



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

de Rosso GIULIANI, Núbia; de OLIVEIRA, Joeci; Zimmermann SANTOS, Bianca; BOSCO, Vera Lúcia
Prevalência do Início do Desmame Precoce em duas Populações Assistidas por Serviços de
Puericultura de Florianópolis, SC, Brasil

Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 239-
244

Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63721615014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Prevalência do Início do Desmame Precoce em duas Populações Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis, SC, Brasil

Prevalence of the Early Weaning in Two Populations Assisted at Infant Services of the City of Florianópolis, SC, Brazil

Núbia de Rosso GIULIANI¹, Joci de OLIVEIRA², Bianca Zimmermann SANTOS³, Vera Lúcia BOSCO⁴

¹Mestrado em Odontopediatria pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

²Doutorado em Odontopediatria pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Programa de Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

³Mestrado em Odontopediatria pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Aluna de doutorado em Odontopediatria, Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

⁴Doutorado em Odontopediatria pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de aleitamento materno (AM), aleitamento materno exclusivo (AME) e AM predominante (AMP) até 6 meses e, do início do desmame precoce (AME<6 meses), em mães de crianças de 6 a 12 meses de idade, em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU - UFSC) e na Unidade de Saúde do Saco Grande II (USSGII) na cidade de Florianópolis/SC.

Método: Estudo transversal de características descritivas e analíticas, realizado a partir de entrevistas guiadas por um questionário, aplicado a 100 mães que realizaram consultas de puericultura no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU - UFSC) e em outras 100 mulheres que o fizeram na Unidade de Saúde do Saco Grande II (USSGII), entre janeiro e abril de 2005, totalizando uma amostra de 200 mães.

Resultados: O aleitamento materno foi realizado por 98% da amostra; entre as que amamentaram 18,4% realizaram aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do seu filho. O início do desmame precoce foi realizado por 81,6% das participantes sendo que, destas, 15% realizaram aleitamento materno predominante nos 6 meses após a gestação.

Conclusão: O aleitamento materno tem sido iniciado pela maioria das mulheres, mas poucas conseguem fazer o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade do bebê. A introdução de água, chá ou suco e o desmame completo, antes dos seis meses, vem sendo bastante praticados pelas mães. É relevante a participação do cirurgião dentista, na orientação às mães para a realização do aleitamento materno de forma adequada.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence of maternal breastfeeding (MB), exclusive maternal breastfeeding (EMB) and predominant MB (PMB) up to 6 months of age, and early weaning (EMB <6 months) among mothers of children aged 6 to 12 months assisted at the Infant Services of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU - UFSC) and the Public Health Unit 'Saco Grande II' (USSGII) in the city of Florianópolis, SC, Brazil.

Method: This investigation was a cross-sectional study with descriptive and analytical characteristics, which was conducted based on interviews guided by a questionnaire applied to 100 mothers that attended infant welfare visits at the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU - UFSC) and in other 100 women that attended these visits at the Saco Grande II Public Health Unit (USSGII), between January and April 2005, composing a sample of 200 mothers.

Results: Maternal breastfeeding was performed by 98% of the women; among these, 18.4% reported exclusive breastfeeding until up to the 6th month of life of their children. Early weaning was performed by 81.6% of the participants and 15% of them used predominant breastfeeding during the first 6 months of life of their babies.

Conclusion: Maternal breastfeeding was initiated by most women, but only few of them maintained exclusive breastfeeding until their babies were 6 months old. Introduction of water, tea or juice and complete weaning before 6 months of age was a frequent practice among the interviewed mothers. It is relevant the engagement of dentists for instructing pregnant women and mothers of newborns on how maternal breastfeeding should be done in an adequate manner.

DESCRIPTOR

Prevalência; Aleitamento materno; Desmame; Alimentação complementar; Puericultura.

KEY-WORDS

Prevalence; Breast-feeding; Weaning; Supplementary feeding; Child care.

INTRODUÇÃO

A amamentação é decorrente de impulsos, dos quais o instinto nato para a sucção dos recém-nascidos de mamíferos é o mais forte, propiciando a fisiologia da ordenha do leite do peito materno. Também a mãe tem o impulso biológico de produção do leite enquanto gestante e junto a isto, apresenta o instinto de abrigar e proteger sua prole. Ainda, na espécie humana, o aleitamento materno (AM) é mais que um ato biológico e instintivo é, sobretudo, comportamental e reflete um complexo processo de interação da mulher com o mundo.

Até o início do século passado, a prática do AM era universal e habitualmente tinha duração prolongada. O desmame precoce foi uma tendência após a Segunda Guerra Mundial, inicialmente entre as elites urbanas dos países industrializados e em desenvolvimento, estendendo-se às demais populações. Somente no final da década de 80 ficou claro que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida é mais segura do que outros tipos de alimentação da criança. Porém, mesmo sendo conhecidas e apontadas as inúmeras vantagens do leite humano¹⁻³, o desmame, ou seja, introdução de qualquer líquido ou alimento sólido além do leite materno na dieta das crianças, é uma prática comum em nosso meio ainda nos primeiros meses de vida do bebê⁴⁻⁵.

O leite bovino tem três vezes mais proteínas e taxas menores de lipídeos que o leite humano, mas os nutrientes contidos no leite humano são especialmente adequados ao metabolismo da criança, nos seus aspectos quantitativo e qualitativo⁶. O leite humano, produzido por mães de prematuros, apresenta composição diferenciada em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos, ajustando-se às peculiaridades fisiológicas desses bebê⁷.

São várias as conseqüências negativas do desmame precoce sobre a saúde infantil, especialmente nos países do terceiro mundo. A ausência ou a curta duração do aleitamento materno, por exemplo, contribui para o declínio dos níveis de hemoglobina no primeiro ano de vida e, portanto, para a anemia, o que pode levar a patologias mais sérias⁸. Além disso, o sistema digestivo e os rins da criança pequena são imaturos, o que limita a sua habilidade em processar alguns componentes de alimentos diferentes do leite materno antes dos 6 meses⁶.

A promoção do AM, em especial do AME (aleitamento materno exclusivo), é considerada uma das estratégias de saúde de melhor custo-benefício, pois diminui os gastos das famílias, dos estabelecimentos de saúde e da sociedade em geral, ao abolir os custos com leite artificial e mamadeira, e ao reduzir episódios de doenças nas crianças, o que diminui as faltas ao trabalho dos pais relacionadas à doença do filho⁹.

Diante da importância do AM, o objetivo desta

de 6 a 12 meses de idade, em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU - UFSC) e na Unidade de Saúde do Saco Grande II (USSGII) na cidade de Florianópolis/SC.

METODOLOGIA

Participaram deste estudo transversal com características descritivas e analíticas, mulheres, mães de bebês de 6 a 12 meses de idade, em acompanhamento de puericultura no HU - UFSC e na USSGII, na cidade de Florianópolis/SC. Em relação aos bebês, considerou-se para este estudo os dados do único filho, quando primíparas, ou do último filho, quando múltiparas. Foram considerados critérios de exclusão, ser mãe de criança adotada, apresentar doença que representasse impedimento à realização da entrevista e não estar realizando consulta de puericultura de rotina, mas por algum motivo de doença do bebê e estar acompanhando criança sem ser a mãe da mesma. Quando o bebê tinha irmão gêmeo, a mãe respondia por um deles, escolhido aleatoriamente. Os dados referentes ao parto gemelar foram mantidos na amostra em função de poder representar uma dificuldade ao AM.

Em relação à seleção das unidades públicas de saúde, o ambulatório de Pediatria do HU foi selecionado por fazer parte da IHAC* (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e por ser o hospital-escola vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A USSGII foi incluída por estar localizada em uma região populosa (bairro Saco Grande II), com habitantes, em sua maioria, de média à baixa renda, assistidos por serviços de saúde com programas que dedicam especial atenção à amamentação. A USSGII faz parte do PDA (Programa Docente Assistencial de caráter inter-institucional que tem como gestores a UFSC, HU e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis), conta com equipe multiprofissional, desenvolve trabalhos com a comunidade, tem delimitação de micro-áreas, e cobertura do PSF[†] (três equipes mínimas) e Capital Criança[‡].

A amostra aleatória sistemática foi composta por mães que realizaram consultas de puericultura nos serviços públicos de saúde acima citados, no período de janeiro a abril de 2005. Foram incluídas 100 mães de cada unidade de saúde, totalizando 200 participantes.

Foi realizada entrevista individual, pela pesquisadora, com cada uma das mães, na sala de espera das consultas de puericultura. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário com questões abertas e fechadas, testado e modificado num pré-teste e avaliado num estudo piloto com 23 mães de bebês de 6 meses até 4 anos, que frequentaram a clínica da especialização em Odontopediatria da UFSC, nos meses de novembro e dezembro de 2004. O questionário

peito a criança? Se sim, o que era e que idade seu filho(a) tinha quando começou a beber/comer estes alimentos?"; e "Quando deixou definitivamente de amamentar seu filho?".

Mediante as respostas, pode-se calcular o tempo de AM, AME, AMP e início do desmame precoce (10):

- AM – Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno, diretamente do peito ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano;

- AME – Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, diretamente do peito ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos;

- AMP – Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás;

- Alimentação complementar: quando a criança recebe além do leite materno alimento sólido ou semi-sólido;

- Desmame: processo que inicia com a introdução de qualquer líquido ou alimento sólido além de leite materno; e se concluiu com o completo abandono da amamentação;

- Início do desmame precoce: quando o AME foi interrompido antes do sexto mês^{6,10}, o que corresponde a fazer o AMP e/ou alimentação complementar.

Os dados foram registrados no programa EpiData versão 3.1, com realização de dupla digitação e posterior validação para correção de possíveis inconsistências. Para a descrição das variáveis e análise de tendências, os dados foram processados eletronicamente por meio do programa de domínio público Epi Info – versão 3.5.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado por este sob o número 261/2004.

*Iniciativa mundial idealizada pela OMS e UNICEF visando a promoção e proteção ao AM, mediante a aplicação de dez passos para o sucesso do mesmo pelas maternidades e hospitais com leito obstétrico.

†Programa Saúde da Família do MS, Brasil.

‡Programa do município de Florianópolis / SC que assiste às crianças nascidas neste município até os 19 anos.

RESULTADOS

Entre as 200 participantes, 196 mães iniciaram o processo de amamentação (AM = 98%), destas 36 realizaram o AME até os 6 meses de idade do bebê (AME = 18,4%) e 160 (81,6%) realizaram o início do desmame precoce.

A caracterização da amostra quanto ao início do desmame precoce, considerando o que este representa,

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto ao início do desmame precoce entre as 160 mães que realizaram o realizaram.

Início do desmame	Tempo	n (%)
Aleitamento materno	< 6 meses	51 (31,9)
Aleitamento materno predominante	= 6 meses	24 (15,0)
Aleitamento materno predominante	< 6 meses	37 (23,1)
Introdução de Alimentação Complementar	< 6 meses	140 (87,5)

Considerando a idade das crianças no momento da entrevista, 72 (36,7%) das 196 mães que iniciaram o AM, finalizam-no ainda durante o primeiro ano (Figura 1). A média do tempo do AM entre as mães que pararam de amamentar nos primeiros 12 meses foi de 3,9 meses (mediana de 4 meses).

Na Figura 1 também pode ser observada a distribuição das mães que finalizaram o AME por mês, sendo que, no primeiro mês 156 (79,6%) das que iniciaram o AM conseguiram realizar o AME, porém, 40 (20,4%) delas não conseguiram fazê-lo nem por 15 dias, isto é, realizaram o final do AME antes do mês primeiro mês ou não iniciaram o AM de forma exclusiva. A média de tempo do AME foi 3,1 meses (mediana de 3 meses).

DISCUSSÃO

Atualmente recomenda-se o AME por até 6 meses e complementar por até 2 anos ou mais¹⁰. Existem evidências de que não há benefícios em introduzir os alimentos complementares na dieta das crianças antes dos 6 meses (salvo em alguns casos individuais), podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde destas. Por isso, vários países já adotam oficialmente a recomendação de que a amamentação exclusiva deve estender-se até 6 meses, inclusive o Brasil⁹.

No presente estudo, verificou-se que o AM foi iniciado por quase todas as mães, sugerindo que elas vêm sendo incentivadas a realizá-lo. No entanto, a média de tempo de AM entre as mães que pararam de amamentar nos primeiros 12 meses, foi bem abaixo da encontrada por outros pesquisadores¹¹, de 6,7 meses (mães adolescentes) e 7,6 meses (mães adultas) em Campinas/SP. Salienta-se que, no presente estudo, a idade dos bebês variou entre 6 e 12 meses enquanto no estudo citado a idade das crianças situava-se entre 0 e 2 anos, o que pode justificar a diferença encontrada. Também, nesta pesquisa as mães participantes estavam em sua maioria ainda realizando AM.

O AME até 6 meses, como preconizado^{6,10}, foi realizado por algumas mães, num percentual inferior ao encontrado por outros pesquisadores^{12,13} no México e na Suécia. No entanto, nos artigos citados, a informação

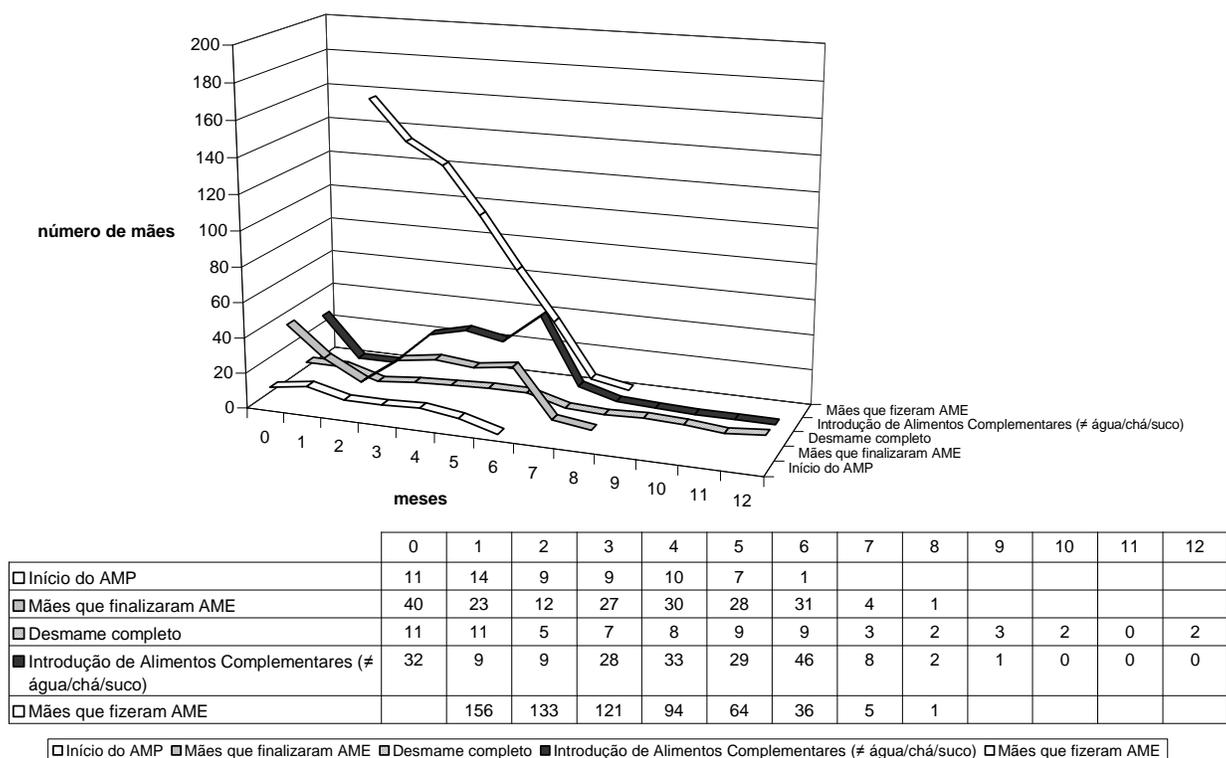


Figura 1. Número de mães que iniciaram o AMP (aleitamento materno predominante), finalizaram o AME (aleitamento materno exclusivo), fizeram o desmame completo, iniciaram o introdução de alimentos complementares (água/chá/suco) e que fizeram AME (aleitamento materno exclusivo), por mês no primeiro ano pós-parto, considerando a idade da criança no momento da entrevista.

empregada nesta pesquisa. Além disso, uma das pesquisas referidas¹³ foi longitudinal, com critérios de inclusão distintos, tais como, intenção de fazer AM por pelo menos 6 meses e ter amamentado outro filho por pelo menos 4 meses, o que pode ter resultado numa amostra menos heterogênea quando comparada com o levantamento feito neste estudo.

Embora ainda longe do preconizado^{6,10}, a mediana de AME verificada nesta pesquisa mostrou-se mais elevada que a de outros estudos^{11,14}, o que pode estar relacionado com a atenção profissional durante o período de lactação, realizado pelo acompanhamento de puericultura nas unidades de saúde consideradas. Pesquisadores⁷ observaram, ao avaliar o tempo do AME antes (1994) e depois (1998), da implantação do IHAC no hospital ao qual pertencia uma unidade de saúde por eles estudada, que o AME passou de 12 dias (1994) para 45 dias (1998). Seu achado mais significativo foi a constatação da chance 4 vezes superior das crianças nascidas em 1998 terem recebido AME durante os primeiros 6 meses de vida do que as crianças nascidas em 1994. Este fato pode explicar os percentuais observados no presente estudo, pois somente uma das unidades consideradas faz parte da IHAC. Muitas vezes, quando a atuação dos serviços de saúde é insuficiente no apoio à mãe nutriz e à sua família, torna-se difícil

através de suas orientações dadas no pré-natal, no puerpério imediato e na puericultura¹⁵, desse modo, as visitas de rotina representam um suporte ao AM.

Neste estudo perguntou-se a idade de início da introdução dos diferentes alimentos em adição ao AM, assim como foi feito em outros trabalhos^{11,16,17}. Observou-se que a maioria das mulheres o fez antes dos seis meses de vida do bebê. Inclusive, algumas mães que o realizaram, provavelmente o fizeram por julgar que a criança precisava de algo além do leite materno. A dificuldade na promoção do AME pode se dever, em parte, ao desconhecimento demonstrado inclusive por profissionais de saúde a respeito da relação entre diarreia e a introdução precoce de água e chás a crianças em amamentação exclusiva¹⁸. Este desconhecimento é demonstrado através da insistência de alguns profissionais na prescrição de suplementos ao aleitamento materno. Neste sentido, também torna-se interessante a investigação do universo dos sentimentos e conhecimentos maternos, pois não há necessidade de suplementos ao leite da mãe até 6 meses¹³ e que isto inclusive traz malefícios ao bebê, à amamentação e à mãe^{6,10,12}.

O AME até 6 meses pode estar associado a menor instalação de hábitos de sucção não nutritiva e, em consequência, menor alteração de forma da arcada

crescimento e no desenvolvimento da criança, resultando em desnutrição por inadequada ingestão protéico-calórica, pode contribuir para instalação de hábitos alimentares favoráveis à obesidade¹¹ e ao desenvolvimento da cárie dentária. Também pode diminuir o padrão adequado de sucção, importante para o desenvolvimento motor oral e dos órgãos fonoarticulatórios, da oclusão e da respiração, podendo também diminuir a produção de leite e aumentar o risco de infecções e, a longo prazo, de anemia, obesidade, hipertensão, arteriosclerose e alergia alimentar⁸.

Observando a distribuição das mães que finalizaram o AME por mês, é possível notar que muitas mães não conseguem amamentar exclusivamente por mais que 15 dias. Ainda é possível perceber que muitas vezes a interrupção do AME pode estar associada à idade da introdução de água, chá ou suco associado ao AM antes dos 6 meses, uma vez que os alimentos complementares foram precocemente introduzidos na alimentação dos bebês das mães deste estudo. Isto pode ser resultado de uma confusão de conceitos por parte da mãe¹⁵, onde esta considera que faz o AME porque a oferta de frutas ou outro alimento ao bebê não ocorre concomitante à do leite materno. Por isto é importante perguntar a mãe a idade de introdução de novos itens além do AM como foi feito em outros estudos^{12,16}, no lugar de considerar o tempo que ela relata ter feito o AME.

Embora o desmame tenha sido iniciado precocemente pela maioria das mães, muitas ainda faziam AM continuado, após os 6 meses, no momento da entrevista, o que pode estar relacionado com acompanhamento de puericultura e incentivo continuado ao AM. Mais importante que fatores criança-específicos, como sexo, tamanho e potencial de crescimento, unido à capacidade para AM e fatores ambientais, que podem afetar as necessidades nutricionais da criança, e a habilidade da mãe para responder a eles, é a presença de apoio adequado. A assistência representada pelo acompanhamento de puericultura das unidades estudadas é, provavelmente, responsável pelos resultados positivos no presente estudo em relação ao AM, mas menos eficiente em relação ao AME, talvez por diferença conceitual acerca da classificação do aleitamento.

É importante salientar que se espera do profissional da saúde neste período de puerpério, acolhimento às mulheres, compreensão dos seus modos de vida e o respeito às suas opiniões¹⁷. O papel deste será fundamental na orientação das mães, permitindo que elas realizem o AM na forma e no tempo adequados, com dedicação e prazer, fazendo com que o bebê se desenvolva de forma saudável.

Salienta-se que apesar dos resultados dessa pesquisa apresentarem validade interna, satisfazem a recomendação da OMS¹⁰, de personalizar as informações para cada localidade e, as reflexões decorrentes dele são relevantes para o entendimento do processo de amamentação, seu sucesso e limitações.

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que:

- O AM tem sido iniciado pela maioria das mulheres, mas poucas conseguem realizar o AME até o sexto mês;
- A introdução de água, chá ou suco vem sendo realizada precocemente, antes dos 6 meses, pela maioria das mães;
- O desmame completo antes dos seis meses está sendo bastante praticado;
- É relevante a participação do cirurgião dentista, na orientação às mães para a realização do AM de forma adequada.

REFERÊNCIAS

1. Cao Y, Rao SD, Phillips TM, Umbach DM, Bernbaum JC, Archer JI, Rogan WJ. Are breast-fed infants more resilient? Feeding method and cortisol in infants. *J Pediatr* 2009; 154(3):452-4.
2. Sabirov A, Casey JR, Murphy TF, Pichichero ME. Breast-feeding is associated with a reduced frequency of acute otitis media and high serum antibody levels against NTHi and outer membrane protein vaccine antigen candidate P6. *Pediatr Res* 2009; 66(5):565-70.
3. Bettler J, Zimmer JP, Neuringer M, DeRusso PA. Serum lutein concentrations in healthy term infants fed human milk or infant formula with lutein. *Eur J Nutr* 2010; 49(1):45-51.
4. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. *Texto contexto – enferm* 2006; 15(1):146-50.
5. Venâncio SI, Saldiva SR, Mondini RB, Escuder MM. Early interruption of exclusive breastfeeding and associated factors, state of São Paulo, Brazil. *J Hum Lact* 2008; 24:168-74.
6. Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) - Representação do Brasil. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107, Brasília – DF, 2002.
7. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3):422-8.
8. Flores-Lujano J, Perez-Saldivar ML, Fuentes-Pananá EM, Gorodezky C, Bernaldez-Rios R, Del Campo-Martinez MA, et al. Breastfeeding and early infection in the aetiology of childhood leukaemia in Down syndrome. *Br J Cancer* 2009; 101(5):860-4.
9. Giuliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr* 2000; 76(Supl.3):S238-52.
10. World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation. Geneva, Switzerland 28–30 March 2001. WHO p.1-6, 2002. (Document WHO/NHD/01.09).
11. Vieira MLF, Silva JLCP, Barros Filho AA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas. *J Pediatr* 2003; 79(4):317-24.
12. González-Cossío T, Loreno-Macías H, Riveira JA, Villapando S, Shamah-Levy T, Monterrubio EA, et al. Breast-feeding practices in México: results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Publica Mex* 2003; 45(Supl 4):S477-89.
13. Associação Brasileira de Nutricionistas. *Manual de Nutrição Clínica*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.

EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. Cad Saúde Pública 2000; 16(4):1-14.

15. Osis MJD, Duarte GA, Padua KS, Hardy E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. Rev Saúde Pública 2004; 38(2):172-9.

16. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. Pediatrics 2004; 113(4):283-290.

17. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. Texto contexto – enferm 2006; 15(1):146-50.

18. Cesar JA, Kuhn D, Devens ES, Martins JrE, Aguiar MRC, Holthausen RS et al. Prescrição de chás para crianças menores de 6 meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no sul do Brasil. J Pediatr 1996; 72:27-31.

Recebido/Received:05.05.10

Revisado/Reviewed:19.08.10

Aprovado/Approved:28.10.10

Correspondência:

Bianca Zimmermann Santos

Rua Ogê Fortkamp, 111/405, Bloco C, Trindade

Florianópolis/SC CEP: 88.036-610

Telefone: (48) 3234-9891

Email: biancazsantos@hotmail.com