

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de  
Saúde

Esmeralda Das Dores Santos Santana

**PREVALÊNCIA DO DESMAME PRECOCE EM  
LACTENTES NO MUNICÍPIO DE AGRESTINA -  
PERNAMBUCO**

RECIFE

2011

ESMERALDA DAS DORES SANTOS SANTANA

**PREVALÊNCIA DO DESMAME PRECOCE EM LACTENTES NO MUNICÍPIO DE  
AGRESTINA - PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Vera Lucia de Vasconcelos Chaves

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

S231p Santana, Esmeralda das Dores Santos.  
Prevalência do desmame precoce em lactentes no município de Agrestina – PE. / Esmeralda das Dores Santos Santana — Recife: E. D. S. Santana, 2010.  
39 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Vera Lucia de Vasconcelos Chaves.

1. Aleitamento Materno. 2. Desmame. 3. Cuidado do Lactente. I. Chaves, Vera Lucia de Vasconcelos. II. Título.

---

CDU 613.953

ESMERALDA DAS DORES SANTOS SANTANA

**PREVALÊNCIA DO DESMAME PRECOCE EM LACTENTES NO MUNICÍPIO DE  
AGRESTINA - PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Ms Ana Paula de Souza Farias

UFPE

---

Dr<sup>a</sup> Vera Lucia de Vasconcelos Chaves  
CPqAM /FIOCRUZ

## **AGRADECIMENTOS**

“ Foi o Senhor que fez isto e é coisa maravilhosa aos nossos olhos.” Sl.118. v. 23.

Agradeço ao meu DEUS por estar concluindo mais uma etapa tão importante; e pelas promessas cumpridas em minha vida.

Ao meu filho Esmeraldo Neto, pelo amor incondicional, por acrescentar razão e beleza aos meus dias, por ser causa desta conquista e de todas as outras em minha vida.

Ao meu esposo Antônio, por compreender e apoiar as minhas ausências, por dividir comigo alegrias e dificuldades, me ajudando sempre de diferentes maneiras com muito carinho.

Aos meus pais, pelo amor, carinho e compreensão, sem medir esforços para que eu chegasse a realizar esta conquista.

Aos meus irmãos, por estarem sempre presente em minha vida, por me apoiar e incentivar a seguir meus ideais.

A orientadora Vera Lucia de Vasconcelos Chaves, pela paciência, e pela contribuição na elaboração deste trabalho.

Aos amigos da Secretaria de Saúde de Agrestina, pelo apoio e incentivo, pela experiência maravilhosa de convivermos juntos e principalmente pela amizade.

Muito Obrigada!

*...Aninha-me em teu colo como outrora  
dize-me bem baixo assim: – Filho, não  
temas, dorme em sossego, que tua mãe  
não dorme. Dorme. Os que de há muito te  
esperavam cansados já se foram para  
longe. Perto de ti está tua mãezinha.  
Teu irmão, que o estudo adormeceu,  
tuas irmãs pisando de levinho  
para não despertar o sono teu.  
Dorme, meu filho, dorme no meu peito.  
Sonha a felicidade. Velo eu...*

(VINÍCIUS DE MORAES, 1933)

Santana, Esmeralda das Dores Santos. Prevalência do desmame precoce em lactentes no município de Agrestina – PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

**Introdução:** O leite materno é indicado como alimento ideal para a criança nos seus primeiros meses de vida, devido suas vantagens para mãe, filho e o benefício econômico para o país. Contudo, muitos fatores contribuem para o desmame precoce e que quase sempre estão associados as dificuldades relacionadas a fatores físicos, socioculturais e psicológicos. **Objetivos:** Avaliar o desmame precoce em lactentes menores de 4 meses no município de Agrestina – Pernambuco (PE), determinar sua prevalência e verificar a assistência prestada no município, pontuando os fatores que estão dificultando essa prática. **Metodologia:** Estudo de caráter descritivo e explanatório cuja população estudada foi composta por lactentes menores de 4 meses cadastrados e acompanhados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Agrestina-PE tomando como referência informações contidas no sistema de informações do Banco de dados do Sistema Único de saúde (DATASUS), e Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010. **Resultados:** A prevalência do desmame precoce em lactentes menores de 4 meses de idade no município de Agrestina foi de 35,6%, o percentual de crianças menores de 4 meses sem aleitamento foi de 11,8%. **Conclusão:** Este estudo possibilita subsidiar ações, visando à promoção do aleitamento materno e melhoraria da qualidade da assistência prestada ao município de Agrestina.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Desmame, Cuidado do Lactente .

Santana, Esmeralda das Dores Santos. Prevalence of early weaning among infants in the city of Agrestina - PE. 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast milk is recommended as an ideal food for the child during its first months of life because of its advantages for mother, son and economic benefit to the country. However, many factors contribute to early weaning and often are associated with the difficulties related to physical, psychological and sociocultural. **Objectives:** To evaluate early weaning among infants under 4 months in the city of Agrestina - Pernambuco (PE), determine its prevalence and to assess the care provided in the city, pointing out the factors that are hindering the practice. **Methodology:** a descriptive and explanatory whose population was composed of infants under 4 months enrolled and followed in the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Agrestina-PE by reference to information contained in the information system of the Bank of Data of the Unified Health (DATASUS) and Information System (SIAB), from January 2005 to December 2010. **Results:** The prevalence of early weaning in infants under 4 months of age in the municipality of Agrestina was 35.6%, the percentage of children younger than 4 months without feeding was 11.8%. **Conclusion:** This study provides support to actions aiming to promote breastfeeding and improve the quality of care provided to the municipality of Agrestina.

**Keywords:** Breastfeeding, weaning, Infant Care .

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
IBFAN	International Baby Food Action Network
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
ESNP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INAN	Instituto Nacional de Alimentos e Nutrição
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SIAB	Sistemas de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SP	São Paulo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PE	Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>A história da amamentação no Brasil</b>	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Campanhas de incentivo à prática do aleitamento materno</b>	<b>15</b>
<b>2.3</b>	<b>Desmame Precoce</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>24</b>
<b>4.2</b>	<b>Caracterização da área de estudo</b>	<b>24</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra</b>	<b>25</b>
<b>4.4</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>25</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta dos dados</b>	<b>26</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados</b>	<b>26</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>32</b>
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é um dos temas contemporâneo muito abordado e que propulsiona o Ministério da Saúde do Brasil a promover campanhas e programas de caráter público, com o objetivo de esclarecer a importância da amamentação para o bebê, a puérpera e a sociedade, bem como incentivar essa prática (GIUGLIANI, 2000).

O leite materno é indicado como alimento ideal para a criança nos seus primeiros meses de vida. Isto se deve ao fato das suas inquestionáveis propriedades nutricionais e anti-infecciosas, além das vantagens psicossociais da prática do aleitamento materno para mãe e seu filho e o seu benefício econômico para o país (PERCEGONI *et al.*, 2002).

Pesquisas revelam que a falta de conhecimento a respeito das vantagens da amamentação e a ausência de orientação no pré-natal e no período puerperal, que contemplam as dificuldades a cerca da amamentação, são apontadas como causas que podem interferir na prática do aleitamento materno (PERCEGONI *et al.*, 2002; REA CUKIER, 1988).

Mediante os benefícios conhecidos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Fundação das Nações Unidas para Infância (UNICEF), recomendam que a prática do aleitamento materno deva ocorrer exclusivamente até os seis meses de idade e a amamentação complementada mantida até os dois anos de vida ou mais (O FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979).

Contudo, apesar dos esforços para implementar uma política de incentivo à amamentação, o desmame precoce continua sendo um dado comprovado em diversos estudos sobre aleitamento materno no Brasil. Pesquisa nacional realizada em 1999, a respeito da prevalência de aleitamento materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, verificou que apenas 9,7% dos lactentes com idades entre 151 a 180 dias estavam em aleitamento materno exclusivo enquanto que na faixa etária de 271 a 364 dias de vida, apenas 44,2% das crianças estudadas continuavam recebendo o leite materno (BRASIL, 1999).

A comunidade científica revelam que existe muitos fatores que contribuem ao desmame precoce, tal afirmativa é corroborada por Percegone e

outros. (2002, p. 29): “Muitos fatores contribuem para o desmame precoce, no entanto, a falta de conhecimento sobre aleitamento materno por parte das mães tem representado papel importante na redução da duração desta prática.”

As dificuldades existentes podem ser classificadas como circunstanciais e culturais. A respeito das dificuldades circunstanciais, tais como mamilos rachados e fissurados, tipos de mamilos, ingurgitamento mamário, doença materna e do bebê são referidas como uma das causas para o desmame precoce (ISSLER, 1987).

Contudo, é necessário saber que existem outras dificuldades, como as culturais (falta de estímulo da família e emancipação da mulher, entre outras) que também contribuem para a interrupção precoce desta prática, ou seja, a quebra da prática da amamentação exclusiva antes dos seis meses (ISSLER, 1987; PERCEGONI *et al.*, 2002).

Pamplona (2005) categoriza as dificuldades apontadas pelas mães em fatores físicos, socioculturais e psicológicos. Esta classificação utilizada pela autora diverge da classificação de Issler (1987), quando descreve que a insuficiência de leite materno seria uma dificuldade circunstancial, e não sociocultural.

É importante mencionar que não existe leite insuficiente, pois toda nutriz tem a capacidade de produzir a quantidade de leite suficiente para nutrir seu bebê. Porém, pode existir situações adversas em que ocorra baixa produção de leite propriamente dita, ou uma baixa transferência de leite. Esta afirmação é muito bem expressada por Vasconcellos (2006, p. 298-299):

Na verdade, a imensa maioria das mulheres apresenta quantidade de leite suficiente para amamentar suas crianças, inclusive gêmeos. O percentual de nutrizas que realmente apresentam baixa produção de leite é extremamente pequeno. Normalmente o lactente está recebendo tudo de que necessita, mesmo que a mãe pense que não tem leite suficiente.

Fatores sociais, culturais, psicológicos, experiência anterior em amamentação sem sucesso, falta de apoio e incentivo nos primeiros momentos da amamentação, enfim, inúmeras causas levam a nutriz a pensar que seu leite é pouco para sustentar o seu bebê.

Mediante aos fatores ou as dificuldades apresentadas pelas nutrizes, verifica-se que o desmame precoce é um resultado da interação complexa de diversos fatores tais como biológicos, demográficos, socioeconômicos, psicológicos e culturais que refletem no modo como as mulheres alimentam seus filhos e o tempo que os amamentam (EDUARDO *et al.*, 1998). Segundo Martins (1998) ele acredita que existem questões sociais contidas no existir de cada mãe.

Mulheres com risco de desmame precoce deveriam ser identificadas durante a rotina pré-natal ou pediátrica, a fim de que pudessem participar de programas especiais de Educação em Saúde, estruturados de acordo com a especificidade de problemas individuais de etiologia biológica, psicológica e sócio-cultural (CANDEIAS, 1983).

Estudos epidemiológicos sobre morbi-mortalidade de crianças artificialmente alimentadas e a participação de entidades como OMS, UNICEF, e a International Baby Food Action Network (IBFAN) na promoção do aleitamento materno é de vital importância para o aumento da amamentação (BARROS, *et al.*, 1994; UNICEF, 1990).

Este projeto trás a lume a importância da amamentação e a preocupação da OMS, UNICEF e Ministério da Saúde do Brasil em promovê-la por meio de campanhas sócio-educativas, visando combater a alta prevalência de mães que abandonam a prática do aleitamento materno em virtude de suas dificuldades diante do primeiro semestre da amamentação.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A história da amamentação no Brasil

A importância da amamentação para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo, tornou esta prática objeto de preocupação e interesse da humanidade ao longo da história (VILLA, 1989). Devido a este motivo, Almeida, em 2004 realizou um resgate histórico-social a respeito dos conhecimentos e práticas sobre a amamentação na sociedade brasileira.

A partir daí, registra-se que nos séculos XVI e XVII, o hábito do aleitamento materno já existia na sociedade indígena que povoava distintas regiões do litoral brasileiro. Este primeiro relato sobre a amamentação no Brasil foi descrito através de uma carta de Pero Vaz de Caminha ao Rei de Portugal – “[...] com um menino ou uma menina ao colo, atado com um pano (não sei o quê) aos peitos[...].” (ALMEIDA, 1999).

Com o auxílio da tipóia, as índias tupinambás carregavam seus filhos 24 horas atados ao seu corpo, praticando a amamentação sob livre demanda. O regime alimentar do lactente acompanhava o desenvolvimento da marcha, ou seja, a introdução de outros alimentos só viria acontecer quando a criança pudesse andar sozinha. No entanto, não havia abandono do peito e o aleitamento materno se prolongava até os dois anos de idade (ALMEIDA, 1999).

Desta forma, as índias Tupinambás administravam harmoniosamente o duplo papel da mulher, como nutriz e como trabalhadora. O desmame precoce, sendo assim, só ocorreria diante de três situações: morte materna, doença grave da mãe ou por questões culturais, ou seja, filhos de inimigos da tribo ou filhos de índias que tivessem mais de um parceiro (ALMEIDA, 1999).

Assim, no Brasil o aleitamento materno entre os índios Tupinambás era a regra geral. Porém, com a chegada dos colonizadores europeus, os hábitos indígenas sofreram modificações, inclusive na amamentação. Os portugueses consideravam o aleitamento materno como um comportamento instintivo e

inapropriado aos hábitos e costumes da cultura européia. Instala-se a partir daí o primeiro embate cultural em torno do aleitamento materno no Brasil (ALMEIDA, 1999).

Para as mulheres européias daquela época, pertencentes às classes sociais dominantes, o amor materno não tinha valor social e moral, fato que as levavam a considerar o aleitamento materno como uma tarefa indigna para uma dama (BADINTER, 1985). Com isso, surge a amamentação mercenária, uma prática em que cabia à figura das *salóias* (camponesas da periferia) a função de amamentar os filhos de mães burguesas (ALMEIDA, 1999; SHORT, 1998).

No Brasil, a primeira versão das *salóias* foi desempenhada pelas índias Cunhãs; posteriormente, em virtude da rejeição cultural, foram substituídas pelas escravas africanas. Mais tarde, decorrente da urbanização, ampliou a difusão das amas-de-leite, surgindo a figura da “mãe preta de aluguel” (ALMEIDA, 1999).

Através deste breve resgate da prática da amamentação ao longo da história, verificou-se que o ato de aleitar direto ao seio, já existia desde a época colonial, porém observa-se também a interferência nesta prática ao longo do desenvolvimento da civilização humana (BITAR, 1995). Contudo a amamentação deixa de ser instintivo e biológico, transformando-se em um comportamento social e mutável, conforme a época e os costumes (ICHISATO; SHIMO, 2002).

## 2.2 Campanhas de incentivo à prática do aleitamento materno

Inúmeros eventos contribuem para assegurar o bem-estar do bebê nos primeiros meses de vida. Dentre todos, o mais importante é a amamentação, que é promovida e patrocinada pela OMS e UNICEF, por considerarem o leite materno como alimento ideal para o recém-nascido e a criança na primeira infância (UNICEF, 1979).

No Brasil, até o início da década de 80, as atividades de incentivo à amamentação aconteciam de forma isolada e envolviam, sobretudo, o setor de saúde. Mas em 1981 foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentos e Nutrição (INAN), que passou a ser o órgão responsável pelo planejamento de ações em prol do aleitamento natural no país (ARAÚJO, 2002).

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi implantado por meio de estratégias, como campanhas de comunicação de massa, mudanças nas práticas hospitalares, treinamento e supervisão das equipes de saúde, buscando incentivar e apoiar o aleitamento materno (BRASIL, 1991).

O desenvolvimento do PNIAM desencadeou um movimento de valorização à prática do aleitamento materno na sociedade brasileira, e principalmente no meio científico. A partir daí, a superioridade do leite materno se transformou em unanimidade, pois a comunidade científica acreditava que a amamentação desempenhava outras funções que transcendem a de nutrição (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Além disso, outras estratégias foram instituídas, tais como: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança; criação de bancos de leite humano; o monitoramento e a fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância; proibição de bicos, chupetas e mamadeiras; a capacitação de profissionais de saúde e de outros profissionais em aleitamento materno; o método canguru; a fiscalização dos direitos da mulher trabalhadora que amamenta; as comemorações da Semana Mundial do Aleitamento Materno (ARAÚJO, 2002).

Todo este trabalho tem sido coordenado e desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil de forma integrada, e em parceria com diversas instâncias

do setor de saúde, com universidades, órgãos internacionais e governamentais, sociedades de classes, Ministério do Trabalho, corpo de bombeiros, órgãos de defesa do consumidor e o Ministério das Comunicações (ARAÚJO, 2002).

Esses órgãos e medidas, unidos, visam promover, proteger e incentivar a prática da amamentação como meio de minimizar a mortalidade infantil no país, e melhorar a qualidade de saúde das crianças brasileiras (LAMOUNIER; MARANHÃO; ARAÚJO, 2002).

Além de o leite materno possuir aspectos nutricionais de alta qualidade para criança, protege contra doenças do trato gastrintestinal, infecções respiratórias agudas, otites médias, diversas infecções neonatais, doenças alérgicas, promovem o crescimento e desenvolvimento das estruturas orais que participam da sucção e favorece a respiração nasal. É válido mencionar que também é de fácil digestão, é mais higiênico, é prático e possui uma temperatura ideal (EDUARDO *et al.*, 1998; GAMBURGO *et al.*, 2002; PÉREZ-ESCAMILLA, *et al.*, 1995).

O aleitamento materno também contribui para a saúde da mulher, protegendo contra o câncer de mama e de ovário, eficaz como método contraceptivo (desde que a amamentação seja exclusiva nos primeiros seis meses após o parto), involução uterina mais rápida, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto e de anemia, além de reforçar o vínculo afetivo mãe e filho (GIUGLIANI, 2000; KUMMER *et al.*, 2000; SANDRE-PEREIRA *et al.*, 2000).

Deste modo, a amamentação é importante não só para o bebê, mas também, para a sua mãe e para a sociedade. Baseando-se nesta afirmação, é importante oferecer às mães educação sobre o aleitamento materno no pré-natal e no período puerperal através de práticas educativas que abordem adequadamente as vantagens da amamentação e a preparação das nutrizes para o aleitamento materno (SANCHES, 2002).

A intervenção educacional deve abordar questões como: a preparação das mamas, as características do leite materno, prevenção e cuidados do ingurgitamento mamário, os tipos de mamilos, a transição da nova dieta, a postura adequada para amamentar e o sistema estomatognático e a

amamentação. Todos esses aspectos visam incentivar o aleitamento materno (JUNQUEIRA, 2000, VALDÉS, et al., 1995).

Mais do que preconizar a amamentação, faz-se necessário informar as mulheres quanto à importância do aleitamento materno, pois a partir de maior esclarecimento das mães o tempo médio da prática do aleitamento materno será maior comparada àquelas que não foram instruídas. Isto vem corroborar com o sucesso destes programas, mostrando que as populações-alvo respondem favoravelmente às estratégias centradas no aspecto educativo (GARCIA-MONTRONE; ROSE, 1996).

### 2.3 Desmame Precoce

O desmame precoce deve ser interpretado como resultado da interação complexa de diversos fatores demográficos, socioeconômicos e culturais, que afetam o modo como as mulheres alimentam seus filhos e o tempo durante o qual os amamentam (PERCEGONI *et al.*, 2002).

Pesquisas revelam que até a década de 60, a prevalência da prática do aleitamento materno era considerada boa (TUDISCO *et al.*, 1984). Contudo, na década de 70, seguindo uma influência do modelo alemão, o emprego da amamentação não ocorreu de forma adequada, verificando-se importante declínio desta prática. Este dado foi confirmado pelo inquérito domiciliar nacional que mostrou que era de 2,5 meses a mediana de amamentação. Então, foi constatado que o padrão da amamentação sofreu modificações na duração e na frequência, e a sua interrupção acontecia cada vez mais cedo (PERCEGONI *et al.*, 2002).

Muitos fatores contribuem para o desmame precoce, e que quase sempre estão associados a dificuldades que segundo Issler (1987) podem ser classificadas em dificuldades circunstanciais e culturais. Dentre os principais fatores circunstanciais que as mães citam como dificuldades durante a prática da amamentação e que tem como conseqüências o desmame precoce, são, mamilos rachados e fissurados, tipos de mamilos, seio ingurgitado, bebê não quer mais mamar, doença materna e nova gravidez (ISSLER, 1987).

Ainda estas autoras utilizaram a classificação de Issler (1987) para citar as principais dificuldades circunstanciais referidas pelas nutrizes. As mães alegam como conseqüências para o desmame precoce, o bebê não ter querido mais mamar, e o leite ser insuficiente. Este fator pode ser atribuído à falta de conhecimento, e preparação para o aleitamento materno (CUKIER; REA, 1988).

Como dificuldades culturais, encontram-se o meio em que as mulheres vivem, a situação econômica, o acesso da família à educação, a inserção no mercado de trabalho, a propaganda das fórmulas lácteas infantis nos meios de comunicação, os mitos e os tabus em torno da amamentação e a atuação inadequada dos serviços de saúde (ISSLER, 1987).

Rea e Cukier (1988) também identificaram as dificuldades culturais classificadas por Issler (1987) em uma pesquisa que realizaram, no qual atribuíram a separação entre mãe e filho sendo uma das causas que mais contribuíram para a o desmame precoce. Esta separação se dá por conta da mulher ao trabalho fora do lar, e esta situação se acentua pela difícil locomoção e distância casa-local de trabalho (REA *et al.*, 1997).

Outra classificação utilizada no meio científico é a proposta por Pamplona (2005) no qual associa o desmame precoce aos fatores físicos, socioculturais e psicológicos. Essa autora aborda que os fatores físicos estão associados às condições de saúde da mãe e do bebê, logo discorda de Issler (1987) quando afirma que a insuficiência do leite materno seria uma dificuldade circunstancial.

Vasconcellos (2006), afirma que toda nutriz tem capacidade de produzir leite suficiente para alimentar seu bebê, porém, algumas adversidades podem surgir e os profissionais competentes devem reconhecer com precisão quando uma nutriz apresenta uma baixa produção láctea.

Esse mesmo autor, didaticamente categorizou a baixa produção de leite, em uma baixa produção láctea ou uma baixa transferência de leite. Os fatores classificados como uma baixa produção de leite, rigidez no horário das mamadas, uso materno de remédios que possam afetar a produção de leite, cirurgia mamária prévia com retirada de tecido glandular, doença materna (algumas patologias podem influenciar na produção de leite), uso de mamadeiras ou chupetas tornando confusa a sucção do bebê e a criança não está apresentando mamadas freqüentes ou suficientemente longas acarretando um baixo fluxo de leite (CORDEIRO, 2002).

Dentre os classificados como baixa transferência de leite destacam-se mamadas curtas e freqüentes, mamilos ingurgitados, ductos bloqueados e lesões mamilares, cirurgia mamária com perda de tecido glandular, um posicionamento adequado à amamentação que contribua para uma boa pega, o manejo com a mama requer higiene adequada evitando complicações, além do uso de protetores de mamilos, cremes, pomadas e outros produtos que possam provocar odores ou sabores diferentes e fatores psicológicos (estresse, cansaço, falta de confiança, rejeição ao bebê, não gostar de

amamentar entre outros) (CARVALHAES et al., 2007; PARADA, *et al.*, 2005; VASCONCELLOS, 2006).

Ao classificar os fatores socioculturais, Pamplona (2005) refere-se àqueles relacionados aos papéis femininos e mais especificamente o materno, suas funções e inter-relações com os demais papéis da mulher; a representação que sua classe social e seu grupo familiar têm dos papéis femininos, da maternidade e do aleitamento materno; condições concretas que a sociedade lhe oferece de exercício da maternagem e do aleitamento (RODRIGUEZ-GARCIA, SCHAEFER, 1991).

Também se pode categorizar outro fator responsável pelo declínio da amamentação, é a mudança na estrutura familiar, ou seja, a família formada pela mãe, pai e filho. Esta nova formação familiar acarretaria na dificuldade da jovem mãe em não receber mais o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos, elementos facilitadores do aleitamento materno (ORLANDI, 1985, SONEGO, et al., 2004).

Os fatores psicológicos são aqueles que circundam a história pessoal de seu desenvolvimento afetivo/sexual, de suas relações familiares, especialmente de sua identificação com a própria mãe; as suas vivências da gestação, do parto e, principalmente, do puerpério, momento no qual acontece a amamentação, incluindo-se nestas vivências suas relações familiares, especialmente com o pai do bebê e a interação mãe/bebê (NAKANO, *et al.*, 2007; PAMPLONA, 1991).

Ainda que as vantagens do aleitamento materno sejam apresentadas exaustivamente pela comunidade científica e o tempo médio no Brasil venha crescendo (SANDRE-PEREIRA, 2000), observa-se também uma tendência latente da espécie humana em interromper precocemente a amamentação. A partir daí, emerge a necessidade de enfatizar os fatores físicos, socioculturais e psicológicos como agentes dificultadores desta prática (ALMEIDA, 1999).

Em Pelotas, na avaliação de Mascarenhas et al. (2006), em 940 crianças de um a três meses de idade concluiu que a baixa escolaridade do pai, o trabalho da mãe fora de casa e o uso da chupeta foram os principais fatores relacionados à suspensão precoce do aleitamento materno.

Pesquisa realizada em Cuiabá, MT, França et al. (2007), estudando 920 crianças menores de um ano, observaram que o desmame prematuro esteve

estatisticamente relacionado com a idade da mãe (menor de 20 anos), a primiparidade e o uso de chupeta. O uso da mamadeira no primeiro mês de vida, oferta de chás e a baixa escolaridade das mães foram as variáveis que se mantiveram responsáveis pelo desmame prematuro.

A criação de iniciativas voltadas para o sucesso do aleitamento materno em locais de atenção básica à saúde tem sido uma preocupação comum a vários países (SILVA, 2000). Visando garantir a prática do aleitamento e diminuição do desmame precoce foram criados passos para que locais de atenção à saúde situados na comunidade pudessem promover, proteger e apoiar adequadamente a amamentação (OLIVEIRA, 2004).

No Brasil, houve uma proposta de Unidade Básica Amiga da Criança em Londrina, em 1995. A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação foi criada no Estado do Rio de Janeiro, em 1999, e vem sendo implementada pela SES-RJ/PAISMCA com o apoio do Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno (OLIVEIRA, 2004).

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização das unidades básicas de saúde para a adoção dos "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação" da IUBAAM. Essa Iniciativa delinea um importante papel de suporte que as unidades básicas de saúde, em conjunto com os hospitais, podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e bem estar dos bebês, suas mães, família e comunidade local (CLARK, 1984).

Pernambuco teve o reconhecimento por parte das Nações Unidas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco como o primeiro Hospital Amigo da Criança do Brasil, pela aplicação dos Dez Passos pelo Aleitamento Materno em suas dependências (CAMINHA et al., 2010).

Os dez passos para o sucesso da amamentação (OLIVEIRA, 2004).

1. Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
2. Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação

exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.

4. Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.

5. Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.

6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

7. Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.

8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.

9. Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.

10. Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

Estudo de caso realizada pela prefeitura do Rio de Janeiro (RJ) e pela Faculdade Bezerra de Araújo, com apoio da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), revela que a iniciativa do dez passos aumenta a prevalência da amamentação exclusiva em até 20% em crianças menores de 4 meses (BRASIL, 2010).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o desmame precoce dos lactentes menores de 4 meses de idade no município de Agrestina - PE, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010, a fim de subsidiar ações, visando melhorar a qualidade da assistência prestada neste município.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Determinar a prevalência do desmame precoce, em lactentes menores de 4 meses de idade, no município de Agrestina -PE, tomando como referência informações contidas no Sistema de Informações (DATASUS e SIAB);
- b) Verificar a assistência prestada em Agrestina, procurando avaliar acompanhamento das gestantes cadastradas na ESF e o acompanhamento dos lactentes menores de 4 meses de idade cadastrados no município.

## **4 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo de caráter descritivo e explanatório com vistas a avaliar a prevalência do desmame precoce em lactentes menores de 4 meses de idade no município de Agrestina - PE, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010. Foram utilizadas informações contidas no banco de dados DATASUS e SIAB.

### **4.2 Caracterização da área de estudo**

O município de Agrestina fica situado a 155 km da capital do estado de Pernambuco – Recife, tem uma população de aproximadamente 22.680 mil habitantes (IBGE 2009). Está localizado na mesorregião central do Agreste do estado, tendo como principal fonte de renda o comércio informal, agricultura e as microempresas de facção em costura. A cidade também possui comunidades quilombolas.

Na área da saúde, o município está habilitado na condição de Gestão da Atenção Básica Municipal pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2002), possuindo, portanto, as responsabilidades na gestão da atenção básica, vigilância em saúde e assistência farmacêutica básica.

A rede municipal de saúde na atenção primária foi ampliada em setembro de 2009 passando a ter 100% de cobertura. O município possui atualmente nove equipes de ESF, todas com a estratégia de saúde bucal implantadas, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os serviços básicos de clínica médica, pediatria, ginecologia e urgência básica. Em todas as ESF's, funcionam os programas prioritários do Ministério da Saúde que são: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, atenção ao parto e puerpério, serviço de citologia, hipertensão e diabetes, hanseníase e

tuberculose e planejamento familiar. O município também conta com o apoio do programa “Mãe Coruja”.

Na Média complexidade, o município de Agrestina dispõe dos serviços nas especialidades de fisioterapia, ultrassonografia, psicologia, colposcopia e laboratório de análises clínicas, geriatria, além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A referência para as consultas especializadas são os municípios de Caruaru e Recife.

### **4.3 População e amostra**

A população estudada foi composta por 1731 lactentes menores de 4 meses de idade cadastrados na ESF no município de Agrestina, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

### **4.4 Critérios de inclusão**

- Gestante cadastradas e acompanhadas na ESF no município de Agrestina - PE;
- Nascidos vivos no município de Agrestina;
- Lactentes na faixa etária 0 a 4 meses;
- Lactentes cadastrados e acompanhados de 0 a menores 4 meses em aleitamento exclusivo e misto
- Período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

#### **4.5 Coleta dos dados**

Foram utilizados dados secundários contidas no banco de dados DATASUS e SIAB, oriundas das ESF no município de Agrestina -PE no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram analisados através do programa Excel for Windows e os resultados apresentados através de gráficos e tabelas de freqüências simples e relativas.

Inicialmente selecionamos informações contidas no banco de dados DATASUS e SIAB, oriundas das ESF no município de Agrestina - PE no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

Em seguida, realizamos análise procurando observar os nascidos vivos do município de Agrestina, gestantes cadastradas e acompanhadas, lactentes menores de 4 meses com aleitamento exclusivo e com aleitamento misto, cadastradas nas ESF' no município, acompanhadas de Janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Foram trabalhados os dados secundários, obtidos através do DATASUS, logo não ofereceu risco a população pesquisada. sendo dispensado o parecer aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos.

## 5 RESULTADOS

Em relação ao número de gestantes cadastradas no município de Agrestina no período de 2005 a 2010, observa-se que no ano de 2008 houve um aumento no número de gestantes com média de 163,5 e encontramos a menor média de 120,7 no ano de 2010, (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do número de gestantes cadastradas e acompanhadas segundo o mês, no município de Agrestina - PE de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

ANO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL	MÉDIA
2005	120	132	139	133	130	135	127	145	140	136	138	142	1617	134,7
2006	127	131	132	122	130	120	112	135	148	178	162	156	1653	137,7
2007	159	148	144	133	123	119	244	139	138	146	145	141	1779	148,2
2008	135	135	140	148	160	183	191	189	178	171	167	150	1962	163,5
2009	172	163	159	136	138	148	142	137	99	126	127	134	1522	126,8
2010	128	126	139	149	146	128	121	133	127	118	143	137	1449	120,7

Fonte: DATASUS (2010)

Como podemos observar na Tabela 2, o número de gestantes que realizaram pré-natal no município de Agrestina cresceu nos últimos dois anos, conforme podemos observar no gráfico a seguir. Já no ano de 2005, apenas 74,3% das gestantes realizaram pré-natal, enquanto que, no período de 2006 à 2008 essa média cresceu para 84,8%, elevando-se ainda mais em 2009 e 2010 com os resultados de 92,7% e 96,8% respectivamente.

Tabela 2 – Distribuição do número de gestantes que realizaram pré-natal o conforme mês, no município de Agrestina -PE de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

ANO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total N %
2005	92	98	111	114	107	104	109	118	105	116	114	118	1202 74,3
2006	107	118	112	107	102	101	97	106	122	159	151	148	1430 86,5
2007	143	116	129	119	105	102	214	122	110	115	121	120	1516 85,2
2008	115	116	123	118	132	154	166	164	159	138	139	94	1628 82,9
2009	130	135	130	114	115	132	129	122	86	104	103	112	1412 92,7
2010	100	110	102	134	118	115	112	125	120	109	130	129	1404 96,8

Fonte: DATASUS (2010)

Como podemos observar na Tabela 3, o município de Agrestina ao longo de seis anos obteve um número de nascidos vivos estável. Em 2008 esse número se elevou, todavia em 2010 houve o menor número de nascidos vivos no município.

Tabela 3 – Distribuição do número de nascidos vivos no município de Agrestina -PE de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

ANO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Se	Out	Nov	Dez	Total
2005	14	22	22	23	25	23	26	31	16	25	25	19	271
2006	35	17	14	34	23	21	31	20	25	19	27	17	283
2007	24	21	33	26	26	32	44	10	14	15	18	15	278
2008	30	32	28	20	21	28	27	23	25	32	30	25	321
2009	31	26	32	30	23	14	29	18	17	17	24	15	276
2010	22	19	23	23	16	23	23	22	25	16	17	14	243

Fonte: DATASUS (2010)

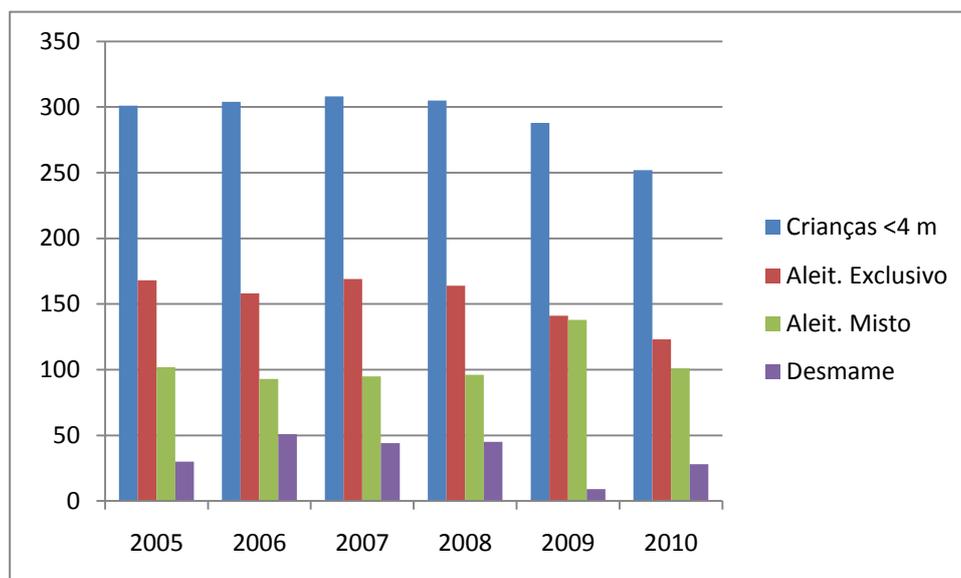


Gráfico 1: Prevalência do desmame precoce, do aleitamento exclusivo e misto em lactentes do município de Agrestina- PE de 2005 a 2010.

Fonte: DATASUS (2010)

Em relação à distribuição das crianças menores 4 meses de idade segundo o tipo de amamentação, é possível observar no gráfico 1 que ao longo desses anos ocorreu um número bastante significativo de aleitamento misto. No que tange ao desmame total, contata-se um declínio considerável no ano de 2009.

O município apresentou no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010 um total de 1731 crianças menores de 4 meses de idade cadastradas, destas, 88,2% iniciaram a amamentação ao peito, mantendo-se apenas 52,6% em amamentação exclusiva, 35,6% em aleitamento misto e 11,8% em desmame.

## 6 DISCUSSÃO

Em relação ao número de gestantes no município de Agrestina no período de 2005 a 2010, pode-se observar que durante os primeiros quatro anos o município apresentou um número crescente de gestantes, chegando a alcançar a maior média em 2008 com 163,5 gestantes e a partir de 2009 esse número reduziu, apresentando menor média de 120,7 em 2010.

O número de gestantes que realizaram pré-natal no município cresceu de forma bastante significativa nos últimos dois anos. Em 2005, observou-se que apenas 74,3% das gestantes realizaram pré-natal, e de 2006 à 2008 a média de consultas foi de 84,8%. A partir de 2009, o número de gestantes que realizam o pré-natal aumentou, com valores de 92,7% e 96,9% respectivamente. A frequência das consultas de pré-natal principalmente no primeiro trimestre de gestação são contribuintes e influenciam no resultado da amamentação. Esses dados mostram que o município tem a preocupação de seguir as recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que estabelece o número mínimo de consultas de pré-natal: (seis consultas, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre) (BRASIL, 2005). Esse resultado possibilitou mostrar a importância da ampliação da cobertura da ESF no município, bem como sua atuação na comunidade a qual esta inserida, em relação ao acesso às informações e ao planejamento familiar.

O município de Agrestina ao longo desses cinco anos apresentou um número estável de nascidos vivos. Em 2008 esse número se elevou, porém observa-se que em 2010 ocorreu o menor número de nascidos vivos no município. Acreditamos que a ESF do município vem atuando de forma bastante significativa no que diz respeito ao planejamento familiar.

Observamos que, embora 88,2% das crianças de Agrestina tenham iniciado amamentação exclusiva, esse índice não se manteve até os 4 meses de idade. A comparação dos dados do município com os do estudo da II Pesquisa de Prevalência de aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2009), onde a prevalência do aleitamento exclusivo em crianças menores de 4 meses, foi de 35,6% em 1999 enquanto que em 2008 esse

numero elevou para 51,2%. No presente estudo encontramos uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 52,6%. Apesar dos resultados encontrados em nosso estudo estarem relativamente na mesma proporção dos resultados do estudo das capitais brasileiras apresentado pelo MS, observa-se que existe uma baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementar até os 2 anos ou mais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989).

Como podemos observar esse estudo mostrou que a prevalência do desmame foi de 11,8%, sendo observado uma maior prevalência nos anos de 2005 à 2008 e menor prevalência nos anos de 2009 e 2010 cujos valores foram respectivamente 3,1% e 5,9%. Estudo realizado em Campinas - São Paulo (SP) mostra que a proporção de crianças amamentadas nas faixas etárias de 0 a 4 meses de idade foi de 2,1% caracterizando processo de desmame precoce rápido (NEJAR et al., 2004).

Os resultados obtidos nos anos de 2009 e 2010 no município mostraram uma melhora nos indicadores. Tais fatos podem ser atribuídos a ampliação da cobertura da ESF no ano de 2009 que atingiu 100% de cobertura. A ESF foi criada pelo MS em 1994 destinada a realizar atenção continua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo completado 15 anos em dezembro de 2010 (COSTA, CARBONE, 2004).

O papel da atenção primaria é fundamental e interfere de forma direta nos resultados dos indicadores da comunidade. É fundamental que as ESF's conheçam o perfil da comunidade na qual estão inseridas, sua demanda, e peculiaridades, a fim de que as propostas de preservação, manutenção e restauração da saúde sejam mais diretas e eficientes.

## 7 CONCLUSÃO

O município de Agrestina nos anos de 2009 e 2010 reduziu o número de gestantes, aumentou o acompanhamento das gestantes ao pré-natal, reduziu a prevalência do desmame em lactentes menores de 4 meses, mostrando um trabalho socialmente relevante. As ações da ESF foram essenciais para melhoria da assistência prestada no município, embora seus resultados estejam muito aquém do estabelecido pela OMS, UNICEF e MS.

Este estudo possibilita subsidiar ações ao município de Agrestina, visando à promoção do aleitamento materno, a fim de evitar o desmame precoce em lactentes menores de 4 meses, proporcionar uma atenção integral as famílias, identificar os problemas de saúde, incentivar ações comunitárias. A atuação das ESF no processo do aleitamento materno é imprescindível a fim de fortalecer as nutrizes no enfrentamento das dificuldades no aleitamento materno.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Sugere-se ao município de Agrestina, uma maior atenção à amamentação, criando estratégias que fortaleçam as ações para o incentivo a prática da amamentação exclusiva, com atenção especial para:

- a) Sensibilizar as equipes de saúde da família desde o ACS aos profissionais de nível superior, para que possam trabalhar o tema envolvendo toda comunidade;
- b) Potencializar a captação e acompanhamento no pré- natal;
- c) Realizar busca ativa de todas as gestantes;
- d) Criar programas de apoio e incentivo ao aleitamento materno;
- e) Realizar acompanhamento a todas as puerperas;
- f) Formação de grupos de gestantes e nutrizes, com a finalidade de trabalhar a importância da amamentação, seus benefícios, e como enfrentar as dificuldades que surjam nesse processo.
- g) Trabalhar em parceria com o “mãe coruja”, programa do governo do estado a fim de subsidiar ações que garantam a amamentação exclusiva conforme preconiza o Ministério da Saúde.

## REFÊNCIAS

- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 120.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: Um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 119-125, nov. 2004.
- ARAÚJO, C. M. T.; SILVA, G. A. P. Alimentação complementar e desenvolvimento sensório-motor oral: possíveis implicações. **Temas sobre desenvolvimento**, Recife, v. 13, n. 78, p. 5-11, 2002.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARROS, F. C. et al. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 277-283, ago. 1994.
- BITAR, M. A .F. **Aleitamento materno**: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a esta prática. 1995. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal do Pará / Belém, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **I Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal** ,Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal** ,Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil muito mais vida para mais crianças e mães. **Revista Brasileira Saúde da família**, Brasília, DF, v. 26, p. 33, abr./ jun. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2005.

CAMINHA, M. F. C.; BATISTA, M. F.; SERVA, V. B, et al. Tendências Temporais e fatores e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.2, p. 240-248,2010.

CANDEIAS, N. M. F. Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.17, n.2, p.71-82, 1983.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, p, 2-7 jan./fev. 2007.

CLARK, C. **O livro do aleitamento materno**. In:\_\_\_\_\_. 2. ed. São Paulo: Manole; 1984. p. 13-47.

CORDEIRO, M. T. Postura, Posição e Pega Adequadas: Um bom início para a amamentação. In: REGO, J.D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 10, p. 131-155.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.4, p. 677-683, jul./ago. 2007.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. cap. 2, p.8.

EDUARDO, M. A. P.; CORRÊA, N. P.; BONEKER, M. J. S. Aleitamento Artificial. In: SALETE, **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Livraria Santos, 1998. cap. 7, p. 65-69.

FRANÇA M. C. T. *et al.* Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, v.42, n.4, p.607-614, 2008.

GAMBURGO, L. J. L.; MUNHOZ, S. R. M.; AMSTALDEN, L. G. Alimentação do recém nascido: Alimento Natural, Mamadeira e Copinho. **Revista Fono Atual**, São Paulo, v.5, n.20, p. 39-47, jun. 2002.

- GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 238- 252, 2000.
- ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 578-585, jul./ ago. 2002.
- ISSLER, H. Aleitamento materno: dificuldades e propostas. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 282-283. 1987.
- JUNQUEIRA, P. **Amanetação, hábitos orais e mastigação**: Orientação cuidados e dicas. 2. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- KUMMER, S.C. et al. Evolução do padrão do aleitamento Materno. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.143-148, abr. 2000.
- LAMOUNIER, J. A.; MARANHÃO, A. G. K.; ARAÚJO, M. F. M. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2002. cap.26, p. 333-342.
- MARTINS, R. C. B. **Aleitamento com êxito sob a perspectiva da nutriz.**, 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1998.
- MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.82, n. 4, p.289-294, 2006.
- MORGAN, C. T. Comportamento instintivo. In:\_\_\_\_\_. **Psicologia Fisiológica**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1973. p.554-557.
- NAKANO, A. M. S. *et al.* O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 230-238, mar./abr. 2007.
- NEJAR, F. F. et al. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro,, v.20, n.1, p. 64-71. 2004.

OLIVEIRA, M. I. **10 Passos para Centros/Postos/Unidades de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: SES, 2004. Disponível em: [http://www.aleitamento.com/a\\_artigos.asp?id=x&id\\_artigo=441&id\\_subcategoria=2](http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=x&id_artigo=441&id_subcategoria=2). Acesso em: 07 mai. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra, 1989.

ORLANDI, O. V. **Teoria e prática do amor à criança**: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

PAMPLONA, V. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1991. cap. 1, p. 23-47.

PAMPLONA, V. Aspectos Psicológicos na Lactação. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: Bases Científicas. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005. cap. 11, p. 167-76.

PARADA, C. M. G. L. *et al.* Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família-PSF. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.3, p. 407-414, mai/jun. 2005.

PERCEGONI, N. *et al.* Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de viçosa, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 29-35, jan. 2002.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* Exclusive breast feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin America countries. **Journal Nutrition**, American, v.125, n.12, p. 2972-84, dez, 1995.

REA, M. F.; CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 184-191, Jun. 1988.

RODRIGUEZ-GARCIA, R. SCHAEFER, L. A., 1991. Nuevos conceptos de la lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v.111, p.1-15.

SANCHES, M. T. C. Amamentação - Enfoque Fonoaudiológico. In: CARVALHO, M. R; TAMEZ, R. N. **Amamentação: Bases científicas para a prática profissional**. São Paulo: Guanabara koogan, 2002. cap. 5, p. 50-9.

SANDRE-PEREIRA, G. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 457-466, abr/jun. 2000.

SHORT, R. **Amamentação, fertilidade e crescimento populacional**. São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.elogica.com.br/aleitamento/arquivo/html#INICIO>. Acesso em 14 mai. 2010.

SILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe, 1997. cap. 1 p. 26-48.

SILVA, I .A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 362-369, dez. 2000.

SONEGO, J. *et al.* Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 341-349, 2004.

TUDISCO, E. S. *et al.* Avaliação do estado nutricional materno e duração do aleitamento natural. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, p. 313-322, 1984.

UNICEF. **Reunião conjunta OMS/UNICEF: sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância**, Genebra, 1979.

UNICEF. **Innocenti Declaration: on the protection, promotion and support of breastfeeding**. Document 10017. New York, 1990.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A. P.; LABBOK, M. Técnicas de Amamentação. In:\_\_\_\_\_. **Manejo Clínico da Lactação**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p.233-295.

VASCONCELLOS, J. V. Baixa Produção de Leite. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap., 17, p.295-305.

VENÂNCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 36, n. 3, p. 313-318, jun.2002.

VENTURA, W. P. Promovendo o aleitamento materno no pré- natal, pré-parto e nascimento. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2002. cap.8, p. 99-111.

VILLA, T. C. S.; PELÁ, N. T. Aleitamento materno e suplementação alimentar. **Bulletin of Saint Panam**, Panamá, v. 106, n. p. 108-16, 1989.