

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

**JAQUELINE SOARES DA SILVA**

**PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE: Revisão de  
literatura**

**João Pessoa  
2016**

JAQUELINE SOARES DA SILVA

PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE - Revisão de  
literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

João Pessoa  
2016

S586p Silva, Jaqueline Soares da.

Principais fatores relacionados ao desmame precoce: revisão de literatura / Jaqueline Soares da Silva. - - João Pessoa, 2016.

50f.-

Orientador: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.  
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Aleitamento materno. 2. Aleitamento materno exclusivo. 3.  
Desmame precoce.

JAQUELINE SOARES DA SILVA

**PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE**  
**Uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 16/ 11/ 2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna – CCS/UFPB**  
**Orientador**

---

**Ana Flávia Gomes de Britto Neves– CCS/UFPB**  
**Examinador**

---

**Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Sônia Cristina Pereira de Oliveira – CCS/UFPB**  
**Examinador**

João Pessoa  
2016

*À Deus e a minha querida mãe, Severina, por  
todo amor, cuidado e incentivo a mim  
oferecidos.*

*Dedico!*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus, porque foi Ele que me fez chegar até aqui. O Senhor me ensinou que nada seria empecilho se eu mantivesse minha confiança nEle, foi Ele que me fortaleceu e me fez prosseguir. A Ti, Senhor, minha total gratidão!

Agradeço a minha querida mãe, **Severina**, pelo imenso esforço e apoio para a realização da minha graduação, e por todas as orações, incentivos e cuidados para a realização desse trabalho. Mãe, meu coração transborda gratidão por tudo o que você faz por mim, não consigo mensurar quão grande é o meu amor por ti.

Ao meu pai, **Nilson**, pela ajuda para a conclusão de minha graduação. Sou grata ao senhor por todo o esforço!

À minha prima **Ângela**, por todo amor e apoio a mim dedicados, e pela sua disponibilidade em me ajudar sempre que precisei e por realizar-se com minhas conquistas.

À **Ronie**, pelo amor e cuidado a mim oferecidos. Sou grata a Deus por ter você em minha vida.

Ao meu professor **Rodrigo**, por desde o início ter apoiado esse trabalho e ter aceitado ser meu orientador. Obrigada por toda paciência e disponibilidade que o senhor teve para comigo.

À professora **Sônia Cristina**, por ter aceitado participar da banca e por todos os ensinamentos durante a minha graduação.

À doutoranda **Ana Flávia**, por ter aceitado participar da banca e por toda atenção e carinho ao ler este trabalho.

Às amigas que fiz durante o curso, que foram de imensa importância para que eu pudesse concluir essa fase. Em especial à **Jackeline, Larissa e Priscilla**, que sempre estiveram comigo, apoiando e ajudando em tudo que era possível.

À minha amiga **Emília**, pelas orações e incentivos. Por me lembrar constantemente da fidelidade de Deus para com todos aqueles que confiam nEle.

À minha amiga **D. Sandra**, pelo imenso carinho e por cuidar de mim como uma filha. Obrigada por todas as orações e por todo amor a mim oferecidos.

À Universidade Federal da Paraíba, pelo ambiente propício à minha formação.

À todos os familiares e amigos que de alguma forma me alegraram durante essa árdua caminhada e me ajudaram a superar dificuldades, sou grata a Deus por me conceder amizades sinceras que se alegram com minhas conquistas. À vocês minha gratidão!

"Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem sucedidos."

(Provérbios 16:3)

## RESUMO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura que tem por objetivo compreender a importância do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e identificar os principais fatores que estão relacionados ao abandono precoce da amamentação. Por meio da pesquisa bibliográfica em artigos, revistas eletrônicas e base nacional de dados verificou-se que apesar das ações e incentivo ao aleitamento materno, os índices de AME ainda se encontram aquém dos padrões recomendados pela OMS e Unicef. Diversos são os fatores que interferem na decisão das mães em amamentar, dentre eles, destaca-se a falta de conhecimento das mães acerca do assunto, a crença em mitos e tabus, o nível socioeconômico da família, a volta ao trabalho, os problemas mamários, a inserção precoce de mamadeiras e chupetas e a falta de apoio e orientação por meio da equipe de saúde. O presente estudo possibilitou a compreensão sobre os riscos que o desmame precoce oferece à saúde e a necessidade da conscientização e capacitação da equipe de saúde para oferecer assistência à nutriz, bem como a importância da criação de políticas públicas que promovam e incentivem o AME.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Aleitamento materno exclusivo. Desmame precoce.

## **ABSTRACT**

This is a literature review that aims to understand the importance of exclusive breastfeeding (EB) and to identify the main factors that are related to the early abandonment of breastfeeding. Through bibliographic research in articles, electronic journals and national databases, it was found that despite the actions and encouragement of breastfeeding, the SMA indexes still fall short of the standards recommended by WHO and Unicef. There are several factors that interfere with mothers' decision to breastfeed, among them, mothers' lack of knowledge about the subject, belief in myths and taboos, family socioeconomic level, return to work, breast problems, the early insertion of bottles and pacifiers and the lack of support and guidance through the health team. The present study made it possible to understand the risks that early weaning poses to the health and the need of the health team's awareness and capacity to offer nursing care, as well as the importance of creating public policies that promote and encourage the EB.

**Keywords:** Breastfeeding. Exclusive breastfeeding. Early weaning.

## **LISTA DE SIGLAS**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>AM</b>     | Aleitamento Materno                     |
| <b>AME</b>    | Aleitamento Materno Exclusivo           |
| <b>WHO</b>    | World Health Organization               |
| <b>OMS</b>    | Organização Mundial de Saúde            |
| <b>UBS</b>    | Unidade Básica de saúde                 |
| <b>IHAC</b>   | Iniciativa Hospital Amigo da Criança    |
| <b>OMS</b>    | Organização Mundial de Saúde            |
| <b>UNICEF</b> | Fundo das Nações Unidas para a Infância |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>2 METODOLOGIA.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>   | <b>15</b> |
| 3.1 ALEITAMENTO MATERNO.....   | 15        |
| <b>3.1.1 Situação do aleitamento materno no Brasil .....</b>                 | <b>17</b> |
| 3.2 DESMAME PRECOCE .....  | 18        |
| 3.3 PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE.....                  | 19        |
| <b>3.3.1 Idade materna .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>3.3.2 Nível de escolaridade .....</b>                                     | <b>20</b> |
| <b>3.3.3 Renda familiar .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>3.3.4 Trabalho .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>3.3.5 Crenças, mitos e fatores culturais .....</b>                        | <b>22</b> |
| <b>3.3.6 Experiência anterior sobre amamentação.....</b>                     | <b>25</b> |
| <b>3.3.7 Influência dos familiares .....</b>                                 | <b>26</b> |
| <b>3.3.8 Introdução de chás e água .....</b>                                 | <b>27</b> |
| <b>3.3.9 Orientação sobre amamentação durante pré-natal e lactação .....</b> | <b>27</b> |
| <b>3.3.10 Problemas relacionados à saúde materna .....</b>                   | <b>28</b> |
| <b>3.3.11 Uso de chupetas e mamadeiras.....</b>                              | <b>30</b> |
| <b>3.3.12 Baixo peso da criança .....</b>                                    | <b>31</b> |
| <b>3.3.13 Indicação de suplementos .....</b>                                 | <b>32</b> |
| 3.4 CONSEQUÊNCIAS DO DESMAME PRECOCE .....                                   | 33        |
| <b>4 DISCUSSÃO .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>40</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>41</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Na década de 1980 foram publicados pela primeira vez estudos que comprovavam a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, confirmando sua participação na diminuição de morbidades e mortalidade infantil. Tais estudos, juntamente com outros realizados em diversos países, serviram de base para a reformulação de políticas internacionais de saúde. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) passaram a recomendar que as crianças devem ser amamentadas exclusivamente até os seis meses, e que, após este prazo, sejam oferecidos alimentos complementares, mantendo a amamentação até no mínimo os dois anos de idade da criança (OMS, 2007).

Conforme afirma o Ministério da Saúde, o leite materno é o alimento mais adequado para alimentar a criança até os seis meses de vida, por ser altamente nutritivo, rico em vitaminas, água, proteínas, sais minerais, carboidratos e gordura, que constituem os principais nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento infantil. Este alimento promove um maior vínculo entre a mãe e o bebê, contribui para a diminuição da mortalidade infantil, é responsável por conferir proteção imunológica à criança, evitar infecções respiratórias, alergias, riscos de hipertensão, diabetes, dislipidemia e obesidade (BRASIL, 2009).

No entanto, apesar dos esforços de diversos órgãos nacionais e de todas as evidências científicas que comprovam a importância do aleitamento materno e sua superioridade em relação a outros alimentos, os índices de aleitamento ainda se encontram muito abaixo dos padrões recomendados (BRASIL, 2009). De acordo com Carvalho e Tamez (2005) o fato é ainda mais preocupante para a situação do aleitamento materno exclusivo, visto que esse apresenta taxas bem mais baixas que o aleitamento em geral e sofre declínio logo nos primeiros dias pós-parto. A interrupção precoce da amamentação leva às mães a oferecerem outros alimentos a seus filhos, fator prejudicial à saúde, pois a criança perde a proteção que o leite materno oferece, ficando assim, exposta a agentes infecciosos, risco de doenças, contato com proteínas estranhas e prejuízos ao processo de digestão (PEDROSO et al., 2004).

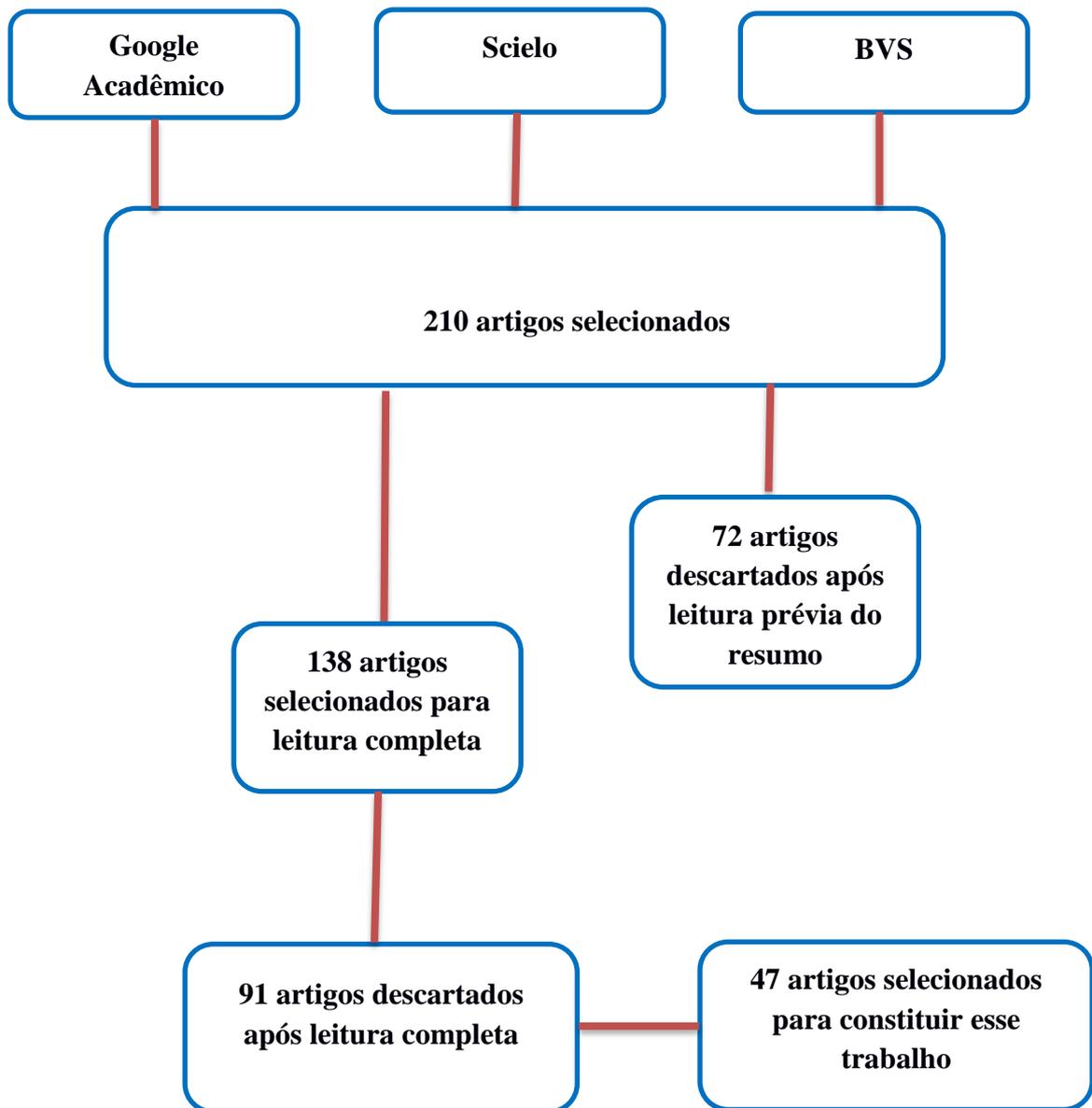
Tendo em vista que o desmame precoce se constitui um problema de saúde pública, o presente estudo tem o objetivo de estudar os principais motivos que levam as mães a desmamarem precocemente seus filhos, bem como enfatizar a importância do aleitamento materno exclusivo, mostrar os índices de aleitamento no Brasil e relatar as consequências do desmame precoce. A escolha desse tema se justifica pela necessidade do conhecimento sobre a

importância do AME e as implicações que o desmame precoce traz à saúde. A compreensão desses fatores, bem como a capacitação acerca do assunto, possibilita ao profissional de saúde que este seja capaz de orientar e apoiar às lactantes frente às dificuldades que o aleitamento apresenta. Promover o AME é promover saúde, segurança e diminuição de custos, visto que este é um ato totalmente natural e não requer gastos. E, aliado a isso, é a garantia de um crescimento e desenvolvimento saudável, além de estreitar os laços afetivos entre o binômio mãe/filho, sendo assim também responsável pelo melhor desenvolvimento psicológico e emocional da criança.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão de literatura na qual foram obtidos os dados através dos meios eletrônicos Google Acadêmico, Scielo e BVS, buscando artigos, originais e de revisão, e revistas eletrônicas que trouxessem estudos referentes às dificuldades do AM e os fatores de predisposição ao desmame precoce. O levantamento do material foi realizado com as seguintes palavras-chave: “aleitamento materno”, “aleitamento materno exclusivo”, “desmame precoce”, “dificuldades do aleitamento”.

Com esta busca foram encontrados 210 trabalhos que foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: artigos originais e de revisão, de língua portuguesa, publicados no período de 2000 à 2016 em periódicos indexados nas bases de dados consultadas. Para a seleção dos artigos, foi realizada breve leitura do resumo, descartando 72 trabalhos por motivo de não atenderem aos critérios de inclusão. Foram selecionados 138 artigos para leitura completa, dos quais 91 foram descartados por conterem resultados iguais ou semelhantes aos demais artigos. Por fim, foram utilizados 47 artigos para construção desse trabalho, dos quais 12 foram provenientes da base de dados BVS, 22 da Scielo e 13 provenientes do Google Acadêmico.



**Figura 1.** Fluxograma descritivo das etapas de revisão sistemática nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância (Unicef) enfatizam que a forma mais segura e eficaz de se alcançar o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança até o 6º mês de vida é através da garantia do aleitamento materno exclusivo (AME) desde a primeira hora de vida extrauterina (OMS, 1989). A OMS utiliza definições para o aleitamento materno que são reconhecidas no mundo inteiro. Brasil (2009, p.12) esclarece que, segundo essas definições, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

- **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.

O leite materno deve ser a única fonte alimentar da criança até os seis meses de vida, pois este é capaz de fornecer todos os nutrientes adequados e protegê-la contra doenças. Somente após esse período é que se faz necessário a introdução e complementação com outras fontes alimentares (SILVA et al., 2010).

De acordo com Saliba et al. (2008) a amamentação possibilita o atendimento de diversos aspectos relacionados ao desenvolvimento e crescimento adequado da criança no seu primeiro ano de vida, dentre eles aspectos imunológicos, psicológicos e nutricionais. Alguns estudos apontam que a lactação também oferece efeitos benéficos para a saúde materna, como a redução dos riscos de câncer, um melhor retorno ao peso pré-gestacional, além de promover uma realização pessoal, gerando um vínculo afetivo mãe-filho mais estreito (WEFFORT e LAMOUNIER, 2009).

Estima-se que a amamentação pode reduzir em até 13% as mortes em crianças menores de 5 anos e 19 a 22% as mortes de neonatos, principalmente se esta for praticada na primeira

hora de vida do recém-nascido (JONES et al., 2003). Bétran et al. (2001) ao estimarem os potenciais de redução da mortalidade infantil na América Latina concluíram que o AM poderia reduzir drasticamente os índices de mortalidade infantil. Arifeen et al. (2001) através de um estudo de coorte com 1.677 crianças, constatou que o aleitamento materno exclusivo conferiu proteção contra óbitos causados por diarreia, enquanto que o aleitamento predominante ou a ausência de amamentação estiveram associados ao risco 2,23 maior de mortalidade infantil por outras doenças e um risco 3,94 vezes maior de óbitos por infecções respiratórias e diarreia.

Além dos diversos benefícios para a saúde e desenvolvimento da criança, o leite materno também é capaz de conferir proteção odontológica, pois estimula o desenvolvimento craniofacial ósseo, muscular e funcional, prevenindo assim alterações na fonação, respiração e deglutição. Diminui o risco de sobrepeso na infância e consequentemente, problemas associados à obesidade. Também é responsável pelo fortalecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, promovendo assim uma melhor qualidade de vida à criança (CHIMIONATO et al., 2008). Além disso, a prática da amamentação reduz os custos para os sistemas de saúde, visto que crianças que são amamentadas têm menos riscos de internação e utilização de medicamentos (ARAÚJO et al., 2004).

Conforme afirma Lamounier et al. (2008) os cuidados oferecidos às mulheres e crianças constituem um fator de contribuição para o sucesso da lactação. Desde a década de 1980, diversas ações e políticas públicas vêm sendo desenvolvidas para promover a prática do AM no Brasil. Em 1991, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) implantaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que mobiliza os profissionais de saúde a incentivar e apoiar a prática da amamentação. No entanto, sem o apoio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde as crianças são assistidas, o alcance das medidas adotadas no hospital torna-se questionável. É importante que as UBSs incentivem a amamentação formando grupos de apoio às gestantes, criando campanhas de promoção do AM e visando a busca de soluções para os problemas que as lactantes apresentam, de modo a contribuir com a prática do aleitamento materno exclusivo recomendada pela OMS (ESCOBAR et al., 2002).

### 3.2 SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

De acordo com Vasconcelos et al. (2006) a prevalência do AM sofre variações a depender dos países, regiões e tipo de população. Estudo conduzido por Sena et al. (2007) aponta que no Brasil a região que apresenta a maior prevalência de AME no sexto mês, é a região Sul, com um percentual de 10,2%, em seguida aparece a região Nordeste, com 8,4%, a

região Norte com 7,0%, a região Sudeste com 6,7% e por fim a região Centro-Oeste, com um percentual de 6,2%. No Brasil, a capital com maior prevalência de AME aos seis meses é Belém, com 16,9%. João Pessoa aparece com prevalência de AME até os seis meses de apenas 4,6%. Valores estes que se encontram abaixo da meta estabelecida pela OMS, que preconiza o AME até o sexto mês de vida e deveria ser realizado por no mínimo 50% das mães (SENA et al., 2007).

Moimaz (2013) conduziu um estudo em dois municípios do Estado de São Paulo, Araçatuba e Piacatu, no período de março a julho de 2007, com 84 mães, das quais três delas tiveram gêmeos, tendo assim resultados referentes a 87 bebês. O percentual de crianças amamentadas em seu primeiro mês de vida foi de 94,3% (82 dos bebês), no entanto apenas 49,4% (43 bebês) recebiam AME. No terceiro mês, observou-se que apenas 13,8% (12 bebês) recebiam aleitamento materno exclusivo e nenhum bebê recebeu aleitamento materno até o final do sexto mês. Estudos apontam que a duração média do AME em crianças menores de 6 meses no conjunto das capitais brasileiras foi de 54,11 dias (1,8 meses). Em relação ao uso de mamadeira a mediana entre as capitais foi (58,4%), chupeta (42,6%), introdução precoce de água (13,6%), chá (15,3%) e consumo de outros leites (18%), chegando a 48,8% nas crianças entre 120 a 180 dias de vida. (BRASIL, 2009). Pesquisas feitas nas Capitais e Distrito Federal demonstram que os índices de AM tem aumentado no Brasil. A mediana do tempo de amamentação passou de 1,5 meses em 1975 para 4,1 meses em 1989; 6,7 meses em 1996; 9,9 meses em 1999 e, finalmente, 11,2 meses em 2008 (BRASIL, 2009).

Estudo realizado por Araújo (2002) revelou que na faixa etária entre 0 a 30 dias, 53,1% das crianças mamam exclusivamente no peito, ocorrendo, a partir daí, uma brusca diminuição nos índices de AME. A prevalência de aleitamento materno exclusivo na faixa etária entre 91 e 120 dias foi de 21,6% e, na faixa etária entre 151 e 180 dias foi de 9,7%.

### 3.3 DESMAME PRECOCE

Araújo et al. (2008) define o desmame precoce como sendo a introdução de qualquer tipo de alimento ou líquido que não seja o leite materno, antes da criança completar 06 meses de idade.

O desmame precoce é encarado como um problema de saúde social, visto que esse implica diretamente na qualidade e expectativa de vida dos recém-nascidos, por estar relacionado à mortalidade infantil (DIOGO et al., 2011). O desmame precoce é estudado

considerando os fatores que estão relacionados à nutriz e ao lactente. Dentre estes fatores, encontra-se a observação do aleitamento materno vista sob o aspecto biologicista, que impõe à mulher o ato da amamentação, porém não considera o complexo social em que esta se encontra, nem os fatores culturais que influenciam na tomada de decisão de amamentar ou não seus filhos (SILVA, 2001). Assim, torna-se importante a compreensão da influência do universo cultural na tomada de decisão do ser humano, em que respeitar a pessoa, partilhar com ela saberes e costumes é condição essencial para o profissional de saúde na reversão da prática do aleitamento materno, garantindo como consequência, a redução do desmame precoce (SILVA et al., 2007, p. 32-33).

A Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno realizada em 1999 nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, revelou que no Nordeste a prevalência do AME no primeiro mês de vida da criança era de 50%, aos 120 dias esta proporção chegava aos 19%, e aos 6 meses de vida do bebê ela estava em apenas 8% (BRASIL, 2001). Parizoto (2009) afirma que a interrupção precoce do AME é um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil, e que diante disso é necessário um constante monitoramento dos indicadores, a busca de determinantes modificáveis, planejamento de intervenções e novas pesquisas na área. Para que seja possível a promoção do AM, é necessário o entendimento e compreensão dos pensamentos das mães em relação à lactação e os motivos que as levam a desmamar precocemente (DEL CIAMPO et al., 2008).

Diante desse contexto, Bueno e Teruya, acrescentam:

Apesar de pertencer à classe dos mamíferos, o ser humano distanciou-se muito de nossas origens, deixando de amamentar seus filhos e por isso paga um ônus que vai desde uma simples suscetibilidade às doenças até à morte. A amamentação assegura proteção à saúde não só para as crianças, como também para suas mães, assim como fortalece o vínculo afetivo entre eles. A amamentação propicia também a economia para famílias, instituições de saúde, governos e nações. (BUENO; TERUYA, 2008, p.155).

O estímulo e orientação sobre a prática do aleitamento materno deve ser feito por toda a equipe de saúde, desde o pré-natal e ser mantido após o nascimento da criança, com o objetivo de incentivar, auxiliar na tomada de decisões, ajudar nas pressões enfrentadas pela nutriz, fortalecendo dessa forma a autoconfiança da mulher (CAMINHA et al., 2011). A equipe de saúde deverá orientar as mães não somente quanto à superioridade do leite materno e os benefícios que este traz à saúde do bebê, mas também enfatizar os benefícios que ele proporciona à saúde materna, como a diminuição dos riscos de alguns tipos de câncer, risco de diabetes, artrite reumatoide e também sua contribuição na retração uterina pós parto. Além da

contribuição na prevenção da osteoporose e recuperação mais rápida do peso pré-gestacional (CASTRO; ARAÚJO, 2006; MARTINS; GIULIANI, 2012).

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE**

De acordo com Borges e Philippi (2003) dentre os diversos fatores que contribuem para o desmame precoce, destaca-se a falta de conhecimento referente ao tema por parte das mães. Profissionais de saúde também podem exercer influência negativa na manutenção do aleitamento caso estes não sejam capacitados para oferecer suporte necessário às mães (NAKANO et al., 2007). Segundo afirmam Catafesta et al. (2009), a gestante que recebe informações e orientações referentes à gestação, parto e puerpério, enfrentará esses períodos com maior segurança, pois a falta de orientação adequada gera preocupações e expectativas frustradas.

Caldeira e Goulart (2000) apontam que as variáveis que influenciam o processo de desmame dividem-se em cinco categorias: (a) variáveis demográficas: idade materna, tipo de parto, número de filhos, presença paterna, experiência com amamentação; (b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, nível de escolaridade dos pais; (c) variáveis relacionados à assistência pré-natal: orientações sobre o processo de amamentação; (d) fatores relacionados à assistência pós-natal imediata: dificuldades iniciais, alojamento conjunto, auxílio da equipe de saúde; e) variáveis associadas à assistência após a alta hospitalar: estresse materno, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, inserção precoce de alimentos na dieta do bebê.

#### **4.1.1. Idade Materna**

De acordo com Gigante et al. (2000) as adolescentes frequentemente alcançam índices menores de aleitamento, e alegam como motivo do abandono da amamentação a falta de confiança em si mesmas para cuidar do filho, a falta de apoio dos familiares e os problemas com a auto-imagem. Outros possíveis fatores que interferem na realização do AM nessa categoria de mães são: nível de escolaridade mais baixo, menor poder aquisitivo, falta de experiência, insegurança frente aos problemas que a lactação oferece, ausência de um companheiro que lhe dê suporte, e outros problemas que atrapalham o manejo da lactação (ARAÚJO et al., 2008).

Gusmão et al. (2013), Souza et al. (2012) e Niquini (2009) afirmam que a introdução precoce de alimentos na dieta da criança são bastante encontradas em casos de nutrizes jovens ou adolescentes. Entretanto, a literatura ainda apresenta controvérsias quanto a associação da idade materna com a duração do aleitamento exercido. Gigante et al. (2000), Lawoyin et al. (2001) e Zimmermam e Guttman (2001) afirmam que a prevalência do AME é mais frequente em mães com idade adulta. Enquanto Damião (2008), Cruz et al. (2010) e Frota e Marcopito (2004) não encontraram em seus estudos relação entre o tempo de aleitamento materno e a idade da mãe.

#### **4.1.2. Nível de escolaridade**

No que se refere ao grau de instrução materna, estudos têm demonstrado que esse fator afeta a motivação para amamentar (ARAÚJO et al. 2008, p.489).

Volpini e Moura (2005) encontraram associação entre o nível de escolaridade e o tempo de AM. Do mesmo modo, outros estudos constataram que mulheres com maior nível de escolaridade e melhor nível socioeconômico tendem a uma maior valorização do AM, enquanto que na população feminina menos instruída não observa-se tal valorização, considerando os valores mais expressivos de desmame precoce que foram encontrados nessa categoria (KUMMER et al., 2000; PEREIRA et al. 2012).

Estudo realizado por Mascarenhas et al. (2009) aponta que pais com menor escolaridade estavam associados com a interrupção do AME nos primeiros 3 meses de vida. Subentende-se que pais com níveis mais altos de escolaridade são mais conscientizados sobre a importância do aleitamento e repassam essa segurança e apoio às companheiras.

#### **4.1.3. Renda familiar**

De acordo com Kummer et al. (2000) quanto melhor o nível social da lactante, maior é a probabilidade de AME. Semelhantemente, Souza et al. (2008) identificou em sua pesquisa que quanto menor a renda familiar, maior é a predisposição para o desmame precoce. Gigante et al. (2000) encontraram associação entre um melhor nível socioeconômico e um maior tempo de amamentação. Barbosa et al. (2009) concluiu que mulheres com renda familiar menor ou igual a três salários mínimos tinham cerca de três vezes mais risco de desmamar precocemente seus filhos. A necessidade de trabalhar informalmente para conseguir o sustento familiar é outro fator que, segundo o autor, também interfere negativamente no aleitamento exclusivo.

No entanto, os estudos sobre a renda familiar relacionada à amamentação, ainda apresenta resultados contraditórios. Estudo conduzido por Batista et al. (2013) revelou que o fator renda e tempo de amamentação eram inversamente proporcionais, pois em sua pesquisa foi percebido que as mães com renda familiar mais alta, amamentavam seus filhos por menos tempo. Fato que pode ser explicado por Mascarenhas et al. (2010) e Carrascoza et al. (2005), que relatam que mães de poder aquisitivo menor têm mais chances de amamentar exclusivamente seus filhos devido às dificuldades financeiras para adquirir fórmulas infantis e outros tipos de leite.

#### **4.1.4. Trabalho**

A Constituição Federal Brasileira assegura à mulher que trabalha fora o direito à licença maternidade, um prazo de 120 dias consecutivos, sem que haja prejuízos no emprego ou em suas remunerações (BRASIL, 1988). No entanto, grande parte das mulheres trabalhadoras não desfrutam desse direito, por descumprimento da lei por parte dos empregadores, ou simplesmente por estarem em empregos informais (FALEIROS et al. 2006).

Com um mercado de trabalho cada vez mais exigente e competitivo, grande parte das mulheres optam pela introdução precoce de fórmulas infantis e outros alimentos na dieta de seus filhos, visto que seus trabalhos demandam tempo fora de casa e isso implica em um maior período longe do convívio com o filho (MORAIS et al., 2011).

Vianna et al. (2007) revelou que a prática do AME era mais proeminente em mães que haviam desfrutado da licença maternidade. Vieira et al. (2004) observaram que mães que não tinham obrigações com trabalhos fora do lar, tinham uma tendência significativamente maior para a realização do AME.

Alguns autores afirmam que o trabalho não se constitui um fator de risco para o desmame quando este oferece à mulher condições favoráveis para a realização do aleitamento, como por exemplo, respeito à licença maternidade, local para a amamentação e condições de realizá-lo no horário de trabalho (FALEIROS et al., 2006). A falta de condições favoráveis para a realização do aleitamento no local de trabalho, como por exemplo a existência de berçários, constitui um fator dificultante relatado pelas mães para o progresso da amamentação (VIVIANE et al., 2009).

Também é importante que a mulher que trabalha fora não tenha uma jornada dupla de trabalho, ou seja, tarefas domésticas aliadas ao trabalho externo que ela realiza, pois o excesso

de trabalho culmina em menor tempo com o bebê, estresse, cansaço e condições que desfavorecem o aleitamento (SIMON et al., 2009).

#### **4.1.5. Crenças, mitos e fatores culturais**

Entende-se que o AM não é somente uma questão biológica, é um fator social, histórico e psicologicamente delineado, sendo, portanto, bastante influenciado por questões culturais, crenças e tabus referentes ao seu manejo (BRASIL, 2009). Os mitos e crenças relacionados à amamentação, constituem um fator dificultante para o processo da amamentação, visto que estes são responsáveis por transtornos entre o binômio mãe e filho, e geram dúvidas e insegurança à nutriz (CARVALHO; TAVARES; 2010).

Queirós et al. (2009) referem que as lactantes entrevistadas tinham crenças e práticas advindas de sua cultura, como a de não poder tomar banho ou lavar a cabeça após o parto, não poder se assustar para o leite não sumir, a prática de banhar o bebê com chá e a ideia de que o leite materno é fraco, e por si mesmo não é capaz de sustentar a criança. Oliveira et al. (2011) constatou que em certas culturas existe a crença de que o álcool, se consumido em pequenas doses antes da amamentação, facilita a produção de leite nas glândulas mamárias. No entanto, a ingestão alcoólica é contraindicada no período do aleitamento materno, e a sua relação com o aumento da produção láctea e o efeito tranquilizante na criança não é evidente, constituindo assim, um fator prejudicial que pode interferir no processo do aleitamento (OLIVEIRA et al., 2011).

Marques et al. (2011) destaca que os argumentos mais utilizados pelas mães para o desmame precoce e a introdução de fórmulas infantis é “o meu leite é fraco e insuficiente, não sustenta o bebê”. Pressupõe-se que essa crença baseia-se na aparência aguada do leite materno em comparação com os outros tipos de leite, como por exemplo o de vaca, o que leva a mulher a acreditar que o seu leite (de cor e aspecto diferente) não é suficiente para suprir as necessidades da criança (MARQUES et al., 2011). Sustentando esse argumento, as mães acabam optando pela introdução precoce da mamadeira com alimentos, água ou chás, (QUEIRÓS et al., 2009).

Lima et al. (2016) afirma que os tabus alimentares limitam a ingestão alimentar, sendo responsáveis por carências nutricionais e, por vezes, diminuição da produção de leite materno, podendo, assim, influenciar positivamente para o desmame precoce. Estudo conduzido por Ichisato e Shimo (2001) revelou que algumas mães tinham a crença de que certos alimentos eram responsáveis pela hipogaláctia, que não deveriam consumir alimentos que, segundo o

senso popular, “secavam” ou diminuíaam os níveis de produção do leite materno. O mesmo foi observado a respeito de alimentos que, supostamente, ajudavam na produção do leite, sendo estes: alimentos derivados do milho, água inglesa, cerveja preta, arroz doce e canja (MARQUES et al., 2011). O choro da criança ao ser posto na mama é outro fator a ser considerado. Por questões culturais, o choro está relacionado à fome e insaciedade do bebê, e, diante dessa crença, as mães passam a acreditar que há problemas na qualidade do leite materno oferecido (BAPTISTA et. al., 2009). Coelho e Machado (2004) constataram que os tabus a respeito do aleitamento materno não faziam parte apenas da crença das lactantes, grande parte dos agentes comunitários de saúde também acreditavam no senso popular, fator esse que interfere consideravelmente na promoção e manutenção do AME.

#### **4.1.6. Experiência anterior sobre amamentação**

De acordo com alguns estudos, a falta de experiência materna constitui um fator de risco para o desmame (RAMOS; ALMEIDA, 2003; ARAÚJO et al., 2008, FALEIROS et al., 2006). Faleiros et al. (2006) observou em seu estudo que mães primíparas apresentavam maior risco para o desmame precoce quando comparadas à mães que tiveram experiência anterior com amamentação, pois estas teriam mais facilidade no manejo da lactação de seus filhos.

Para as mães primíparas, é de grande importância a orientação e motivação sobre o ato de amamentar, principalmente pelo fato de estas estarem mais abertas ao aprendizado, visto que não possuem experiências anteriores negativas referentes à amamentação (RAMOS; ALMEIDA, 2003). Nos manuais de treinamento da IHAC, o Ministério da Saúde preconiza que atenção especial seja conferida a mulheres primíparas, tendo em vista o risco de desmame em mulheres que se enquadram nessa categoria (OMS/UNICEF, 1993).

O nervosismo e a impaciência diante das dificuldades que aparecem no decorrer do processo de amamentação, exerce influência no estado emocional da mãe e, dessa forma, interfere na ação da prolactina e ocitocina, o que acarreta na diminuição da produção do leite materno (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

#### **4.1.7. Influência dos familiares**

A decisão de amamentar geralmente é pautada sobre a aprovação do grupo social em que a mulher está inserida (RAMOS; ALMEIDA, 2003). Segundo afirma Moreira e Oliveira

(2000), familiares exercem grande influência nas decisões da mulher em amamentar seus filhos, no entanto, essa interferência pode ser prejudicial, visto que grande parte dessas pessoas não estão aptas a ajudar.

Estudo conduzido por Faleiros et al. (2006) revelou que o estado conjugal das mães exercia grande influência sobre o desmame precoce, os dados da pesquisa mostraram que mães com vida conjugal amamentavam por mais tempo quando comparadas à mães solteiras. De acordo com Pontes et al. (2008) o parceiro ou marido da mulher exerce influência sobre a duração da amamentação, visto que suas opiniões e comportamentos são considerados pela mulher.

Ichisato e Shimo (2001) demonstram que informações advindas de familiares, em especial as avós, influenciavam negativamente o ato do aleitamento, visto que estas incentivavam a introdução de outros tipos de leite para saciar a fome do bebê e a inserção de chás na dieta da criança com o intuito de evitar e tratar cólicas. Essa inserção é responsável pela diminuição da duração do aleitamento materno, bem como a diminuição da proteção contra agentes infecciosos (MASCARENHAS et al., 2006). Susin et al. (2005) referem que em sua pesquisa, mães que tinham pouco ou nenhum contato com as avós amamentavam por mais tempo e com maior exclusividade. Uma entrevista com mulheres que participaram da pesquisa de Silva et al. (2007) revela o quanto as mães, avós e sogras das lactantes influenciavam no processo do aleitamento e o quanto elas priorizavam suas orientações: *[...]a mamãe dizia: o que sustenta menino é o mingau [...] não se cria menino sem dar chá [...] minha mãe sempre dar as orientações [...] no meu tempo ninguém amamentava assim não, era no mingau com sebo de rim de boi[...]*.

#### **4.1.8. Introdução de chás e água**

A utilização de chás na alimentação infantil foi apontada como um fator de risco para o desmame precoce e para a ocorrência de diarreia nos lactentes, apresentando assim, um risco de morbimortalidade (SAAVEDRA et al., 2003). Segundo afirma Carvalhaes et al. (2007), a inserção precoce de chás e água na dieta do bebê pode levar à diminuição das mamadas e consequentemente, reduzir a produção de leite materno.

Por falta de informação apropriada, as mães acreditam na necessidade que as crianças têm de líquidos além do leite materno: a água para suprir a sede do bebê, e o chá para acalmá-lo e aliviar as cólicas do lactente. Entretanto, o leite materno é capaz de hidratar a criança, visto que

89% de sua composição é água. As cólicas são causadas por hiperperistaltismo colônico, aumento na secreção de hormônios intestinais, e aerofagia, para os quais existem tratamentos específicos que não incluem os chás (VIEIRA et al., 2004). A administração precoce de chás pode interferir na absorção de ferro e zinco (BRASIL, 2002), e a adição de açúcar pode acarretar problemas digestivos na criança, além de que sua administração feita através de mamadeiras ou chuquinhas, leva à dificuldades no mecanismo de sucção durante a mamada no peito (SANCHES, 2004).

Apesar da constante afirmação do “leite fraco”, a literatura demonstra que os índices de hipogaláctia (leite insuficiente) são muito baixos (1,5%), e que do ponto de vista biológico, as mães são altamente capazes de produzir leite suficiente para atender as necessidades nutricionais da criança (ALMEIDA; NOVAK, 2004; RAMOS; ALMEIDA, 2003; ICHISATO; SHIMO, 2001).

#### **4.1.9. Orientação sobre amamentação durante pré-natal e lactação**

A educação em saúde e o acompanhamento das mães durante a lactação são aspectos fundamentais para a garantia e sucesso do AM (MOIMAZ, 2013). A mulher preparada durante o pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, enfrentará estes períodos com maior segurança, harmonia e prazer, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas. (FRANCISQUINI et al., 2010, p. 744)

No entanto, apenas orientações não bastam, para que o processo da amamentação seja assegurado é preciso propiciar as condições necessárias para que a mulher consiga vivenciar esse processo de forma satisfatória (BORGES; PHILIPPI, 2003). Pesquisa realizada por Souza et al. (2012) relatou que embora as mães tivessem feito pré-natal, (23,3%) afirmaram não ter recebido orientações sobre amamentação.

Como afirma Junges (2010), o envolvimento do profissional de saúde é de fundamental importância para a manutenção do aleitamento materno. É necessário que os profissionais busquem compreender os fatores que influenciam os hábitos alimentares da nutriz, para que, dessa forma, seja possível intervir em práticas que sejam prejudiciais ou inadequadas (MARQUES et al., 2011). Com a finalidade de capacitar os profissionais de saúde para habilidades que facilitem o apoio às lactantes, bem como a compreensão de suas dificuldades frente o aleitamento, a OMS em colaboração com a Unicef criou o curso de Aconselhamento

em Amamentação que visa a resolução de problemas relacionados à amamentação e a consequente diminuição dos índices de desmame precoce (TERUYA; BUENO, 2008).

#### **4.1.10. Problemas relacionados à saúde materna**

De acordo com Adesse (1994) o cansaço, a falta de auxílio e a perda de liberdade, bem como a sobrecarga que a amamentação representa, constituem justificativas para o desmame.

O estresse, a angústia e a depressão estão relacionados com a diminuição da produção de leite, uma vez que resultam na síntese de peptídeos supressores nas células alveolares da glândula mamária que impedem o processo de síntese (ALMEIDA, 1999). O estado emocional da mulher também interfere na ação da ocitocina e prolactina, que contribuem para a diminuição do leite materno (LANA, 2001). De acordo com alguns estudos, o AM é menos frequente entre mães deprimidas, no entanto a associação entre o aleitamento materno e a depressão materna ainda é contraditória (DENNIS; MCQUEEN, 2009, HENDERSON et al., 2003). De acordo com Carlesso et al. (2014) a depressão materna pode ser vista como um fator de interferência na manutenção do aleitamento, visto que mulheres que se enquadram nessa categoria por vezes não conseguem desempenhar a função materna e possuem dificuldade em entender os sinais que o bebê emite.

A prática da amamentação torna-se restrita em decorrência de determinadas enfermidades maternas, como por exemplo, mães portadoras do vírus HIV, tuberculose, hanseníase, desnutrição, herpes simples nas mamas, doenças graves e quando há necessidade de tratamentos com medicamentos nocivos à saúde da criança (ARAÚJO et al., 2008).

Outra alegação encontrada para o abandono ou complementação do aleitamento refere-se aos sintomas de tontura e fraqueza relatados pelas mães durante o ato de amamentar: *[...] eu era todo tempo fraca [...] aí eu ficava fraca [...] eu me sentia fraca [...] eu não conseguia amamentar ele direito, porque eu me sentia fraca [...] era tontura e ele mamava muito [...]* (SILVA et al., 2007).

Durante o período de amamentação, é possível o surgimento de problemas que poderão ocasionar em desmame, como por exemplo: traumas mamilares, infecção mamilar por *Staphylococcus Aureus*, ingurgitamento mamário, candidíase, bloqueio dos ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário, baixa produção de leite e doenças relacionados ao bebê ou à nutriz (LAMOUNIER et al., 2004). O ingurgitamento mamário reflete uma falha no mecanismo fisiológico da lactação que resulta em congestão, aumento da vascularização, acúmulo de leite nas mamas e edema. Os principais fatores relacionados às causas do ingurgitamento são: início

tardio da amamentação, mamadas infrequentes, leite em abundância e sucção ineficaz do bebê. A amamentação iniciada logo após o parto, com técnica correta e praticada em livre demanda são medidas de prevenção para o ingurgitamento mamário (SANTOS; TERRENGUI, 2003). Costa et al. (2013) afirmam que a fissura mamilar é resultante da pega incorreta do bebê que causa a fissura pela força exercida no local inadequado no ato da sucção, e tal fator contribui para o desmame precoce devido a dor e desconforto que proporciona à nutriz.

Um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre identificou altas frequências de técnicas inadequadas de amamentação entre as mulheres, em relação ao posicionamento da mãe, da criança, e da pega incorreta do bebê. Os problemas mais frequentes foram cabeça e tronco do bebê não alinhados e pega não simétrica, sendo essa última responsável pelo aparecimento de traumas mamilares (WEIGERT et al., 2005). É imprescindível o uso de técnicas adequadas de amamentação, visando a prevenção de fissuras e traumas mamilares, visto que a dor e as fissuras mamilares são uma grande dificuldade para o processo de amamentação (BRASIL, 2009) e que os problemas mamários constituem um dos principais motivos que levam ao desmame precoce (ARAÚJO et al., 2008).

Outras dificuldades referidas na literatura apontam que mulheres com mamilos planos têm mais dificuldades para amamentar que mulheres cujos mamilos são protusos, sendo isso para algumas um fator estimulante para a desistência da amamentação. No entanto, mulheres com mamilos planos ou invertidos não estão impedidas de amamentar, pois durante a sucção do bebê e a pega correta, os mamilos podem se tornar protraídos (JUNGES et al., 2010). O estresse, insegurança, dor e desconforto causados pelos problemas mamários durante a lactação, são fatores que levam às mães a introduzirem a mamadeira com o intuito de suprir as necessidades da criança e aliviar os sintomas referentes à preocupação materna (BRASIL, 2009).

A irregularidade do fluxo menstrual foi referida no estudo de Monteschio et al. (2015) como uma causa do desmame precoce. A associação entre a redução do leite e a perda de fluxo menstrual pode ser considerada uma concepção cultural que as nutrizes possuem. No entanto, a perda menstrual intensa pode levar à anemia, que acarreta em fadiga e desânimo. Para evitar tal distúrbio, é necessário uma alimentação adequada em ferro e a suplementação com sulfato ferroso ainda no período do pré-natal (RODRIGUES; JORGE, 2010).

### **3.3.11. Uso de chupetas e mamadeiras**

De acordo com Roig et al. (2010) o uso de mamadeiras e chupetas está relacionado com a duração do AM. Tais objetos confundem o processo de sucção do recém-nascido, visto que os movimentos da boca para sucção do peito são totalmente distintos dos esforços para a sucção em bicos e mamadeiras, que exigem menos esforço do bebê, o que acarreta na diminuição da frequência das mamadas (BRASIL, 2002; SANTOS et al., 2005). A diminuição da frequência de mamadas leva ao declínio da produção de leite materno, fator este que pode ocasionar o desmame (DEWEY et al., 2001). Além disso, o uso desses utensílios pode gerar a “confusão de bicos”, que propicia ao bebê o aprendizado de uma maneira de sucção diferente, com menos esforço, e mecanismo diferente da utilizada na sucção do peito (BÜHLER; LIMONGI, 2004).

De acordo com Sertório e Silva (2005), na concepção cultural, a chupeta “representa” simbolicamente o bebê e é responsável por acalmar a criança. No estudo de Alves et al. (2007) foi observado que todos os bebês que desmamaram precocemente, fizeram uso da mamadeira, reforçando assim a influência do uso de chupetas e mamadeiras na interrupção precoce do aleitamento materno.

O uso da chupeta foi associado ao desmame precoce em Feira de Santana, crianças que não utilizavam chupetas apresentaram maior prevalência no AME (VIEIRA et al., 2004). Resultado semelhante foi observado por Mascarenhas et al. (2006) cuja pesquisa revelou que o uso de chupetas em crianças até os três meses de idade estava fortemente relacionado com a ausência do AME. Do mesmo modo, Soares (2003) demonstrou que o uso de chupetas estava mais relacionado a crianças que não recebiam aleitamento materno de forma exclusiva. O uso da mamadeira interfere na qualidade e sucesso do aleitamento materno tendo em vista que esse objeto é utilizado para introdução de outros tipos de leite e fórmulas infantis, está diretamente relacionado à confusão de bicos e possíveis problemas mamários e a diminuição da produção do leite materno (COUTINHO, 2003). No material conhecido como os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, a Organização Mundial da Saúde, conjuntamente com o UNICEF, desestimula o uso de mamadeiras e chupetas para as crianças que mamam (WHO, 1989). Seguindo a recomendação, os hospitais reconhecidos como Hospital Amigo da Criança orientam o não fornecimento de chupetas e mamadeiras aos bebês nas suas maternidades e em casa, após a alta hospitalar (SOARES et al., 2003).

### **3.3.12. Baixo peso da criança**

De acordo com Silveira e Lamounier (2004) e Caldeira e Goulart (2000), recém-nascidos de baixo peso (abaixo de 2.500g), possuem menos chances de serem amamentados exclusivamente. Índices menores de AME em recém-nascidos de baixo peso possivelmente está relacionado com a dificuldade que esses bebês apresentam para amamentar, e também porque alguns profissionais de saúde recomendam que essas crianças tenham um ganho de peso ponderal acelerado, que pode ser obtido através de fórmulas infantis, farinhas, leite de vaca e açúcar. É necessário, portanto, que haja a prevenção de situações que favoreçam o nascimento de bebês de baixo peso, como crescimento intrauterino, parto prematuro, além de adotar medidas de melhoria na assistência pré-natal (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

Auler e Delpino (2008) referem que o AM é de fundamental importância para as crianças classificadas como prematuras. Segundo esses autores, o leite materno de puérperas de prematuros é um leite ainda mais complexo, com mudanças em sua composição, de forma a suprir ainda mais as necessidades requeridas por essas crianças. Nascimento e Issler (2003) afirmam que o leite materno de mães de recém nascidos pré-termos contém uma maior concentração de nitrogênio, proteínas, lipídeos, ácidos graxos, vitaminas A, D e E, cálcio e energia quando comparado ao leite de mães de neonatos não prematuros (NASCIMENTO; ISSLER, 2003). Diversas são as vantagens do aleitamento materno para os bebês prematuros, podendo se destacar as propriedades nutricionais e imunológicas, proteção contra agentes infecciosos, melhor desempenho cognitivo e psicomotor, função na maturidade gastrointestinal, menor índice de morbidades e internações hospitalares e, principalmente, o vínculo emocional entre o binômio mãe/ filho (MATUHARA, 2004). Apesar da importância do AM para os bebês prematuros, as taxas de desmame para essa categoria ainda é muito alta, fato que reforça a necessidade da adoção de práticas de incentivo e promoção do AME nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

### **3.3.13. Indicação de suplementos**

A indicação de suplementos alimentares em alojamento conjunto para a criança recém-nascida, ainda é muito frequente e constitui um fator de risco para o desmame precoce (LOPES, et al., 2009, GRASSLEY et al., 2014, PARRY et al., 2013). Em sua pesquisa, Giuliani (2012) constatou que a indicação de suplementos para o recém-nascido era por vezes oferecida pelo próprio médico ou pela equipe de saúde do hospital, demonstrando contradição na conduta de tais profissionais.

Existem vários riscos de saúde para as crianças que recebem fórmulas infantis, dentre eles destaca-se o risco de contaminação na hora do preparo, alergias alimentares, alterações respiratórias, e conseqüente risco de pneumonia (CURY, 2009). Segundo Freitas et al. (2011) as fórmulas infantis em pó têm sido associadas a infecções por *Enterobacter sakazakii* e *Salmonella* que ocasionam doenças graves que levam à sequelas e até mesmo óbitos infantis. Além disso, estudos apontam que crianças alimentadas com leite materno e com fórmulas infantis diferem quanto ao nível de crescimento físico e desenvolvimento cognitivo, social e emocional (VANDENPLAS et al., 2011).

A utilização de substitutos do leite materno nas maternidades pode levar à repetição dessa prática em casa, a lactante tende a achar que o seu leite é insuficiente, ou que a fórmula é mais nutritiva (MEIRELES et al., 2008). O alto custo das fórmulas infantis leva a um outro problema constatado, que é a oferta de mamadeiras bastante diluídas em água para que a fórmula infantil tenha maior durabilidade, o que implica em graves complicações para o crescimento, desenvolvimento e a própria sobrevivência das crianças (ARAÚJO et al., 2004).

Resultados obtidos da pesquisa de Monteschio et al. (2015) mostrou que as mães acreditavam existir uma qualidade superior das fórmulas artificiais em relação ao leite materno, tendo como base a associação do sono da criança com a sua satisfação alimentar. Resultado semelhante foi observado por Simões et al. (2015), cuja pesquisa revelou que 68% das entrevistadas acreditava que as fórmulas artificiais eram mais eficientes e nutritivas que o leite materno.

### 3.4 CONSEQUÊNCIAS DO DESMAME PRECOCE

De acordo com Pedroso et al. (2004) a interrupção precoce do aleitamento materno e a introdução de outras fontes alimentares na dieta da criança acarretam conseqüências prejudiciais à saúde do bebê, tais como a falta de proteção contra agentes infecciosos e prejuízos no processo de digestão. Do mesmo modo, Araújo et al. (2013) aponta que dentre os danos ocasionados pelo desmame precoce, destaca-se a baixa imunidade da criança e conseqüente exposição a agentes infecciosos, alergias, diarreias, doenças respiratórias, desnutrição, predisposição a doenças como hipertensão, diabetes, colesterol alto, além de riscos de má oclusão dentária, podendo aprazar o desenvolvimento infantil. Oliveira et al. (2005) relata que as conseqüências do desmame são ainda mais severas para as crianças pobres, visto que essas

estão mais expostas a agentes infecciosos, possuem menor capacidade de resposta imunológica e menos assistência para prevenir ou tratar doenças sérias.

Segundo afirma Carvalho (2001) os recém-nascidos que são desmamados e passam a alimentar-se através de mamadeiras geralmente sofrem de doenças orais e cárie dentária. Além disso, crianças que alimentam-se através da mamadeira não exercitam a musculatura facial, o bebê se satisfaz nutricionalmente, porém adquire hábitos deletérios de sucção para suprir o seu emocional, surgindo assim hábitos como sucção dos dedos, chupetas ou outros objetos que são responsáveis pela deformação da arcada dentária e alteração do equilíbrio facial, o que resulta em respiração bucal e a possível contaminação por agentes infecciosos que entram pela cavidade oral (LUSVARGHI, 1999). Sampaio et al. (2010) afirma que o desmame implica em um menor vínculo entre a mãe e o bebê, visto que não acontece o contato direto com o seio e, conseqüentemente, o colo materno. O aleitamento artificial também é responsável pela interferência na realização das funções de mastigação, sucção e deglutição, o que pode levar a inadequada formação dos músculos faciais que ocasionam alterações no palato, deglutição, mastigação e respiração, além da maior incidência de bruxismo, devido ao inadequado desenvolvimento ósseo da face (STRAUB, 1961).

Os alimentos complementares inseridos antes do sexto mês de vida também podem interferir na absorção de nutrientes presentes no leite materno, como o ferro e o zinco, reduzindo a eficácia da amamentação (CARVALHAES et al., 2007). O aleitamento artificial pode constituir um veículo de contaminação para o bebê, e conseqüentes diarreias, aumentando as chances de morbimortalidade infantil, visto que a criança perde a proteção contra agentes infecciosos que o leite materno oferece (VAN et al., 2003). Estudo realizado por Bonuk et al. (2010) revelou que 46% das crianças que receberam outro tipo de leite na mamadeira tiveram um aumento entre 85% e 95% no peso corpóreo. O autor refere que o excesso do consumo energético em bebês corrobora para uma maior vulnerabilidade à obesidade.

## 4 DISCUSSÃO

A revisão bibliográfica do presente estudo aponta que diversos fatores contribuem para o desmame, dentre eles destaca-se a falta de orientação sobre o aleitamento, a crença em mitos e tabus, questões culturais e socioeconômicas, dificuldades trabalhistas, introdução precoce de chupetas e mamadeiras, problemas relacionados à saúde materna e a falta de capacitação dos profissionais de saúde para orientar as mães durante o pré-natal e posteriormente a ele.

A falta de orientação foi o fator mais encontrado na literatura consultada. Mães que não têm acesso à informações adequadas sobre a importância do AME para a saúde do bebê e para sua saúde própria, tendem a marginalizar o leite materno, deixando-o em segundo plano e oferecendo para o bebê fórmulas infantis e outros tipos de leite e alimentos que elas acreditam ser mais eficazes. As orientações sobre os benefícios e vantagens que o leite materno oferece são de extrema importância para o promoção e manutenção do AME, no entanto, essa prática feita isoladamente não garante totalmente sua realização. É importante que o profissional de saúde busque compreender os comportamentos, condutas e os fatores culturais que influenciam na tomada de decisões da nutriz, pois assim pode assegurar-lhe mais entendimento e confiabilidade sobre o ato de amamentar, reduzindo assim, os índices do desmame precoce (SILVA et al., 2007).

No presente estudo foram encontrados na literatura resultados que associam a idade materna à duração do aleitamento. Segundos tais estudos, mães mais jovens têm mais predisposição para o desmame, principalmente as adolescentes, cuja capacidade para exercer o papel de mãe por vezes ainda não está estabelecida (ARAÚJO et. al., 2008). As adolescentes referem muitas dificuldades diante do exercício de ser mãe, e sabe-se também que outros fatores estão interligados ao insucesso da amamentação nessa categoria de mulheres, como por exemplo o menor grau de instrução, baixo nível socioeconômico, falta de apoio dos familiares, ausência do companheiro, falta de experiência e preparação, o que gera insegurança em relação a prática da amamentação, e questões relacionadas a auto aparência. No entanto, também foram encontrados estudos cuja idade materna não apresentou interferência em relação ao tempo de aleitamento materno.

De acordo com alguns autores, o grau mais elevado de escolaridade proporciona à mulher uma maior segurança em relação ao aleitamento, visto que mulheres que se enquadram nessa categoria têm maior possibilidade de conhecer os benefícios do AM, não terem crenças em mitos e tabus e terem acesso a instruções de como evitar ou lidar com as dificuldades que essa prática apresenta. Faleiros et al. (2006) associa a maior vulnerabilidade das mães de menor

nível de escolaridade ao fato de essas mulheres não terem acesso a serviços de atenção à saúde e estarem inseridas em trabalhos informais, que não possibilita que elas desfrutem dos benefícios legais como a licença maternidade. A escolaridade paterna foi considerada em alguns estudos como sendo um fator que contribui positiva ou negativamente para a realização da amamentação, fato esse que pode ser explicado quando analisa-se a influência que o companheiro exerce sobre a mulher. Pais com níveis mais elevados de escolaridade conseguem compreender melhor a importância do aleitamento, e oferecer apoio e incentivo às suas companheiras diante das dificuldades que estas venham a apresentar. No entanto, também foram encontrados estudos cuja associação entre o grau de escolaridade materna e/ou paterna não exercia influência sobre o aleitamento, o que demonstra que ainda há contradições sobre o referido tema.

Assim como o grau de escolaridade mais elevado, mulheres que se enquadram em categorias de renda familiar mais alta, têm mais chances de continuação do AME, quando comparadas às de nível socioeconômico mais baixos. Provavelmente devido ao fato de estas terem mais conscientização da importância do AME e menos insegurança quanto a esta prática. Todavia, também foram encontrados resultados cujas mães de baixo nível socioeconômico amamentavam exclusivamente seus filhos por mais tempo, visto que a compra de outros alimentos e fórmulas infantis representava uma dificuldade devido ao baixo poder aquisitivo da família. Diante dos resultados de desmame precoce encontrados, majoritariamente, em mães de classe socioeconômica mais baixa, reforça-se a necessidade de acompanhar e orientar essas mulheres quanto a importância da amamentação para sua saúde, para a de seus filhos e para reduzir custos desnecessários com fórmulas infantis e outros tipos de leite, o que torna suas respectivas rendas ainda mais baixas, devido aos altos custos que são investidos nesses produtos especiais para recém-nascidos. O que também evita outro problema grave encontrado nessa categoria, que é a diluição das fórmulas para que o produto possa render mais, devido ao baixo poder aquisitivo para adquirir novas fórmulas. Garantir o aleitamento assegura a saúde do bebê, oferece diversos benefícios à mãe e evita gastos e a possível desnutrição infantil.

Segundo Faleiros et al. (2006), o trabalho é apresentado como um fator dificultante para o aleitamento, no entanto, ele não constitui um fator de risco propriamente dito, desde que este assegure os direitos trabalhistas da mulher e ofereça condições favoráveis ao aleitamento, como a possibilidade de sair para amamentar e a existência de berçários, que acomodem melhor a mãe e o bebê. É importante salientar que mulheres de baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico são as mais afetadas quanto as dificuldades trabalhistas referentes à amamentação, em parte pela sua necessidade de trabalhar para complementar a renda familiar

e por seus empregos, geralmente informais, não possibilitarem a garantia ao direito de licença maternidade. Enquanto mulheres de nível socioeconômico mais elevado tendem a ter empregos mais estáveis e formais e, aliado a isso, grande parte delas conhece seus direitos, o que não é observado na classe mais pobre.

A crença em mitos, tabus e fatores culturais, bem como outros comportamentos relacionados à crença de uma pessoa, é um fator que pode desmotivar ou até interromper o AM. Diante das crenças observadas nesse trabalho, a mais citada pelos estudos foi a crença no “leite fraco”. Aliado a isso, constatou-se que algumas crenças populares também interferem na amamentação, muitas mães comiam determinados tipos de alimentos para aumentar a produção láctea e evitavam outros tipos de alimentos ou bebidas para não “secar” o leite. Diversos alimentos não tinham interferência direta no processo de amamentação, no entanto, essas privações limitam a ingestão alimentar da lactante, além de interferir na biodisponibilidade de alguns nutrientes, o que não favorece uma dieta saudável. Para solucionar tal problema, é preciso que os profissionais de saúde busquem compreender a mulher em sua individualidade, respeitando sua cultura, e, ao mesmo tempo, trazendo informações que esclareçam suas dúvidas e receios, para que possam assim promover o AM e fazer com que as mães sintam-se seguras e capacitadas diante do exercício de amamentar seus filhos.

Segundo os artigos analisados, mães primíparas apresentavam maior dificuldade quanto ao AM, pela falta de experiência que tinham em relação ao assunto. Devido a inexperiência dessas mães, é ainda mais fácil orientá-las, visto que são abertas ao aprendizado que para elas é novidade.

As fórmulas infantis e outros tipos de leite, em especial o de vaca, são tidos por muitos como superiores ao leite materno. Para desmistificar tais crenças é preciso que durante o acompanhamento pré-natal, e após ele, sejam dadas orientações que enfatizem o grau de superioridade do leite materno quando comparado à fórmulas infantis e outros tipos de leite. O leite de vaca, oferecido ao bebê com a justificativa de ser “mais forte” e sustentar melhor a criança, está associado ao aparecimento de alergias ainda na primeira infância enquanto as fórmulas infantis, especialmente as em pó, já foram associadas à riscos de infecções por bactérias e exposição das crianças a doenças causadas por esses agentes infecciosos. Crianças alimentadas com fórmulas infantis e outros tipos de leite perdem todos os benefícios que o leite materno oferece e têm chances aumentadas para morbidades e mortalidade. De acordo com Smith (2011) os lactentes que consomem fórmulas infantis ingerem uma quantidade maior de energia e proteínas, fator que contribui para o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), aumentando assim o risco de obesidade.

Foi encontrado na literatura que chupetas e mamadeiras estão diretamente relacionadas ao desmame. Esses objetos são responsáveis por causar o que é conhecido como “confusão de bicos”, que é uma alteração no mecanismo de sucção do bebê. A sucção do leite na mama exige esforço enquanto que na mamadeira e em bicos, ocorre uma sucção facilitada, o que acostuma a criança a confundir-se quando precisa fazer mais esforço quando amamentada naturalmente. Além disso, a ausência da sucção na mama faz com que o bebê não trabalhe os músculos faciais, o que pode gerar uma gama de complicações, dentre elas problemas de mastigação e deglutição, respiração oral, alterações no palato e nos músculos faciais, além da maior incidência de bruxismo. Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” recomendam a não utilização de bicos e chupetas em hospitais e maternidades, considerando-se a interferência que estes objetos causam no processo de amamentação. Porém, mesmo com todas as recomendações sobre o assunto, o uso de chupetas ainda é bastante observado, principalmente pelo fato desses hábitos estarem diretamente ligados à questão cultural (LAMOUNIER, 2003). É necessário que além do esclarecimento sobre os riscos do uso de chupetas e mamadeiras, o profissional de saúde busque compreender as razões que levam à mãe a oferecer tal utensílio, pois as causas podem não ser somente as questões culturais, e sim fatores como insegurança materna e ansiedade frente ao processo de amamentação.

A influência de familiares também é outro fator que merece destaque, visto que essas pessoas geralmente são mais velhas que a lactante, e trazem consigo costumes culturais arraigados. Além da conscientização da gestante/puérpera, também é necessário que alguns assuntos sejam esclarecidos para aqueles que acompanharão a mulher, para que práticas inadequadas não exerçam influência negativa sobre o processo de amamentação. Em sua grande maioria, os conselhos geralmente são advindos das mães, avós e sogras das lactantes, que geralmente indicam chupetas, mamadeiras, água para aliviar a “sede” da criança e chás para aliviar cólicas. Por isso é importante que a equipe de saúde esteja ciente do ambiente em que a mulher vive, para que conheça os principais fatores que possam interferir no desempenho da amamentação e assim possam interferir onde é necessário.

Também é preciso que a equipe de saúde esteja atenta à saúde da mulher que amamenta, visto que algumas delas passam por problemas que interferem diretamente na produção do leite ou na sua motivação em amamentar a criança, como por exemplo a ocorrência de depressões pós-parto e estresse materno, que corroboram para o desmame precoce. Assim como os problemas físicos, que também podem ocorrer, como por exemplo complicações mamárias que, se não tratadas, impossibilitam totalmente a amamentação.

A crença de que recém-nascidos pré-termo necessitam de outros tipos de leite e fórmulas infantis também foi encontrada nessa revisão. No entanto, alguns autores afirmam que o leite materno de mães de crianças prematuras é ainda mais complexo em energia, proteínas, lipídios e vitaminas. Dessa forma, o leite materno é o mais adequado alimento para que essas crianças consigam atingir suas necessidades nutricionais e imunológicas, além de diminuir os riscos de óbitos nessa categoria de crianças.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar do AME ser bastante preconizado pelo Ministério da Saúde e Unicef, através da revisão bibliográfica desse presente estudo foi possível constatar que este raramente é praticado pelas lactantes até os seis meses de vida do bebê. Diversos são os fatores que interferem no processo natural da amamentação, dentre eles destaca-se os fatores ambientais, culturais, sociodemográficos, fisiológicos e psicológicos que as mães vivenciam.

O desmame precoce é encarado como um problema de saúde pública, que para ser sanado é preciso que sejam criadas políticas públicas que promovam e incentivem o AME e que sejam respeitadas as políticas já existentes. A equipe de saúde deve estar devidamente capacitada para oferecer assistência e apoio às mães, desde o pré-natal até o período em que a criança será amamentada, pois a falta de orientação adequada se constitui uma das mais importantes causas para o desmame. A compreensão acerca deste assunto é de fundamental importância para que se possa incentivar e promover o AME e, assim, diminuir os altos índices do desmame precoce. Dessa forma, o presente trabalho visa a conscientização sobre a importância do AME, para que se possa promover e incentivar o aleitamento exclusivo, e, assim, contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida das crianças. Tema de muita contribuição para a nutrição, visto que a garantia do aleitamento materno exclusivo proporciona a melhor e mais adequada nutrição para a criança, além de prevenir o aparecimento de doenças, dentre elas diabetes, obesidade e hipertensão, infecções e diminuição dos índices de mortalidade infantil.

## **REFERÊNCIAS**

ADESSE, L. **Amamentação: um ato contraditório** [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 1994.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza cultura**. 20a. ed. São Paulo: Fiocruz, p. 119, 1999.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediatr.** v. 80, n. 5, 2004.

ALVES, A.M.L.; SILVA, E.H.A.A.; OLIVEIRA, A.C. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.** São Paulo , v. 12, n. 1, p. 23-28, Mar. 2007.

ARAÚJO, M.F.M. **Situação e perspectiva do aleitamento materno no Brasil**. In: Carvalho MRC, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1-21.

ARAÚJO, M.F.M.; FIACO, A.D.; PIMENTEL, L.S.; SCHMITZ, B.A.S. Custo e economia da prática para o aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil.** 2004; v.4, p.135-41

ARAÚJO, J.P.; ALMEIDA, J.L.S.; SOUTO, C.M.R.M.; OLIVEIRA, A.; SUDÉRIO, M. A. R.P. Desmame precoce e suas causas: experiência na atenção básica de Campina Grande-PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 11, n. 2, p. 146-155, ago./dez. 2013.

ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.** vol.61, n. 4, Brasília. Jul/Ago. p 4, 2008.

ARIFEEN, S.; BLACK, R.E.; ANTELMAN, G.; BAQUI, A.; CAULFIELD, L.; BECKER, S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka Slums. **Pediatrics** 2001; v.108, n.4, p.1-8.

AULER, F.; DELPINO, F. S. Terapia Nutricional em Recém- Nascidos Prematuros. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 209-216, 2008.

BARBOSA, M. B.; PALMA, D.; DOMENE, S. M. A.; TADDEI, J.A.C.; LOPEZ, F. A. 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, Sept. 2009.

BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá. v. 26. n. 1. p.11- 20. 2004.

BAPTISTA, G.H.; ANDRADE, A.H.H.K.G.; GIOLO, S.R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região de Curitiba, PR, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2009, 25(3): 596-604.

BATISTA, K.R.A.; FARIAS, M. C. D.; MELO, W.S.N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, Mar. 2013.

BETRÁN, A.P.; ONÍS, M.; LAUER, J.Á; VILLAR, J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. **BMJ**, 2001; 323:1-5.

BONUICK, K.A.; HUANG, V.; FLETCHER, J. Inappropriate bottle use: an early risk for overweight? Literature review and pilot data for a bottle-weaning trial. **Maternal Child Nutrition**, v. 6, n. 1, p. 38-52, 2010.

BORGES, A.L.; PHILIPPI, S.T. Opinion of women from a family health unit about the quantity of mother milk produced. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2003; 11: 287-92.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. p.292

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de atenção básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009.

BUENO, L.G.S; TERUYA, K. Método de Aconselhamento p.155 – 162. : In: Hugo Issler. (Org.). **O Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Práticas e Bases Científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008, v.1, p. 45-51.

BÜHLER, K.E.B.; LIMONGI, S.C.O. O uso do copinho como método de alimentação de recém-nascidos pré-termo: revisão de literatura. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. 2004;9(2):115-21.

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**, v.76, n.1, p.65-72, 2000.

CAMINHA, M. F.C.; SERVA, V.B.; ANJOS, M. M.R.; BRITO, R.B.S.; LINS, M.M.; FILHO, M.B. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.4, p.2245-2250.

CARLESSO, J.P.P.; SOUZA, A.P.R.; MORAES, A.B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev CEFAC**. 2014; 16(2):500-10.

CARRASCOZA, K.C.; COSTA, J.A.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, Dec. 2005.

CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L.; COSTA, M.P. Fatores associados à situação de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, Botucatu – SP. **Rev Latino-am de enfermagem** 2007; 15(1).

CARVALHO, M.R.M. **Mamadeiras e chupetas são desnecessárias**: amamentação evita hábitos orais viciosos. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=361> Acesso em: 04 nov 2016.

CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARVALHO, M.R.; TAVARES, L.A.M. **Amamentação: bases científicas**. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.123-4

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aspectos socioculturais da amamentação**. In: Aleitamento materno: manual prático. 2. ed. Londrina: PML, 2006. p. 41-49.

CATAFESTA, F.; ZAGONEL, I.P.S.; MARTINS, M.; VENTURINI, K.K. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. Esc. Anna Nery. **Ver. Enferm.** 2009 jul-set;;13(3):609-16.

CHIMIONATO, L. A.; CHAUDE, L. M.; PINTO, I. C. Saúde da família, pré- natal e amamentação: percepção das mães sobre as dificuldades em amamentar. **Investigação**, Franca, SP, v. 8, n. 1-3, p. 67–76, jan./dez. 2008.

COELHO, I.J.S.; MACHADO, M.M.T. Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno. **Rev Pediatr Ceará**, 5(2): 19-25, jul./dec. 2004.

COSTA, A. A.; SOUZA, E.B.; GUIMARÃES, J.V.; VIEIRA, F. Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 3, p. 790-801, 2013.

COUTINHO, S. B. **Aleitamento materno exclusivo**: um estudo de intervenção randomizado na zona da Mata Meridional de Pernambuco. 2003. Tese (Doutorado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

CRUZ, M.C.C.; ALMEIDA, J.A.G.; ENGSTROM, E.M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev. Nutr.** 2010; 23(2):201-10.

CURY, F. T. M. **Aleitamento materno**. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009. p. 279-300.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiol.** 2008; 11(3):442-52.

- DEL CIAMPO, L. A.; FERRAZ, I. S.; DANELUZZI, J. C.; RICCO, R.G.; MARTINELLI, C.E. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. **Pediatria**, 2008; v. 30, n.1, p.22-6.
- DENNIS C.; MCQUEEN, K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. **Pediatrics.**, v,123, p, 736-51, 2009.
- DEWEY, K.G.; COHEN, R.J.; BROWN, K.H.; LANDA, R. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **J Nutr.** 2001;131:262-7.
- DIOGO, E. F; ZOCHE, D. A; SOUZA, T. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.1, p.10-13, 2011.
- ESCOBAR, A.M.D.U.; OGAWA, A.R.; HIRATSUKA,M.; KAWASHITA, M.Y.; TERUYA, P.Y.; GRISI, S.; TOMIKAWA, S. O. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-61, set./dez., 2002.
- FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C; CARANDINA, L. Aleitamento materno: Fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.** 2006 Out; 19 (5): 623- 630.
- FRANCISQUINI, A.R.; HIGARASHI, I.H.; SERAFIM, D.; BERCINI, L.O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Cienc. cuid. saude** [online]. 2010 out/dez; [citado 2012 dez 12];9(4):743-751.
- FREITAS, L.G.; RISTORI, C.A.; JAKABI, M.; PAULA, A.M.R.; ROWLANDS, R.E.G. Ocorrência de Cronobacter spp. (Enterobacter sakazakii) em alimentos infantis adquiridos em um hospital público. **Rev. Inst. Adolfo Lutz (Impr.)**, São Paulo, v. 70, n. 4, 2011.
- FROTA, D.A.L.; MARCOPITO, L.F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Rev Saude Publica** 2004; 38(1):85-92.
- 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.** 2000; 34(3):259-65.
- GIMENEZ, S.R.M.L. Fonoaudiologia: as inúmeras vantagens da amamentação no crescimento e desenvolvimento das estruturas do aparelho estomatognático. **Revista Ortodôntica**, Ano VIII, n.48, março/abril, 1997.
- GIULIANI, N.R.; OLIVEIRA, J.; SANTOS, B.Z.; BOSCO, V.L. O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** João Pessoa, 2012;12(1):53-58.
- GRASSLEY, J.S.; SCHLEIS, J.; BENNETT, S.; CHAPMAN, S.; LIND, B. Reasons for Initial formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. **Nurs Womens Health.** 2014; 18(13):197-203.

GUSMÃO, A.M.; BÉRIA, J.U.; GIGANTE, L.P.; LEAL, A.F.; SCHERMANN, L.B. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3357-3368, Nov. 2013.

HENDERSON, J.J.; EVANS, S.F.; STRATON, J.A.; PRIEST, S.R.; HAGAN, R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. **Birth.**, v. 30, p. 175-80, 2003.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 70-76, 2001.

JONES, G.; STEKETEE, R.W.; BLACK, R.E.; BHUTTA, Z.A.; MORRIS, S.S.; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**. 2003;362: p.65-71.

JUNGES, C.F.; RESSEL, L.B.; BUDÓ, M.L.D.; PADOIN, S.M.M.; HOFFMANN, I.C.; SEHNEM, G.D. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 343-350, June 2010.

KUMMER, S.C.; GIUGLIANI, E.R.J.; SUSIN, L.O.; FOLLETO, J.L.; LERMEN, N.R.; WU, V.Y.J.; SANTOS, L.; CAETANO, M.B. Evolução do padrão do aleitamento materno. **Rev Saúde Pública**; 34:143-8, 2000.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, 2004.

LAMOUNIER, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, n. 4, p. 284-286, Aug. 2003.

LANA, A.P.B. **O livro de estímulo à amamentação** – uma visão biológica, fisiológica e psicológica – comportamental da amamentação. Belo Horizonte (MG): Atheneu; 2001.

LAWOYIN, T.O.; OLAWUYI, J.F.; ONADEKO, M.O. Factors associated with exclusive breastfeeding in Ibadan, Nigéria. **Journal of Human Lactation**, 17 (4), 321-325, 2001.

LIMA, M.M.L.; SILVA, T.K.R.; TSUPAL, P.A.; MELHEM, A.R.F.; BRECAILO, M. K.; SANTOS, E.F. A influência de crenças e tabus alimentares na amamentação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2016;40(2):221-229.

LOPES, F.O.; OLIVEIRA, M.I.C.; BRITO, A.S.; FONSECA, V.M. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-nascidos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. **Ciênc Saúde Colet**. 2013; 18(2):431-9

LOSCH, M.; DUNGY, C.I; RUSSELL, D.; DUSDIEKER, LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. **J Pediatr** 1995; 126(4):507-14.

LUSVARGHI, L. Identificando o respirador bucal. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 265-272, jul/ago. 1999.

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; PRIORE, S.E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011; 16(5): 2461-68

MARTINS, E. J.; GIULIANI, E. R. J. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, p. 67-73, jan./fev. 2012.

MASCARENHAS, M.L.W.; ALBERNAZ, E.P.; SILVA, M.B.; SILVEIRA, R.B. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 82, n. 4, p. 289-294, Aug. 2006.

MATUHARA, A.M. **Aleitamento materno de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal**: aplicação do manual instrucional [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.

MEIRELLES, C.A.B.; Oliveira, M.I.C.; Mello, R.R.; Varela, M.A.B.; Fonseca, V.M. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2001-2012, Setembro, 2008.

MOIMAZ, S. A. S; SALIBA, O.; BORGES, H. C.; ROCHA, N. B.; SALIBA, N. A. Desmame precoce: Falta de conhecimento ou de acompanhamento? **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 13, n. 1, p. 53-59, 2013.

MONTESCHIO, C.A.C.; GAÍVA, M.A.M.; MOREIRA, M.D.S. The nurse faced with early weaning in child nursing consultations. **Rev Bras Enferm**. 2015;68(5):587-93.

MORAIS, A.M.B.; MACHADO, M.M.T.; AQUINO, P.S.; ALMEIDA, M.I. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev Bras Enferm**. 2011;64(1):66-71.

MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000.

NAKANO, A.M.; REIS, M.C.; PEREIRA, M.J.; GOMES, F.A. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2007, 15:2-7.

NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clin.** São Paulo, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003.

NIQUINI, R.P.; BITTENCOURT, S.A.; LACERDA, E.M.A.; LEAL, M.C. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3357-3368, Nov. 2013.

OLIVEIRA, D.R.; GOMES, P.R.; BANDO, AM.N.; GONÇALVES, S.R. Crenças alimentares no aleitamento materno. Um estudo entre gestantes e nutrizes atendidas em uma maternidade pública no município de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 2, p. 67-71, 2011.

OLIVEIRA LP, ASSIS, A.M.; PINHEIRO, S.M.; PRADO, M.S.; BARRETO, M.L. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev Nutr** 2005;18:459-69.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.** Documento disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ UNICEF. Manual Técnico. **Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança** – curso de 18 horas para equipes de maternidades. Genebra: OMS/ UNICEF; 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.** Geneva: OMS, 1989.

PARADA, C.M.G.L.; CARVALHAES, M.A.B.L.; WINCKLER, C.C.; WINCKLER, L.A.; WINCKLER, V.C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev Latino-am., Enfermagem** 2005; v.13, n.3, p. 407-14.

PARIZOTO, G.M.; PARADA, C. M.G.L.; VENÂNCIO, S.I.; CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. Rio de Janeiro, Brasil. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N.T. [Breast-feeding: factors leading to precocious weaning in Passo Fundo, RS]. **Mundo Saúde** [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 10];32(4):466-74.

PARRY, J.E.; IP, D.K.M.; CHAU, P.Y.K.; WU, C.K.; TARRANT, M. Predictores and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. **J Hum Lactation**. 2013; 29(4):527-36.

PARSONS, C.E.; YOUNG, K.S.; ROCHA, T.T.J.; KRINGELBACH, M.L.; STEIN, A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle-income countries. **Br Med Bull**. 2012; 101(1):57-79.

PEDROSO, G.C.; PUCCINI, R.F.; SILVA, E.M.K.; SILVA, N.N.; ALVES, M.C.G.P. (2004). Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do sudeste do Brasil, Embu, SP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p. 45-58.

PEREIRA, E.C.; FERNANDES, R.A.Q.; SABATES, A. L. Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças de uma comunidade carente do município de São Paulo. **Revista enfermagem atual in derme**. 2012; 63 35-39

PHILIPP, B.L.; MALONE, K.L.; CIMO, S.; MEREWOOD, A. Sustained breastfeeding rates at a US Baby-Friendly Hospital. **Pediatrics**. 2003; 112 (3): 234-6.

PONTES, C.M.; ALEXANDRINO, A.C.; OSÓRIO, M.M. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 84, n. 4, p. 357-364, Aug. 2008.

QUEIRÓS, P. S.; OLIVEIRA, L. R. B.; MARTINS, C. A. Elementos que interferem na amamentação exclusiva: percepções de nutrizes. **Revista de Saúde Pública**. v.(XIII), n.2, p.6-14, dic. 2009.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J Pediatr.**, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

REA, M.F.; VENÂNCIO, S.I.; BATISTA, L.E.; SANTOS, R.G.; GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev. Saúde Pública** 1997; 31(2):149-56.

RODRIGUES, L.P.; JORGE, S.R.P.F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Rev Bras Hematol Hemoter [Internet]**. 2010 [cited 2014 Nov 10];32(2supl.): S53- S56.

ROIG, A.O.; MARTÍNEZ, M.R.; GARCÍA, J.C.; HOYOS, S.P.; NAVIDAD, G.L.; ALVAREZ, J.C.F. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2010;18(3):373-80.

ROSA, N.M.; SILVA, E.G.; ATALAH, S.E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. **Rev. Chil. Pediatr**. 2012; 83(2): 161-69.

SAAVEDRA, M.A.L.; COSTA, J.S.D.; GARCIAS, G.; HORTA, B.L.; TOMASI, E.; MENDONÇA, R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. **J Pediatr**. 2003; 79(2):115-22.

SALIBA, N. A.; ZINA, L. G.; MOIMAZ, S. S. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno com crianças até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, 2008.

SAMPAIO, M.A.; FALBO, A.R.; CAMAROTTI, M.C.; VASCONCELOS, M.G.; ECHEVERRIA, A.; LIMA, G.; RAMOS, M.R.; PRADO, J.V. Psicodinâmica Interativa Mãe-Criança e Desmame. **Psic Teor Pesq**. 2010;26(4):707-15.

SANCHES, M.T.C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J Pediatr** 2004; 80(5 Supl):S155-62

SANTOS V.L.; SOLER, Z.A.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Saúde Matern Infant** 2005;5:283-91.

SANTOS, T.F.; TERRENGUI, L.C.S. **Amamentação**: fatores associados ao desmame precoce em mães adolescentes. São Paulo: Faculdade de Enfermagem, Universidade de Santo Amaro; 2003.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 520-524, 2007.

SERTÓRIO, S.C.M.; SILVA, I.A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. **Rev Saúde Públ**. 2005; 39(2): 156-62.

SILVA, L. M. P.; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 983-992, nov./dez., 2010.

SILVA, I. A. O profissional reconhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. 2001; v.3, n.1, p.7-14.

SILVA, B.M.C.; MOURA, M.E.B.; SILVA, A.O. Desmame precoce: representações sociais de mães. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 31-50, 2007.

SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.A. Prevalência do aleitamento materno e prática de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev Nutr**. 2004; 17:437-47.

SIMÕES, I. A. R; RENNÓ, G.; SALOMON, A.S.C; MARTINS, M. C. M. M; SÁ, R. A. D. Influência dos Mitos e das Crenças nas Nutrizes Quanto Amamentação em uma Cidade do Vale do Paraíba. **Revista Ciências em Saúde**. v. 5, n. 3, 2015.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, SB. S. Introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida de crianças de escolas particulares no município de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr**. São Paulo, v. 6. n. 1. 2009.

SMITH, L. J. (2011). Imunologia, Doenças Infecciosas e Profilaxia Alergias. Em **Manual Prático Para Consultores de Lactação** (2a ed., pp. 345–355). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda

SOARES, M.E.M.; GIUGLIANI, E.R.J.; BRAUN, M.L.; SALGADO, A.C.N.; OLIVEIRA, A.P.; AGUIAR, P.R. Uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J Pediatr** (Rio J). 2003; 79:309-16.

SOUZA, L.M.B.M.; ALMEIDA, J.A.G. **História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade**. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

SOUZA, E.L.; SILVA, L.R.; SÁ, A.C.S.; BASTOS, C.M.; DINIZ, A.B.; MENDES, C.M.C. Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(5): 1062-70.

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

SOUZA, S.N.D.H.; MIGOTO, M.T.; ROSSETTO, E.G.; MELLO, D.F. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paul Enferm**. 2012; 25(1):29-35.

STRAUB, W.J. Malfunction of the tongue. Part II. **Am J Orthodon** 1961;47:596-617.

SUSIN, L.R.; GIUGLIANI, E.R.J.; KUMMER, S. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev. Saúde Públ.** [Internet] 2005 [cited 2014 Nov 10];39(2):141-47.

TERUYA, K.M.; BUENO, L.G. Método de aconselhamento. In: Issler H, coordenador. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: Sarvier; 2008. p.155-62.

VAN, O.; KULL, I.; BORRES, M.P.; BRANDTZAEG, P.; EDBERG, U.; HANSON, L. A. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966- 2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**. 2003, v.58, p.833-43.

VANDENPLAS, Y.; WAUTERS, G.V.; GREEF, S.P.; CASTEELS, A.; MAHLER, T.; DEVREKER, T.; HAUSER, B. Probióticos e prebióticos na prevenção e no tratamento de doenças em lactentes e crianças. **J. Pediatr**. Porto Alegre, v. 87, n. 4, p. 292-300, Aug. 2011.

VASCONCELOS, M.G.L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 99-105, 2006.

VENÂNCIO, S.I.; ALMEIDA, H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, 2004; 80:S173-80.

VIANNA, R.P.T.; REA, M.F.; VENANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2403-2409, Oct., 2007.

VIEIRA, G.O.; ALMEIDA, J.A.G.; SILVA, L.R.; CABRAL, V.A.; NETT, P.V.S. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v. 4, n. 2, p. 143-150, Junho, 2004.

VIVIANE, G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida de crianças de escolas particulares no município de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.**, 2009.

VOLPINI, C.C.A; MOURA, E.C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev. Nutr**. Campinas, v. 18, n. 3, p. 311-319, Junho, 2005.

WEFFORT, V.R.S.; LAMOUNIER, J.A. **Nutrição em Pediatria: da neologia à adolescência**. São Paulo: Manole, 2009.

WEIGERT, E M.L.; GIUGLIANI, E.R.J.; FRANÇA, M.C.T.; OLIVEIRA, L.D.; BONILHA, A.; SANTO, L. E.; KÖHLER, CV.F. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, p. 310-6. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an Expert Consultation**. Geneva: World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Protecting, promoting and supporting breastfeeding:** the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, Suíça: World Health Organization; 1989

ZIMMERMAN, D.R.; GUTTMAN, N. “Breast is best”: Knowledge among lowincome mothers is not enough. **Journal of Human Lactation**, 17 (1), 14-19, 2001.