausente	Ausente
Fatores de Crescimento	Presente	Ausente	Ausente

Proteína	Quantidade adequada, fácil de digerir	Excesso, difícil de digerir	Parcialmente modificado
Lípídeos	Suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase
Minerais	Quantidade correta	Em excesso	Parcialmente correto
Ferro	Pouca quantidade, bem absorvido	Pouca quantidade, mal absorvido	Adicionado, mal absorvido
Vitaminas	Quantidade suficiente	Deficiente A e C	Vitaminas adicionadas
Água	Suficiente	Necessário extra	Pode ser necessária uma quantidade maior

Fonte : OMS/CDR/93.6 In: Aleitamento Materno

No que se refere aos aspectos socioeconômicos, segundo Araujo (2004), o leite humano é mais barato e possui um custo baixo em relação aos leites substitutos, que torna-se ainda menor se os gastos com doenças forem somados ao aleitamento artificial.

Estas informações nos levam a concluir que o leite materno é verdadeiramente importante, pois contém todos os nutrientes que o bebê necessita. Por isso, dar-lhe outros alimentos ou bebidas nos seis primeiros meses de vida pode ser prejudicial, podendo também torná-lo menos interessado na amamentação.

Mas mesmo assim, sabendo de todos esses benefícios, segundo dados coletados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999), as mães brasileiras amamentam seus filhos exclusivamente com leite materno, por apenas 33,7 dias, em média, enquanto o ideal é de 180 dias.

4.1.4 - Vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o neonato

As vantagens do aleitamento materno são indiscutíveis para o lactente nos primeiros seis meses de vida, pois possui alta digestibilidade, nutrientes necessários para o neonato, composição química balanceada e ausência de antígenos alérgicos e ação anti-infecciosa (BRASIL, 2000). Estudos recentes têm comprovado que o leite materno contribui para baixos níveis de morbidade e mortalidade dos lactentes ao proporcionar uma adequada nutrição para os mesmos. Sua composição contém substâncias que atuam na defesa e proporcionando um adequado crescimento e desenvolvimento para a criança (WHO, 2003; GIUGLIANI, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1997) o leite materno apresenta inúmeras vantagens tanto para o bebê quanto para a mãe:

Para o bebê:

- É o alimento mais completo do ponto de vista nutricional e digestivo;
- É de fácil digestibilidade sendo, portanto, mais rapidamente absorvido pelo bebê, que solicita sugar com maior frequência, aumentando assim a produção de leite;
- Protege o bebê de infecções (especialmente diarreias e pneumonias), pela ausência do risco de contaminação, e pela presença de anticorpos e de fatores anti-infecciosos;
- Facilita a eliminação de mecônio, diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra obstipação;
- Aumenta o laço afetivo entre mãe e filho, fazendo o bebê sentir-se mais amado e mais seguro;
- Além desses benefícios destacados de acordo com os doutores Bouvet e Rimoldi, é preciso considerar ainda a amamentação desempenhando um papel protetor contra futuras moléstias, tais como: obesidade, diabetes, gota, aterosclerose, hipertensão, etc.

Para a mãe:

- Diminui o sangramento pós-parto e faz o útero voltar mais rápido ao tamanho normal;
- Ajuda a mãe a voltar mais depressa ao peso pré-gestacional;
- Pode reduzir a chance de câncer de ovário e mama;
- É mais fácil, prático e econômico;

Na figura 1 podemos ver algumas dessas vantagens positivas do aleitamento materno tanto para mãe quanto para bebê.

Benefícios da Amamentação - Quantos pode apontar?

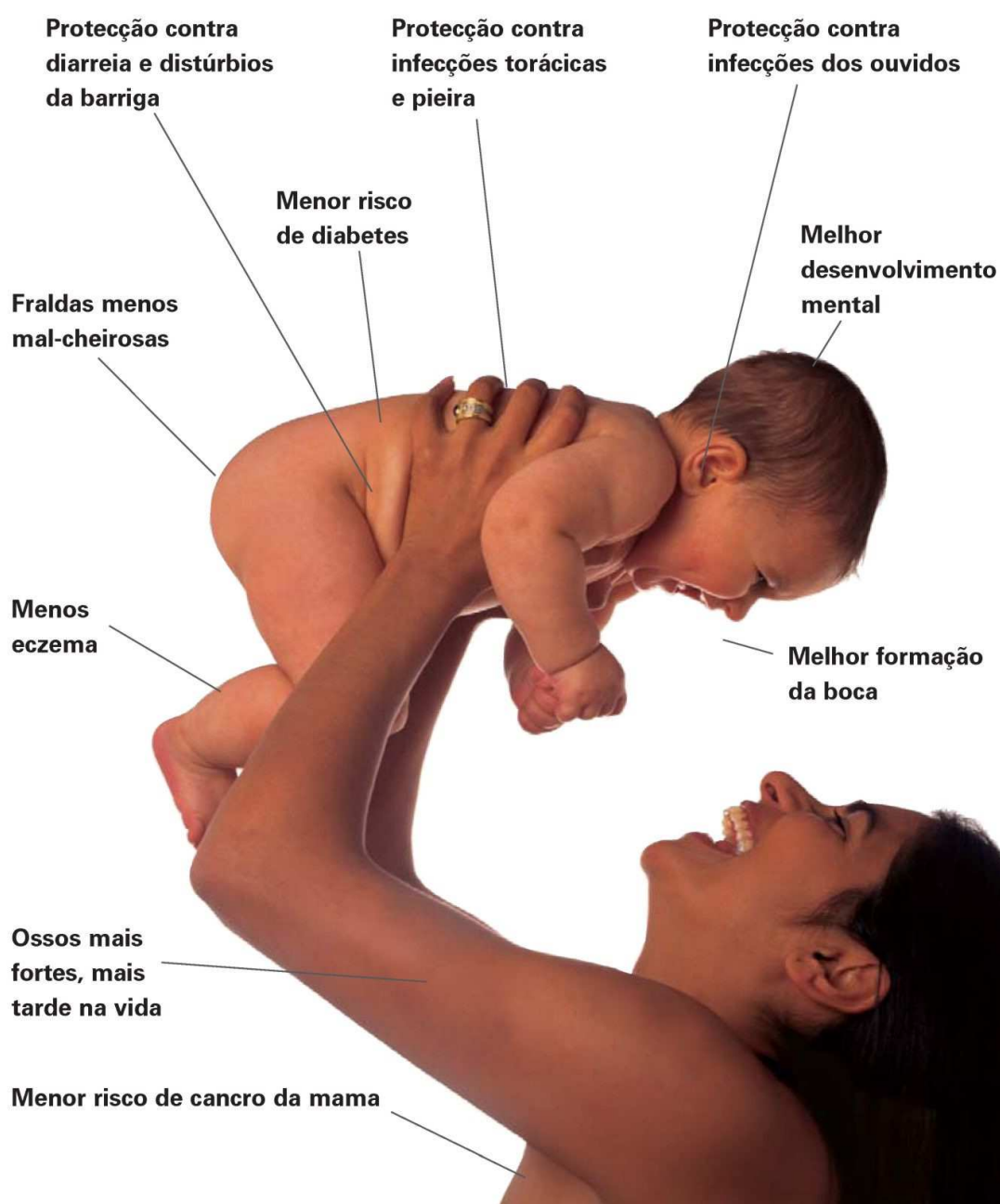


Figura1 Fonte: UNICEF. Amamentar o seu bebê.

Além disso, pesquisas indicam que o aleitamento materno reduz a possibilidade de depressão pós-parto e protege de uma nova gravidez, funcionando como um método anticoncepcional. A proteção chega a 98% quando a criança é menor de seis meses, a amamentação é exclusiva e a mãe não está menstruando. (PRYOR, 1981; CARVALHO e TAMEZ, 2005).

No ponto de vista odontológico, a criança ao nascer tem o maxilar inferior muito pequeno e é através do movimento da sucção ao peito que ele vai crescendo. Além disso, ao mamar o bebê realiza um exercício importante para o desenvolvimento ósseo-muscular. Os músculos bem desenvolvidos ajudam também na fala (CARVALHO e TAMEZ, 2005:).

Apesar de o leite materno ser essencial para a saúde e desenvolvimento do bebê, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1997) estima-se que cerca de um milhão de crianças morrem a cada ano por diarreia, infecções respiratórias agudas e outras doenças infecciosas, porque não foram adequadamente amamentadas ao peito.

Em relação à proteção do câncer de mama existem muitas controvérsias entre os autores. Em recentes estudos Shema et al. (2007) apud Toma (2008), notaram que as mulheres com menor duração da amamentação e início tardio da primeira mamada apresentaram maior pré-disposição ao desenvolvimento de câncer de mama.

No que diz respeito aos aspectos econômicos e sociais, tanto para a mulher como para a família, pode-se afirmar que, em comparação com os preços das fórmulas ou até mesmo ao do leite de vaca, o leite materno é o mais econômico. Isto porque, com este não há necessidade de gastos extras, além daqueles causados pelo abandono do aleitamento ou pelo uso de alimentos impróprios (UNICEF, 1999; ARAÚJO et al., 2004).

4.1.5 - O desmame e a alimentação complementar.

O uso do termo "desmame" é ambíguo, pois ele pode ser entendido como a parada total da amamentação, gerando confusão nas mães na promoção do aleitamento materno (BRASIL, 2002). Segundo Monte e Giugliani (2004), o termo

desmame era anteriormente utilizado para indicar o período de transição entre a amamentação exclusiva e a interrupção do aleitamento materno. Atualmente, utiliza-se o termo "desmame total" para indicar a parada definitiva da amamentação.

O desmame é conceituado como sendo o período em que se introduz alimentos sólidos ou semi-sólidos na dieta do lactente, que até então encontrava-se em regime de aleitamento materno exclusivo. Esta fase se estende até a suspensão completa do aleitamento materno (UNICEF, 1989). Este desmame, só deve ocorrer a partir do sexto mês de lactação, pois até este período o leite materno é suficiente para suprir todas as necessidades do lactente. Após esse período, a dieta do neonato deve ser modificada devido a sua maior demanda fisiológica e nutricional. O alimento introduzido na dieta, juntamente com o leite humano, vai suprir as necessidades do neonato até os dois anos de idade (OMS, 2001; UNICEF, 1989).

No entanto, a partir dos seis meses de idade as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas somente pelo leite materno, pois a partir dessa fase a maioria das crianças atinge um estágio mais desenvolvido de mastigação, deglutição e excreção e necessitam também de maior aporte nutricional (FARIA; OSÓRIO, 2005).

Vários estudos foram realizados no intuito de descobrir os motivos que levam as mães a realizarem o desmame precoce. Dentre os resultados encontrados prevalece o trabalho fora do lar e dificuldades encontradas na vivência da amamentação, tendo como principais desculpas alegações de: leite fraco, pouco leite ou que o leite secou (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Segundo Sanches (2002), alguns fatores estão relacionados com a dificuldade da mãe no estabelecimento da amamentação e desmame precoce:

- idade da mãe,
- escolaridade (inclusive do pai) ,
- presença de companheiro,
- aceitação da gravidez,
- paridade,
- prática em amamentação,
- problemas com a mama e mamilo,
- introdução precoce da mamadeira,
- acesso ao leite artificial

- exposição á promoção comercial de substitutos do leite materno,
- orientação dos profissionais de saúde,
- tabus alimentares e;
- falta de conhecimento do valor nutricional do leite materno.

Giugliani (2002), afirma que algumas práticas de profissionais de saúde podem ter uma influência negativa no estabelecimento e manutenção no aleitamento materno exclusivo. Muitos profissionais de saúde desconhecem a relação entre diarreia e a introdução precoce de água e chás à crianças em amamentação exclusiva, e ainda há evidências científicas suficientes mostrando que a suplementação de crianças amamentadas abaixo dos seis meses de idade com água ou chás é desnecessária.

Outro problema, citado pelo mesmo autor, relacionado aos profissionais de saúde diz respeito à falta de habilidades clínicas e em aconselhamento em amamentação. Sem essas habilidades, profissionais de saúde podem não ser capazes de avaliar adequadamente a amamentação, de ajudar as mulheres a amamentar plenamente e de se comunicar de uma maneira diferente. De uma maneira geral, os profissionais de saúde durante a sua formação, não são treinados quanto ao aconselhamento em amamentação e aspectos práticos do manejo da lactação. Além disso, a deficiência dos livros-texto sobre o assunto certamente contribui para a falta de conhecimentos e de habilidades dos profissionais de saúde em aleitamento materno.

A alimentação complementar por sua vez, é definida como a introdução de alimentos que são oferecidos à criança, juntamente com o aleitamento materno (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Neste sentido, os termos "alimentos de desmame" e "alimentação suplementar", amplamente utilizados há um longo tempo, não são recomendados como sinônimos de alimentação complementar, pois sua utilização é errônea por induzir a mãe a pensar que os alimentos são introduzidos para substituir o leite materno, provocando o desmame em vez de complementar a amamentação (BRASIL, 2002).

Vários estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como também em países desenvolvidos, demonstraram que a introdução precoce da alimentação complementar aumenta a morbimortalidade infantil, como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite

materno. Além disso, os alimentos complementares constituem-se em uma importante fonte de contaminação microbiológica (SIMON et al., 2003).

Do ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares é desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida. Como exemplo, pode-se citar o caso de alimentos muito diluídos, que vão aumentar o volume de líquido saciando a criança e não conferindo o aporte nutricional necessário (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A introdução precoce dos alimentos complementares pode levar a diminuição do aleitamento materno e interferir na absorção de nutrientes importantes existentes no leite, tais como o ferro (VALLE et al., 2004). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), uma alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes sem contaminação, química física ou biológica, sem adição excessiva de sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, de fácil preparo e com custo aceitável.

Em alguns países, recomenda-se postergar a introdução de alguns alimentos específicos considerados altamente alérgenos até o segundo ano de vida da criança. Neste sentido o leite de vaca é responsável por 20% das alergias alimentares, por isso não é recomendado antes dos 12 meses de vida do neonato. Assim, na presença de história familiar de alergia alimentar, preconiza-se evitar no primeiro ano de vida alimentos como amendoim, nozes e peixe. Já no caso do mel, a recomendação de evitar o seu uso visa à prevenção de botulismo, assim como a clara do ovo, que deve ser evitada devido ao teor de proteínas, muitas vezes com difícil digestão, em menores de 12 meses (QUEIROZ, 2001).

As atuais estimativas de requerimento total de energia para as crianças menores de dois anos são baseadas em dados de estudos longitudinais de crianças americanas e são diferenciadas por idade, práticas alimentares (amamentadas e não-amamentadas) e sexo (VALLE et al., 2004). Estima-se que, para crianças menores de 2 anos em países em desenvolvimento, os alimentos complementares devam suprir aproximadamente, 200 kcal por dia dos 6 aos oito meses de idade, 300 kcal dos nove aos onze meses e 550 kcal dos doze aos vinte e três meses. No entanto, deve-se salientar que essas estimativas são diferentes para países

desenvolvidos devido à variação na ingestão média e na concentração de gordura do leite materno, sendo de 130, 310 e 580 kcal por dia, respectivamente (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Deve-se atentar também, que o pequeno volume do estômago da criança (30-40 ml/kg de peso) pode impedi-la de alcançar suas necessidades energéticas se a dieta for de baixa densidade. Por outro lado, se receber grande quantidade de energia dos alimentos complementares, ela poderá reduzir a ingestão de leite materno, o que não é aconselhável, principalmente nas crianças menores (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Neste sentido, a densidade protéica recomendada para os alimentos complementares é de 0,7 g/100 kcal, dos seis aos vinte e quatro meses. Na maioria dos países, as necessidades protéicas das crianças pequenas são preenchidas quando há um aporte energético adequado, exceto se há consumo predominante de alimentos pobres em proteínas, como por exemplo, a batata doce e a mandioca (BRASIL, 2002).

Recomenda-se também, que os lipídeos dos alimentos complementares forneçam cerca de 30 a 45% da energia total, valor considerado suficiente para assegurar a ingestão adequada de ácidos graxos essenciais, uma boa densidade de energia e absorção de vitaminas lipossolúveis. Porém, evidências limitadas sugerem que a ingestão de gordura excessiva pode favorecer a obesidade na infância e futura doença cardiovascular (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

É importante salientar que, para atender às necessidades nutricionais de minerais da criança, é preciso oferecer uma variedade de alimentos complementares com alta densidade desses nutrientes. Assim, dos nove aos onze meses de idade, a proporção de minerais a ser fornecida pelos alimentos complementares é alta: 97% para ferro, 86% para zinco, 81% para fósforo, 76% para magnésio, 73% para sódio e 72% para cálcio (OLIVEIRA et al., 2005).

O ferro é um micro nutriente muito importante na dieta da criança pequena. A sua deficiência está associada com a anemia ferropriva, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e diminuição das defesas do organismo e da capacidade intelectual e motora. Destaca-se que, alguns defeitos da anemia por deficiência de ferro podem ser irreversíveis, por isso devem ser detectados o mais precocemente possível. (BRASIL, 2002)

Além disso, a absorção intestinal do ferro pode ser afetada por diversos fatores tais como: ingestão excessiva de cálcio, cobre e zinco (interações entre nutrientes), ingestão deficiente de vitamina C e proteínas, bem como, a ingestão reduzida de ferro presente nas carnes vermelhas (BRASIL, 2002).

À semelhança do ferro, a biodisponibilidade do zinco é maior nos produtos de origem animal (carnes) e menor nos produtos vegetais, especialmente em cereais e legumes com altos teores de fitato. O ácido ascórbico, ao contrário do que ocorre com o ferro, não melhora a biodisponibilidade do zinco de origem vegetal. Estudos recentes demonstraram que a suplementação com zinco melhora o ganho de peso e de altura, especialmente em crianças com déficits de peso e altura mais pronunciados. A suplementação com zinco também se mostrou eficaz na redução da incidência ou duração da diarreia (BRASIL, 2002; EUCLYDES, 1997).

A vitamina A, é de suma importância, necessitando de uma adequada ingestão da mesma. Os principais alimentos fonte de vitamina A são: fígado, gema de ovo, produtos lácteos, folhas verde-escuras e frutas de cor laranja, tais como: cenoura, abóbora, pimentão vermelho ou amarelo, manga, maracujá, mamão (BRASIL, 2002).

Ressaltam-se também, que a partir do oitavo mês, os alimentos devem ser variados, com misturas balanceadas dos mesmos, contendo cereais, tubérculos, alimentos de origem animal e vegetal. Somente uma dieta variada pode assegurar o suprimento de macro e micronutrientes, favorecendo a formação de bons hábitos alimentares. (VALLE et al., 2004).

Com relação às dietas vegetarianas não fortificadas ou não suplementadas, estas não são recomendadas para crianças menores de dois anos porque não suprem as necessidades de alguns nutrientes, como ferro, zinco e cálcio. É desaconselhável também, oferecer leite de vaca não modificado, principalmente quando cru e puro, a menores de um ano porque o seu uso está associado a perda sangüínea fecal e deficiência de ferro. Deve-se evitar ainda, dar bebidas açucaradas (refrigerantes e outras), pois elas diminuem o apetite da criança para alimentos mais nutritivos e podem causar diarreia. Chá e café também são desaconselháveis porque podem interferir na absorção de ferro e de cálcio (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

É recomendável introduzir os novos alimentos gradualmente, um de cada vez, a cada três a sete dias. Como é muito comum a criança rejeitar novos alimentos, este ato não deve ser interpretado como uma aversão permanente da criança ao alimento. Crianças amamentadas podem aceitar mais facilmente novos alimentos que as não-amamentadas, pois, por intermédio do leite materno, a criança é exposta precocemente a diversos sabores e aromas, que variam de acordo com a dieta da mãe (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), recomenda para as crianças amamentadas, duas a três refeições com alimentos complementares por dia dos seis aos oito meses de idade, e três a quatro vezes por dia, dos nove aos vinte e quatro meses, com cereais nutritivos adicionais tais como: pão, bolo caseiro e uma a duas vezes ao dia a partir dos doze meses. Se a densidade de energia ou a quantidade de alimentos complementares por refeição for baixa, ou se a criança estiver totalmente desmamada, pode ser necessária uma maior freqüência de refeições (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Na impossibilidade de aleitamento materno, não se deve dar outro tipo de leite, como leite de vaca ou suplemento, deve-se sempre recorrer aos bancos de leite humano, através de leite humano pasteurizado (OMS, 2001).

4.1.6- Políticas públicas de amamentação no Brasil

O crescimento e desenvolvimento humano adequado estão diretamente ligados a uma alimentação e nutrição balanceadas, que gera uma maior qualidade de vida e cidadania, por meios de promoção e proteção da saúde. Todos estes requisitos estão incorporados na “Declaração Universal dos Direitos Humanos“, promulgada há 50 anos (HAMANAKA, 2006).

Segundo o Relatório do Brasil para a Cúpula Mundial de Alimentação (1994) apud Hamanaka (2006) [...]”o acesso à alimentação é um direito humano em si mesmo, na medida em que a alimentação constituiu-se no próprio direito à vida, negar este direito é, antes de mais nada, a primeira condição para a cidadania, que é a própria vida.”

4.1.6.1. - Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno

No Brasil, o incentivo à prática do aleitamento materno se consolidou na década de 80, com o surgimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que tinha como objetivo inverter o baixo índice de aleitamento materno, identificar as causas do desmame precoce e atuar em causas específicas para a promoção do aleitamento materno em lactentes de baixa renda (BERQUÓ, 1988, BRASIL, 2001).

A criação do PNIAM possibilitou a execução de estratégias importantes, tais como, a tentativa de implementação de um código de comercialização de substitutos do leite materno, normas para instalação do alojamento conjunto e bancos de leite humano nos hospitais e implementação da legislação trabalhista. Em 1988 a legislação trabalhista garantiu as mulheres que trabalham a licença-maternidade de 120 dias e pausas durante o trabalho para amamentar, além de obrigatoriedade de creches nas empresas, para as mães deixarem as crianças no período de trabalho (SAKAE et al., 2001). A partir de meados da década de 90 o PNIAM, passou a ser vinculado à área de Saúde da Mulher e a partir de 1998, foi lotado junto à Saúde da Criança da Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Neste sentido, a associação a outras entidades, tais como a Igreja Católica, os meios de comunicação de massa e a Sociedade Brasileira de Pediatria e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, possibilitou a divulgação em massa dos dados obtidos sobre a situação do aleitamento materno no Brasil (REA, 2003).

4.1.6.2- Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Na década de 90, em Florença, na Itália, pesquisadores e formuladores de políticas públicas reuniram-se, em conferência patrocinada pela OMS e pela UNICEF, com o tema “A amamentação nos anos 90: uma iniciativa global”, tendo como fruto a criação da “Declaração de Innocenti (UNICEF, 1989) Com a Declaração de Innocenti, foram estipulados os “Dez passos para o Sucesso da Amamentação” (Figura 2). Estas ações foram extremamente importantes para a

promoção do aleitamento materno e um dos principais pré-requisitos para uma instituição receber o título de “Amigo da Criança”. Esses passos foram dados às maternidades e unidades de neonatologia, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS, 1992):

FIGURA 2 - “Dez passos para o Sucesso da Amamentação”.

- “1- Todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados ao recém-nascido devem ter norma escrita sobre o aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados em saúde;
- 2- Treinar toda a equipe de cuidados em saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 3- Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
- 4- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno nas primeira hora após o nascimento;
- 5- Mostrar às mães como amamentar e como manterem a lactação mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6- Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
- 7- Praticar alojamento conjunto 24 horas por dia;
- 8- Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas para crianças amamentadas no seio materno;
- 10- Encaminhar as mães por ocasião da alta hospitalar para grupos para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde.”

Fonte: OMS, 1992

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi implementada em 1992 no Brasil, e este título era dado às instituições que cumprissem dentre outros itens, os dez passos para o sucesso da amamentação, citados na Declaração de Innocenti. Dessa maneira, era fornecido à instituição que cumprisse as metas, um incentivo financeiro e político para a promoção do aleitamento materno, contribuindo assim, para diminuir as taxas elevadas de desmame precoce (BRASIL, 2004; MOURA,

2001; OMS, 1992).

De acordo com Araújo et al. (2003) e Boccolini (2007), as maiores barreiras encontradas para implantação desta iniciativa são as necessidades de ajustes estruturais, investimento das instituições na capacitação dos profissionais e, principalmente, pela resistência dos profissionais que trabalham diretamente no núcleo materno-infantil. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança proporciona promoção ao aleitamento materno somente durante o tempo de hospitalização para o parto, partindo do princípio de que a lactante será assistida realmente pelas Unidades Básicas de Saúde (OLIVEIRA; CAMACHO, 2005; OLIVEIRA et al., 2005; SÃO PAULO, 2002).

Em 1992, tivemos o 1º Hospital Amigo da Criança (IHAC) credenciado, que foi o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). O principal objetivo da IHAC é mobilizar profissionais de saúde e demais funcionários de hospitais e maternidades para promoverem mudanças de condutas e rotinas que visem a prevenção do desmame precoce (ARAÚJO, 2002).

Em 1996, iniciou-se no Ceará o Projeto Carteiro Amigo, onde os carteiros participavam de ações de incentivo e de divulgação de informações às gestantes e nutrizes. Outra experiência que deverá ser discutida e regulamentada é a implantação de Unidades Básicas Amigo da Amamentação que determinará, a exemplo da iniciativa Hospital Amigo da Criança, os Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno que deveram ser cumpridos por essas unidades - postos e centros de saúde (ARAÚJO, 2002).

4.2 – A prevalência e as principais causas do desmame precoce no Brasil

De acordo com Wenzel (2008), em todo o mundo vêm se alcançando os objetivos de proteção, promoção e apoio à amamentação. No entanto no Brasil, a prática da amamentação exclusiva ao peito até o 6º mês de vida do neonato é algo ainda utópico, pois o desmame precoce é muito comum. Neste sentido, Bongiovanni (2006), aponta que um estudo transversal realizado no município de São Paulo na década de 70, discorria que a duração mediana da amamentação era de aproximadamente um mês. Entre as décadas de 70 e 80, pode-se observar uma

melhora no que concerne a fase inicial do desmame. Segundo Venâncio (2003), através de vários estudos realizados no Brasil a duração mediana do aleitamento materno, que era de apenas 2,5 meses em 1975, passou para 5,5 meses em 1981.

De acordo com pesquisas realizadas no ano 1989, pelo PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição), 97% das mulheres iniciavam a amamentação com duração mediana de 134 dias, mas com apenas 72 dias de aleitamento materno exclusivo, demonstrando a necessidade de promoção ao aleitamento. Nota-se ainda, que prevalece o percentual de 2,5 meses de amamentação, sem praticamente nenhum crescimento (LEÃO et al., 1992).

No ano de 1994 no Distrito Federal, o aleitamento materno exclusivo foi de 96,8% nos primeiros 15 dias, a prevalência deste aleitamento caiu para 62% até os quinze dias, 54% no primeiro mês, 23% até 120 dias e 10% até os 180 dias, tendo assim uma duração mediana de 39,4 dias (SENA et al., 2002). Em 1996, dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, na região do nordeste, apontaram uma duração mediana do aleitamento materno de 7 meses (LIMA; OSÓRIO, 2003).

Estudos realizados em 1999 pelo Ministério da Saúde em capitais brasileiras e no Distrito Federal, apontaram uma duração mediana da amamentação de 10 meses, associado à introdução de outros alimentos durante o período da lactação (SENA *et al.*, 2002)

Os dados mostram que apesar de melhorias em algumas regiões, o desmame ao longo de cerca de 20 anos prevalece contínuo. Os dados que evidenciam um aumento no período de amamentação, foram coletados em períodos que coincidem com o início das campanhas de incentivo ao aleitamento materno, promovidas por diversas entidades, principalmente pelo lançamento do PNAM, que foi concebido em 1981 (BERQUÓ, 1998, BRASIL, 2001).

Quanto a localização, a prevalência do desmame precoce é relativamente similar nas diferentes regiões do país. Em estudo realizado por Lima e Osório (2003), analisando a situação do aleitamento materno na região nordeste, através do banco de dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996, demonstrou que 91,1% dessas crianças iniciaram a amamentação no primeiro mês de vida, 90,4% das crianças mamavam no segundo mês de vida, no quarto mês 64,7% e no final do sexto mês 54,4% ainda estavam em amamentação, sendo a

duração total desta amamentação de 199,8 dias. A introdução de alimentos foi realizada precocemente, pois 58,9% das crianças com até três meses de idade utilizavam água, 54,8% leite fórmulas infantis e 29,5% chás e outros alimentos. O desmame precoce foi iniciado após um período de 2,5 a 3 meses.

Segundo Vasconcelos et al. (2006), com base na II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (1997), em Pernambuco 93,2% das crianças iniciaram a amamentação, porém 46,7% não receberam aleitamento exclusivo até os quatro meses e 37,9% não receberam aleitamento exclusivo até os seis meses, já mostrando elevada taxa de desmame nos primeiros quatro meses de vida, sendo que 21,7% das crianças amamentadas até os doze meses e 13,5% até os vinte e quatro meses. A duração do aleitamento materno total foi de 112 dias, observando um percentual de 71,6% de crianças sendo amamentadas no primeiro mês de vida, caindo este percentual para 32,6% aos quatro meses e apenas 22,9% aos seis meses, tendo o tempo de duração do aleitamento predominante de 77 dias. Já com relação ao aleitamento materno exclusivo 39,4% das crianças recebiam este leite no primeiro mês de vida, caindo para 13,7% no quarto mês e 7,4% para o sexto mês, finalizando em torno de 24 dias o período do aleitamento materno exclusivo.

Dados coletados no ano de 1997 durante campanhas de vacinação em Florianópolis e João Pessoa, em um estudo sobre a prevalência do aleitamento materno, demonstraram que o início da amamentação nas duas cidades se dava na mesma época logo após o nascimento, mas já nos primeiros meses decorrentes notou-se uma diminuição dessa porcentagem de aleitamento materno exclusivo. Em João Pessoa 23,9% das crianças menores de 4 meses estavam em amamentação exclusiva, já em Florianópolis esse índice era de 46,3%. A amamentação exclusiva em João Pessoa e Florianópolis foi de 16,5 e 53,3 dias respectivamente (KITOKO et al., 2000).

Ainda, de acordo com um estudo prospectivo realizado por Venâncio et al (2002), em 84 municípios de São Paulo, no ano de 1998, totalizando 33.735 crianças menores de um ano, das quais 11.481 eram menores de quatro meses. Observou-se que a amamentação exclusiva em menores de quatro meses era de 0% em dez municípios e apenas um município (Pedro Toledo) apresentou um índice de 54%. Os autores concluíram que somente 27 municípios realizavam amamentação exclusiva até os quatro meses de idade.

Em uma outra pesquisa desenvolvida por Pereira et al, (2004), em Ribeirão Preto/SP no ano de 1999, a duração média da amamentação total foi de seis meses. No entanto 18,8% das crianças menores de quatro meses estavam em amamentação exclusiva e 40,3 % em aleitamento predominante. Porém, apenas 12,7% das crianças menores de seis meses estavam em amamentação exclusiva.

Ressalta-se que, as dúvidas e controvérsias sobre a duração apropriada da amamentação exclusiva surgidas no final dos anos 70 e expressas no chamado "dilema de desmame" persistiram até o ano de 2001, quando após a 54ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS recomendou a introdução de alimentos complementares em torno dos seis meses de idade, em substituição à recomendação anterior, que era de quatro a seis meses. Em 2002, estabeleceu-se o consenso mundial de que não há nenhum benefício que possa ultrapassar os riscos e as desvantagens da introdução precoce de alimentos complementares, antes dos 180 dias de vida (BRASIL, 2002).

No entanto, ao longo dos anos foram observadas mudanças no padrão de aleitamento materno, porém, o desmame precoce prevalece. Em um estudo transversal realizado na região Nordeste do Brasil por Lima e Osório (2003), onde foram avaliadas 813 crianças com o intuito de se notar a duração mediana do aleitamento materno exclusivo, os dados mostraram que o aleitamento materno médio em tempo total foi de 199,8 dias. No primeiro mês de vida 90,4% das crianças foram amamentadas, até o quarto mês 64,7% e até aos seis meses 54,4%. O estudo apontou que a duração mediana do aleitamento materno foi maior nas crianças da zona rural, em crianças de mães mais velhas e naquelas que não fizeram uso de mamadeira. Nota-se que em 2003, houve um aumento da duração média do aleitamento materno, mais a introdução de alimentos ainda continuava precoce.

Em Montes Claros/MG, foi realizado um estudo com intuito de avaliar o impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, sobre as práticas de aleitamento materno entre mães da área urbana desta cidade, avaliando dois grupos, um em 1996 com 602 crianças e o outro em 2004 com 1526 crianças. Os resultados mostraram que 82% das 602 crianças e 81% das 1526 tiveram a introdução precoce de outros alimentos antes dos quatro meses de idade. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo passou de 27 dias em 1996 para 3,5 meses em 2004, apontando para uma melhora nos índices (CALDEIRA; GONÇALVES, 2007).

Em uma outra pesquisa realizada por Bengozi et al. (2008), na cidade de Cambé/PA, no ano de 2005, cujo objetivo era verificar o índice de aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida das crianças nascidas nesta região, foram analisados os prontuários de 46 mães de crianças aos quatro meses de vida, que apontaram 13% das crianças em aleitamento materno exclusivo no quarto mês de vida, 21,7% em aleitamento materno predominante, 47,8% sem aleitamento materno e 17,4% estavam recebendo exclusivamente fórmulas infantis. Quanto à utilização de outros alimentos no período da lactação, 63% das crianças receberam outro tipo de alimento até o quarto mês de idade, o que mostra a necessidade de reforço nas práticas que visem a orientação adequada e o incentivo ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde, na perspectiva de diminuir o índice de desmame precoce, no País.

De acordo Ramos et al. (2008), num estudo realizado no Piauí em 2006, com 1963 crianças menores de um ano de idade, 16% estavam em aleitamento exclusivo e 18% em aleitamento predominante. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 67 dias. Os estudos demonstram que o desmame precoce esteve presente durante vários anos e em diferentes regiões. Essa constatação aponta para um problema não só da saúde da criança ou da mulher, mas sim um problema de saúde pública.

Vários fatores estão assinalados como influenciadores do desmame precoce, dentre os quais a escolaridade e idade da mãe, a inserção no mercado de trabalho, cultura, depressão, uso de fármacos, excessiva publicidade de fórmulas infantis, dificuldade de atuação das entidades governamentais e a preocupação da mãe com a estética (ALMEIDA, 1999; ARAÚJO; ALMEIDA, 2007; FRANÇA et al., 2007; REA et al., 1997; SANTOS, 2005; TEIXEIRA et al., 2006). Neste sentido, FRANÇA et al. (2007) consideram que a educação é um ponto importante quando se deseja discutir o desmame precoce, pois os indivíduos, especialmente as mães, com maior escolaridade têm maior capacidade de receber e analisar melhor as informações sobre o aleitamento materno e seus benefícios.

No Brasil o senso do IBGE de 2007 apontava para uma população de 183.987.291 habitantes, sendo que destes, cerca de 33 milhões são analfabetos funcionais. Estes dados podem refletir no ato de amamentar, levando ao desmame precoce por falta de informação. Corroborando este dado Venâncio et al. (2002),

após avaliar 33.735 crianças menores de um ano, em 84 municípios de São Paulo, no ano de 1998, através da campanha de vacinação, constatou que quanto maior a escolaridade da mãe maior é a probabilidade da criança estar em aleitamento materno exclusivo. O estudo demonstrou que as mulheres que tinham até quatro anos de escolaridade tiveram 2,2 vezes mais chances de introduzir outros alimentos durante a lactação, em comparação às mães com 13 anos ou mais de escolaridade tiveram somente uma vez mais chances de introduzir outros alimentos durante a lactação. Neste sentido, Vianna et al. (2007), realizou um estudo em 70 municípios da Paraíba, com 11.076 crianças, analisando os fatores determinantes do aleitamento materno inadequado, e observaram que um dos principais fatores foi a baixa escolaridade materna. Neste trabalho encontrou-se 9,3% das mães analfabetas, 64,1% com o primeiro grau incompleto, 19,8% com escolaridade entre primeiro e segundo graus, e somente 1,1% declarou ter concluído o terceiro grau.

Hamanaka (2006), ao desenvolver uma pesquisa com 233 mães de crianças com idade inferior a 2 anos cadastradas nos PSF de Cacoal/RO, no ano de 2006, para avaliar o perfil do aleitamento materno nesta região, observou que destas mães 5 eram analfabetas, 154 tinham ensino fundamental, 67 ensino médio e apenas 4 ensino superior. O autor encontrou que, entre as mulheres que eram analfabetas ou possuíam apenas o ensino fundamental, 65,2% amamentavam, porém, apenas 17,5% de maneira exclusiva.

Em São Paulo, num trabalho desenvolvido no Hospital das Clínicas, no ano de 1998, Escobar et al. (2002), observaram que dentre todas as mães entrevistadas, que realizaram desmame precoce, 2,3% eram analfabetas e 50,8% não tinham completado o primeiro grau. Tais mães relataram não ter prosseguido com o aleitamento exclusivo, pois acreditavam que o leite não sustentava o seu filho. Isso demonstra mais uma vez, que aleitamento não pode ser encarado como um ato empírico, e sim uma junção de conhecimentos que levam a exercer a amamentação adequada.

A idade materna também tem sido um fator discutido quando se fala de desmame precoce, pois a mãe adolescente, muitas vezes, coloca a insegurança e a falta de confiança em si mesma, como uma barreira para a promoção do aleitamento materno. Levando em consideração a falta de apoio das próprias mães ou familiares, vários autores relatam que quanto menor a idade da mãe maior são os

índices de desmame precoce apresentados (GIGANTE et al., 2000)

Chaves et al. (2007), em um estudo realizado em um hospital da cidade de Itaúna/MG, com 246 mulheres que tiveram parto nesta instituição, acompanharam as mães até os 12 meses de lactação. Os autores observaram que 1,89% destas mães eram adolescentes com idade inferior a 20 anos, sendo que nestas, a prevalência de desmame precoce foi maior em relação às mães de maior idade. O maior tempo de aleitamento materno exclusivo nas mães mais velhas pode ser explicado pela sua experiência como múltipara.

Nesta direção, Uchimura et al. (2001) avaliando 57 puérperas em um hospital de Maringá/PR, em 1997, observaram que 38,6% delas eram adolescentes, e realizaram desmame precoce por volta da quarta semana de puerpério, ou seja, interromperam a amamentação em torno de um mês de lactação.

Ainda com relação a idade das mães, Silva et al. (2007), avaliaram 7.300 crianças entrevistando seus acompanhantes em uma campanha de vacinação em São Paulo, no ano de 2004, dos quais 83,9% eram suas mães. Neste grupo 16,4% eram adolescentes, e o maior índice de desmame precoce foi encontrado nesta faixa etária, cerca de 120 dias para o aleitamento e apenas 10% em amamentação exclusiva.

Além da escolaridade e idade da mãe, frequentemente o trabalho fora do lar também tem sido apontado como uma das grandes causas do desmame precoce no Brasil (REA, 2003). Para o autor, muitas mães alegam a necessidade de trabalhar, a falta de estruturação do local de serviço e o não cumprimento das leis institucionais com relação ao tempo de gestação e puerpério. De acordo com o autor, elas alegam o medo de perderem seus empregos e passam a utilizar outro tipo de alimento para o lactente como substituto da amamentação.

As leis trabalhistas e a Constituição Federal de 1998 proporcionam a mulher 120 dias de licença maternidade, pausas durante o expediente para amamentar, creche nos locais de trabalho, além de 5 dias de licença paternidade. Entretanto, atualmente pode se observar que algumas mulheres não recebem este benefício seja por descumprimento as leis ou por medo dessas mulheres em relação à demissão (REA et al., 1988). Faz-se necessário uma maior vigilância nesta área, uma vez que se trata de um fator de prejuízo para a promoção do aleitamento

materno.

TEIXEIRA et al. (2006), afirmam que os conhecimentos e experiências vividos por familiares durante a amamentação, permeados por mitos, crenças valores e tabus, tem sido uma barreira que perdura até os dias atuais, pois desestimulam a prática do aleitamento materno com relatos de que o leite é fraco, que a criança necessita de água e chás. Estes são aspectos difíceis de serem revertidos, havendo a necessidade de ações específicas de promoção ao aleitamento materno, não só para a mãe e o lactente, mas sim para toda família.

A percepção de leite insuficiente é um fenômeno universal, sendo a causa mais comum de desmame precoce em quase todas as sociedades. Na maioria das vezes a produção insuficiente de leite não passa apenas de uma percepção como resultado da falta de confiança, algumas vezes reforçada pela família e amigos em resposta ao choro da criança. Estas crises transitórias na lactação têm sido detectadas em especial nos primeiros meses pós- parto. Essas mães desses bebês necessitam de ajuda para amamentar com mais eficiência. (GIUGLIANI, 2002).

A mesma autora reforça que embora estudos em países menos desenvolvidos mostrem que o trabalho materno não seja uma das principais causas de interrupção do aleitamento materno e de introdução de suplementos à criança amamentada, sabe-se que o emprego materno pode ser um importante obstáculo à amamentação em especial a exclusiva, em diferentes populações. A relação entre trabalho materno, duração e padrão de amamentação é influenciada pelo tipo de ocupação, número de horas de trabalho, leis trabalhistas e suporte ao aleitamento materno no ambiente de trabalho. Há desconhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre o manejo da amamentação entre as mães trabalhadoras (técnicas de extração do leite, sua conservação, meios de oferecer o leite extraído para a criança).

Enfatiza também que em relação à cultura e crenças; uma prática moderna é uso de bicos-chupetas. Essa prática pode interferir na produção do leite. Embora não haja dúvidas que o uso de chupetas está associado com uma menor duração do aleitamento materno ainda não está bem estabelecido o efeito direto de tal prática na duração da amamentação. A confusão de bicos resulta da diferença da técnica de sucção usada para sugar o seio e a mamadeira. A má interpretação do comportamento e das necessidades normais do recém – nascido (choro, mamadas

freqüentes) pode ser considerada como fenômeno cultural.

Neste sentido, Bongiovanni (2006) relata que das mulheres entrevistadas em Ribeirão Preto, 64,2% receberam orientações da família: mães, amigas, sogras e irmãs, sobre a introdução de alimentos, sendo que 26,5% dessas pessoas se posicionaram contra o aleitamento e a favor da introdução dos alimentos líquidos ou sólidos.

O Ministério da Saúde preconiza a introdução de alimentos à lactação somente após os seis meses de idade, em associação ao aleitamento materno (BRASIL, 2000). No entanto, no Brasil, as políticas voltadas para a saúde da criança e da mulher contemplam de maneira pouco satisfatória o enfoque no modo correto de introdução de alimentos complementares.

Outro aspecto que deve ser ressaltado é a depressão pós parto tem crescido nos tempos atuais, manifestando também, sua interferência no aleitamento exclusivo. Mães depressivas apresentam maior dificuldade para cuidar da sua saúde e de seus filhos, levando à interrupção do aleitamento, pois sentem-se menos confiantes para amamentar (COUTINHO et al., 2002). Em estudo realizado por Vitolo et al. (2007), com 263 mães da cidade de São Leopoldo, observaram que 94 (35,7%) apresentam sintomas depressivos. No grupo de mães sem depressão, a frequência do aleitamento materno exclusivo foi de 0,45% maior do que nas mães que não possuíam sintomas depressivos. A princípio as diferenças não foram tão exacerbadas, mas deve-se analisar essa síndrome com mais cautela, visando reduzir os prejuízos da mesma para a lactação.

O uso de fármacos durante o puerpério também se torna um fator determinante para a continuidade do aleitamento materno, levando muitas mulheres a realizarem o desmame precoce. Neste sentido, a automedicação tem sido apontada como um dos fatores de suma preocupação (CHAVES; LAMOUNIER, 2004). Essa prática tem sido cada vez mais frequente nos dias atuais e deve ser encarada com preocupação devido a conhecida relação com o desmame. Em estudo realizado em Montes Claros/MG, analisando 50 mulheres que interromperam a amamentação, os autores observaram que 20% delas, a interrupção estava relacionada ao uso de medicamentos (CALDEIRA; GOULART, 2000). Em Itaúna/MG, um estudo com 155 mulheres que desmamaram seus filhos mostrou que 4,5% delas atribuíram o fato ao uso de medicamentos durante a lactação (CHAVES,

2004).

Como já referido anteriormente, o governo brasileiro adotou várias medidas como PNIAM, IHAC, e mais recentemente, a Unidade Básica Amiga Criança, com o objetivo de aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo, dentre outros. No entanto, embora esses fatores auxiliem, em muito, a taxa de amamentação exclusiva, ainda são programas pouco divulgados, ou incorporados por poucas unidades existentes no Brasil. Torna-se necessário que novas metas sejam implementadas pelo governo, as atuais reavaliadas e mais divulgadas, para a melhor promoção do aleitamento materno (ARAÚJO et al., 2003). Estas medidas são fundamentais, pois em um estudo realizado por Laumonier (1998), para avaliar o impacto da experiência Iniciativa Hospital Amiga da Criança implantada no Hospital Guilherme Álvaro/SP, comparando-o com outro hospital da região que atua de maneira tradicional, mostrou-se que a mediana de amamentação exclusiva foi de 75 dias contra 22 dias, respectivamente. Estes dados mostram que o hospital com a IHAC obteve maior índice de aleitamento exclusivo. No entanto, para que essa iniciativa se estenda para a maioria dos hospitais pólo é necessário que os administradores conheçam os benefícios deste projeto, além das necessidades de maior divulgação. Os projetos formulados pelo governo ajudam a diminuir o índice do uso de mamadeiras e bicos, pois estes utensílios são citados por vários autores como uma das causas de desmame precoce, devido a sua ligação a publicidade exagerada de leites artificiais.

A estética também é citada como uma das causas de desmame precoce, pois muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos, com receio de suas mamas ficarem flácidas. Outro fator de estética é a mamoplastia redutora e acordo Guigliane (2000), quando este procedimento é prévio à amamentação tem um impacto negativo nas taxas de aleitamento materno, principalmente o exclusivo. O autor aponta que, ao final do primeiro mês apenas 29% das mulheres com cirurgia prévia estavam amamentando exclusivamente, em contraste com as que não realizaram a cirurgia, totalizando 77% da amostra pesquisada.

Quanto à realidade do município de Teófilo Otoni, segundo trabalho de pesquisa realizado na região por Otoni, Oliveira e Martucheli (2006), onde foram investigados o percentual de mães que recebiam orientações através das Unidades de Saúde e amamentavam seus filhos em tempo correto, observou-se que um

grande percentual de mães correspondia às orientações transmitidas pelos enfermeiros e demais agentes de saúde. Orientações estas, que deixavam as mães mais seguras, confiantes e conscientes da importância da amamentação para a saúde do recém nascido. Sendo assim, nota-se a importância da efetivação do PNIAM nas unidades de saúde da nossa região, pois ainda há um grande público a ser atendido e conscientizado da importância da amamentação na vida do recém nascido.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, apesar dos inúmeros dados que comprovam os benéficos e a necessidade do aleitamento materno exclusivo, no Brasil, o desmame precoce ainda é prevalente. E dentre as principais causas, encontramos a idade e escolaridade da mãe, bem como a sua inserção no mercado de trabalho.

A amamentação não é só um ato biológico, ela está relacionada à cultura, portanto, influenciada por mitos e crenças que vem sendo construídos ao longo da história da humanidade como uma herança sociocultural que, muitas vezes, influencia negativamente o sucesso do aleitamento materno.

Poucas mulheres demonstram conhecer o tempo certo para a introdução de alimentos (tanto líquidos quanto sólidos), e a maioria delas ainda acredita que é preciso introduzir líquidos antes dos seis meses de idade.

Não podemos deixar de citar que a Equipe de Saúde da Família (ESF) tem que atuar implantando todos os programas do governo relacionados ao aleitamento materno, pois está em contato direto com essas mães devendo assim orientá-las sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. Neste sentido, os serviços de saúde podem apoiar a amamentação:

- Implementando normas e rotinas de aleitamento materno;
- Incentivando formação de grupos de gestantes e mães;
- Estimulando a participação das famílias no apoio à amamentação e durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto;
- Realizando acompanhamento das crianças e mães após a alta da maternidade;
- Estimulando as visitas domiciliares por pessoal treinado;
- Avaliando o jeito de amamentar em todos os contatos com mães e bebês;
- Monitorando o crescimento e desenvolvimento da criança.

Não podemos deixar de falar que aqui em Itambacuri o desmame precoce ainda é freqüente, principalmente devido à baixa condição socioeconômica e de escolaridade das mulheres, por isso a necessidade de mais estudos e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde nessa área para aumentar o número de crianças em aleitamento exclusivo.

Acredito que esta pesquisa pode contribuir com os profissionais da saúde e da educação, no sentido de direcionar seu campo de trabalho para esta área que ainda necessita muito de educação em saúde. Espero também, que este trabalho sirva de inspiração para que mais pesquisas como esta sejam feitas a fim de diminuir os mitos e crendices que dificultam o aleitamento materno, cuja importância é crucial para as crianças, mães, famílias e sociedade.

REFERÊNCIAS

- ANARUMA, M.S.; ROSSI, R.C.; LIMA H.C. **A Sublime função de amamentar.** Jornal Cidade, Rio Claro, p.15, 09 mai. 2002. Especial Saúde.
- AKRÉ, J. **Alimentação infantil: bases fisiológicas.** 2.ed. São Paulo: IBFAN, 1997.
- ARAÚJO, M.F.M. – **Situação e perspectiva do aleitamento materno no Brasil.** In: CARVALHO, M.R.; RAMEZ, R.N. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. 2 de. rev. Rio de Janeiro. Koogan, 2002. P 01-10p.
- ARAÚJO, M.F.M.A. et al. Primeira avaliação do cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno nos hospitais amigos da criança do Brasil. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 2003.
- ARAÚJO, M.F.M. et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v.3, n.2, p. 195-204, jun., 2003.
- ARAÚJO, M.F.M.A. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 4, p. 135 - 141, jun. 2004.
- ARAÚJO, M.F.M.A. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2004, v.4, n.2, ISSN 1519-3829.
- ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento Materno: O desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, Campinas, 2007.
- BARBOSA, M.B. et al. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev.de Nutrição**, Campinas, 2007.
- BARROS, M.D. **Imunoglobulinas e células do colostro e leite.**1977. 52 p. Tese (Mestrado em Medicina – Pediatria) - Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1997.
- BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996. **Amamentação e situação nutricional das mães e crianças.** Rio de Janeiro, 1997.
- BENGOZI, M.T. et al. Aleitamento materno entre crianças de até quatro meses do Jardim Santo Amaro de Cambe - PR. **Cienc. Cuid. Saúde.** v.7, n.2, p. 193-198, abr/Jun, 2006.
- BERNALDO, A.J.N.; SILVA I.S. Alimentação do Recém-nascido. In. BASSETO, M.C.A.; BROCK, P.; WAJNSZTENJ, R. **Neonatologia um Convite à Atuação Fonoaudiológica.** São Paulo: Lovise, 1998. p. 1 – 374.
- BERQUÓ, E. **Avaliação do programa nacional de aleitamento materno região**

metropolitana da Grande Recife. CEBRAP/FINEP/MS, Recife, 1998. 308 p.

BOCCOLINE, C.S. **Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e o início da amamentação em Hospitais do Município do Rio de Janeiro.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo, Rio de Janeiro, 2007.

BONGIOVANNI, R.G. **Aleitamento materno e programa de Saúde da Família - A prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses cadastradas em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto.** 2006. 104 p. Dissertação (Mestrado de Saúde da Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, T. M. Amamentação: um resgate histórico. **Caderno ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará**, v.1, n.1, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães amamentar.** Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Como ajudar as mães a amamentar.** Brasília, 1998. 178 p.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Saúde. Ano 4. Nº69.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**, Portaria N. 572/GM Em 10 de junho de 2000.

_____. Ministério da Saúde/OPS. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Serie A. Normas e manuais técnicos nº 107. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Brasília, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cab.pdf>>. Acesso em: 17 Maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas/ coordenação Materno – Infantil – 2.ed.** Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 2.ed., Brasília: BRASIL, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 117**, de 07 de junho de 2004. Trata de incentivo financeiro para os Hospitais amigo da criança. Brasil: Brasília, 2004.

CALDEIRA, A.P.; GOULART, E.M.A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v.70, p. 65-72, 2000.

CALDEIRA, A.P.; GONÇALVES, E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação: Bases Científicas**. – 2ª edição – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CORREA, M. **Importância do alojamento conjunto no sucesso do aleitamento materno**. 1997. 40 p. Dissertação (Bacharelado) - Departamento de Enfermagem, União das Faculdades Barão de Mauá, Ribeirão Preto, 1997.

COUTINHO, D.S.; BATISTA, M.N.; MORAIS, P.R. Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. **Rev. Neuropsiquiátrica Infanc. Adolesc.** v.10, n.2, p. 63-71, 2002.

CHAVES, R.G. **Situação do aleitamento materno e do uso de medicamentos pela nutriz no primeiro ano de vida da criança em Itaúna, MG**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, 2004.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A. Uso de medicamentos durante a lactação. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.80, n.5, p. 189-198, 2004.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CIBELE, C.C. Mediação e amamentação: atualização e revisão aplicadas á clínica materno-infantil. **Rev. Pediatria**, São Paulo, 2007.

ESCOBAR, A.M.U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. Saúde materno. Infantil.**, Recife, v.2, n.3, p. 253-261, 2002.

EUCLYDES, M.P. **Nutrição do Lactente. Base científica para uma alimentação adequada**. Viçosa-MG: Universidade Federal de Viçosa, 1997.

FARIA, G.J.; OSÓRIO, M.M. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. **Rev Nutr.**, 2005.

FRANÇA, G.V.A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2007.

GIGANTE, D.P.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.3, p. 259-265, 2000.

GIUGLIANI, E.R.J; VICTORA, C.G. **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: bases científicas**. Brasília: OPS/OMS, 1997.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.238-252, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J. **Amamentação exclusiva e sua promoção**. In: CARVALHO, M.R.; RAMEZ, R.N. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. 2 de. rev. Rio de Janeiro. Koogan, 2002. P 11-22p.

HAMANAKA, C.F. **Perfil do aleitamento materno no município de Cacoal - RO, Brasil**. 2006. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1.pdf>. Acesso em 20 maio 2011.

ICHISATO, T.M.S.; SHIMO, K.K.A. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2002.

ICHISATO, T.M.S.; SHIMO, K.K.A. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino Americana de Enfermagem** 2002. julho/agosto v.10, n.4: 578-85.

KIM, Y. et al. Dose-dependent protective effect of breast-feeding against breast cancer among ever-lactated women in Korea. **J. Cancer Prev. Eur**, 2007.

KITOKO, P.M. et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: um análise comparada. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2000.

LAMOUNIER, J.A. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Ass. Med. Brasil**. Belo Horizonte, v.44, n.4, p.319-324, 1998.

LEÃO, M.M. et al. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: **Fundação IBGE. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil - 1989**. Rio de Janeiro, 1992. 109 p.

LIMA, T.M.; OSÓRIO, M.M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses na região nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. 2003.

MARTINS FILHO, José. **A questão da Amamentação**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

MONTE, C.G.M.; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, 2004.

MOURA, M.F. 20 anos de políticas de aleitamento materno no Brasil. Análise das principais ações de promoção, proteção e apoio à amamentação nas décadas de 80 e 90. **Simpósio de investigação em amamentação alimentação complementar**. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

NEIVA, F.C.B. Aleitamento Materno em Recém-Nascidos. In. HERNANDEZ, A.M. **O Neonato**. São Paulo: Pulso, 2003. P. 1-149.

NEUTZLING, M.B. et al. Medindo o impacto da promoção do aleitamento materno em serviços de atenção primária à saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul. **Cad. Saúde Pública**. Rio Grande do Sul, 1993. 149 p.

OLIVEIRA, L.P.M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev Nutr.**, 2005;18:459-69

OLIVEIRA, I.C.; CAMACHO, L.A.B.; SOUZA, I.E.O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro: uma política de saúde pública baseada na evidência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.06, 2005.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. OMS/UNICEF, 1992. Disponível em: < www.unicef.org.br>. Acesso em: 20 maio 2011.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Evidências Científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

Organização mundial de Saúde. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. OPAS: Brasília, 2001. 134 p. A Opas é um organismo internacional e não pertence ao Brasil somente.

OTONI, A.O.; OLIVEIRA, R.A.; MARTUCHELI, K.C. **Importância do enfermeiro nas práticas educativas do aleitamento materno**. 2006. 61 p. Dissertação (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdades Doctum, Teófilo Otoni, 2006.

PEREIRA, M.J.B. et al. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, p. 36-43, 2004.

PRYOR, Karen. **A Arte de Amamentar**. São Paulo: Summus Editorial, 1981.

QUEIROZ, S. S. **O papel do ferro na alimentação infantil**. Temas de Nutrição em Pediatria. Publicação elaborada pelo Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2001. Disponível em: <[www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=1093 &tipo_detalhe=S](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=1093&tipo_detalhe=S)>. Acesso em 20 set 2008.

RAMOS, V.C. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 1753-1762, 2008.

REA, M.F.; CUKIER, R. Razões de desmame e introdução da mamadeira. Uma abordagem alternativa para seu estudo. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, 1988.

REA, M.F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, p. 241-249, 1990.

REA, M.F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres

trabalhadoras formais. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p. 149-156, 1997.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 1, p. 37-45, 2003.

RICO, R.G. **Estudo sobre o aleitamento materno em Ribeirão Preto**. 1975. Dissertação (Mestrado - Departamento de Ginecologia, obstetrícia e Pediatria) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1975.

SAKAE, P.P.O.; COSTA, M.T.Z.; VAZ, F.A.C. **Cuidados perinatais humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil**. *Pediatria*. São Paulo, 2001. Disponível em: <www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/520.pdf>. Acesso em 11 nov 2008.

SANCHES, M.T.C. **Amamentação – Enfoque fonoaudiológico**. In: CARVALHO, M.R.; RAMEZ, R.N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. 2 de. rev. Rio de Janeiro. Koogan, 2002. P 50-59p.

SÃO PAULO. Secretaria estadual de Saúde de São Paulo. **Aleitamento Materno**. Boletim do instituto de saúde, n.27, São Paulo, 2002.

SENA, M.C.; SILVA, E.F.; PEREIRA, M.G. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Brasil, 2002.

SILVA, A.A.M. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos deveres e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira**. 1990. 50 p. Dissertação (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, I.A. **Amamentar: uma questão de assumir os riscos ou garantir benefícios**. 1994. 191 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1994.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, 2003.

TEIXEIRA, M.A. et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano família: a cultura da querer-poder amamentar. **Rev. Enfermagem**, Florianópolis, 2006.

TOMA, T.S. **Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF): fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores da saúde**. 2008. 145 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

UCHIMURA, N.S. et al. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. **Rev. Acta Scientiarum**, Maringá, v.23, n.3, p. 713-718, 2001.

UNICEF. Brasil – **Aleitamento Materno**. [online]. [citado 2009-08-15] Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm>. Acesso em 17 Maio 2011.

UNICEF/ Organização Mundial de Saúde. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra, 1989. 31p.

UNICEF. **Breastfeeding: foundation for a healthy future**. New York: UNICEF, 1999. 14 p.

VALLE, N. J.; SANTOS, I.; GIGANTE, D. P. Intervenções nutricionais e crescimento em crianças de até dois anos de idade: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, 2004.

VANNUCHI, M.T.O. et al. Perfil do aleitamento em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Artigos Originais**, Paraná, 2002.

VENANCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A. A evolução na prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 1998.

VENANCIO, S.I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, 2002.

VANANCIO, S.I. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. v.79. n1. **Revista de Pediatria**, 2003.

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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Pernambuco, 2006.

VIANNA, R.P.T. et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. Artigo - Universidade Federal de Paraíba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.

VITOLLO, M.R. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev. de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, 2007.

WENZEL, D. **Aleitamento materno: estudo nacional da prevalência de determinantes no Brasil, nas macro-regiões e áreas urbanas e rurais**.2008. p.60. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2008.