



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, Joecí; Zimmermann SANTOS, Bianca; Lúcia BOSCO, Vera
O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de
Florianópolis/SC para esta Prática

Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 12, núm. 1, 2012, pp. 53-58
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63723468008>

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

O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática

Early weaning: motives for this practice of mothers attending an infant welfare service in Florianopolis/SC, Brazil

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

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

²Professora do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil

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

⁴Professora do Programa de Pós-gradua  o em Odontologia, Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar as razões das mães de crianças de 6 a 12 meses de idade, em acompanhamento de puericultura na cidade de Florianópolis/SC, para a interrup  o do aleitamento materno exclusivo (AME) antes do sexto mês pós-parto (in  io do desmame precoce).

Método: Estudo transversal de características descritivas, 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. Os dados foram analisados e as variáveis classificadas em categorias através da análise do significado e redu  o das respostas. Em seguida foram organizados com o programa Epi Info 3.5 e apresentados por meio da estatística descritiva (distribui  o absoluta e percentual).

Resultados: O aleitamento materno foi realizado por 98% da amostra; entre as mães que amamentaram, 18,4% realizaram aleitamento materno exclusivo at  o o sexto mês de vida do seu filho. O desmame foi iniciado de forma precoce por 81,6% das participantes, sendo que 46,2% dessas mães o fizeram motivadas por conceitos pessoais, 35,6% relataram algum problema relacionado a s  ude do bebê, 27,5% em fun  o dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe, 19,4% alegaram algum problema org  anico pessoal e 18,7% o realizaram por orienta  o de alguém.

Conclusão: A influência cultural e familiar, o trabalho materno e problemas de s  ude da mãe e do bebê foram determinantes para o in  io do desmame precoce.

ABSTRACT

Objective: To identify the reasons why mothers of children aged 6 to 12 months attending an infant welfare service in Florianopolis/SC, Brazil interrupted the exclusive breastfeeding (EBF) before the sixth month postpartum (beginning of early weaning).

Methods: A cross-sectional study with descriptive and analytical characteristics was conducted based on questionnaire-guided interviews proposed to 100 mothers who had routine infant welfare visits at the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU - UFSC) and other 100 mothers who did so at the Saco Grande II Public Health Unit (USSGII), between January and April 2005, a total sample of 200 mothers. Data were analyzed and the variables were classified into categories by examining the meaning and the reduction of responses. The data were organized by EpiData version 3.1 and processed electronically by public domain software Epi Info - version 3.5.

Results: Breastfeeding was reported by 98% of the sample. Among the mothers that breastfed, 18.4% did it exclusively until the infant reached six months. Early weaning was reported by 81.6% of the sample; 46.2% of them were motivated by their own concepts, 35.6% reported infant-related problems, 27.5% attributed to the multiple tasks assigned to a woman-mother, 19.4% reported a personal systemic problem, and 18.7% followed an advice from someone else.

Conclusion: Cultural and familial influence, maternal work and maternal and infant health problems were determinant factors for early weaning.

DESCRITORES

Aleitamento materno; Puericultura; Desmame; S  ude materno-infantil; S  ude pública.

KEY-WORDS

Breast feeding; Child care; Weaning; Maternal and child health; Public health.

INTRODU  O

Nas últimas décadas, as evidências científicas favoráveis   pr  tica do aleitamento materno exclusivo (AME) aumentaram consideravelmente. Como política global de s  ude pública, a Organiza  o Mundial da S  ude (OMS) recomenda que a amamenta  o seja exclusiva até o sexto mês de vida, porém o aleitamento materno (AM) deve ser mantido até dois anos ou mais¹.

As evidências acumuladas sobre o AM deixam clara a sua importa  o, não apenas para o bin  mio mãe/bebê, mas para todo o ciclo da vida, compreendendo o amplo espectro de situa  es que se desenvolvem desde os primeiros meses e anos de vida (doenças carenciais e processos infec  iosos, por exemplo) até o complexo domínio das doenças cr  nicas não transmissíveis, mais comuns na vida adulta².

O consumo precoce de líquidos e alimentos s  olidos diminui a ingestão de leite materno e a sua prote  o contra infec  es existentes, podendo ainda ser fonte de contamina  o para as crian  as³. A introdu  o de alimentos complementares antes do sexto mês de vida da criança pode estar associada a quadros de pneumonia^{4,5} e diarr  ea⁶.

Em crianças não amamentadas, a chance de hospitaliza  o por pneumonia nos 3 primeiros meses de vida chegou a ser 61 vezes maior do que em crianças que tiveram AME. Em crianças amamentadas, porém em regime não exclusivo, esse risco foi 2,9 vezes maior que as que foram amamentadas com leite materno exclusivamente⁴.

Mesmo diante de tantas evidências sobre os benef  icos do AM, ao observ  -lo como uma linha, pode-se verificar que ele cai rapidamente nos primeiros 6 meses de vida do beb  ⁷⁻¹⁴.

Tal situ  ao demonstra a necessidade de retardar a introdu  o de alimentos complementares^{11,15-17} e de compreender os fatores que a determinam. Assim, a Organiza  o Mundial da S  ude – OMS¹⁰ propõe que sejam identificados constrangimentos bi  lgicos e sociais    amamenta  o exclusiva até os 6 meses em localidades geográfica e culturalmente diferentes para que se possa posteriormente desenvolver interven  es apropriadas e efetivas contra estas barreiras e suas consequências.

   importante salientar que o AM transcende os aspectos bi  lgicos e sociais, envolvendo um complexo processo de intera  o da mulher, onde o tipo e a dura  o da amamenta  o são determinados pelos elementos com os quais ela interage, percebe, interpreta e reveste de significados¹⁸.

Neste contexto, o objetivo desta pesquisa foi Identificar as razões das mães de crianças de 6 a 12 meses de idade, em acompanhamento de puericultura na cidade de Florianópolis/SC, para a interrup  o do aleitamento materno exclusivo (AME) antes do sexto mês pós-parto.

METODOLOGIA

Conforme o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000, na cidade de Florianópolis/SC o número de crianças menores de 1 ano correspondia a 5017. E através da Secretaria Municipal de S  ude, constatou-se 3196 nascidos vivos em 2003.

Participaram deste estudo transversal descritivo, mulheres, mães de beb  s de 6 a 12 meses de idade, em acompanhamento de puericultura no HU - UFSC e na USSGII, na cidade referida. Em rela  o aos beb  s, considerou-se para a pesquisa os dados do único filho, quando primíparas, ou do ltimo filho, quando multíparas. Foram considerados critérios de exclusão, ser mãe de criança adotada, apresentar doença que representasse impedimento    realização da entrevista e não estar realizando consulta de puericultura de rotina, mas por algum motivo de doença do beb   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 fun  o de poder representar uma dificuldade ao AM.

Quanto    sele  o das unidades públicas de s  ude, o ambulatório de Pediatria do HU foi selecionado por fazer parte da IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) - que se constitui numa iniciativa mundial idealizada pela OMS e UNICEF visando a promo  o e prote  o ao AM, mediante a aplic  o de dez passos para o sucesso do mesmo pelas maternidades e hospitais com leito obstétrico - e por ser o hospital-escola vinculado    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 m  dia    baixa renda, assistidos por serviços de s  ude com programas que dedicam especial aten  o    amamenta  o. A USSGII faz parte do PDA (Programa Docente Assistencial de caráter inter-institucional que tem como gestores a UFSC, HU e Secretaria Municipal de S  ude de Florianópolis), conta com equipe multiprofissional, desenvolve trabalhos com a comunidade, tem delimita  o de micro-áreas, e cobertura do PSF (Programa S  ude da Família do MS, Brasil) - três equipes mínimas; e Capital Criança (Programa do m  unicipio de Florianópolis/SC que assiste às crianças nascidas neste m  unicipio até os 19 anos).

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

Foi realizada entrevista individual, 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 beb  s de 6 meses até 4 anos, que frequentaram a clínica da especializa  o em Odontopediatria da UFSC, nos meses de novembro e dezembro de 2004. O questionário continha as seguintes perguntas: "Planejou amamentar/não amamentar seu filho? Se planejou amamentar, por quanto tempo

pretendia fazê-lo?"; "Amamenta(ou) a criança somente no peito? Se sim, por quanto tempo?"; "Enquanto amamenta(va) dá(va) algo além de leite do peito a criança? Se sim, o que era, qual idade seu filho(a) tinha quando começou a beber/comer estes alimentos e por qual motivo começou a oferecer estes alimentos a ele(a)?".

Mediante as respostas, pode-se calcular o tempo de AM, AME e início do desmame precoce¹⁵:

- 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 conclui com o completo abandono da amamentação;

- Início do desmame precoce: quando o AME foi interrompido antes do sexto mês^{11,15}, o que corresponde a fazer o AMP e/ou alimentação complementar.

Os dados foram analisados e as variáveis classificadas em categorias através da análise do significado e redução das respostas. Em seguida foram organizados com o programa Epi Info 3.5 e apresentados por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais).

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.

RESULTADOS

Durante a gestação 10 (5%) mães planejavam não amamentar. Entre as 190 (95%) que planejaram amamentar, 163 (86,0%) souberam informar acerca do tempo planejado para oferecer AM ao seu filho e 27 (14,0%) não responderam a esta pergunta, por não planejar ou não saber informar. Planejaram amamentar por 6 meses 33 (20,4%) mães enquanto 130 (79,6%) pretendiam fazê-lo por 12 meses ou mais.

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.

Os motivos apresentados por essas mães para introdução de algo além do leite materno na alimentação

da criança, antes do sexto mês de idade, foram agrupados em cinco categorias que podem ser observadas na Tabela 1. Na distribuição das frequências dos motivos, o total de respostas supera o número de mães que realizaram o início do desmame precocemente, isto porque cada uma das 160 mães alegou de um a quatro motivos para tal.

DISCUSSÃO

No dia-a-dia dos serviços, muitos profissionais de saúde ao estimularem o AM sentem-se frequentemente impotentes diante das mães que proferem frases como: "Meu leite é fraco"; "Meu patrão não permite que eu fique de licença"; "Meu filho chora muito"; "Minhas mamas vão cair" e outros relatos verbalizados, mas não raro, omitidos - dependendo da relação com os serviços e seus atores - ainda que presentes na subjetividade das mães¹⁹.

Os profissionais responsáveis pela orientação às mães, no que se refere ao AM, precisam estar atentos às experiências vividas por elas, que delineiam a questão, para poderem auxiliá-las e incentivá-las de forma adequada. Não está ocorrendo o apoio adequado à mãe para o AME por 6 meses em função da falta de compreensão das razões que o barram¹⁵. Há espaços vazios na comunicação entre profissionais da saúde e nutriz, o que representa uma importante oportunidade para a promoção ao AM²⁰.

Quanto ao planejamento de não amamentar, ele pode ser o reflexo de expectativas negativas, das gestantes, acerca do AM, e neste sentido, irá representar um obstáculo ao AME. De encontro a este fato, pesquisa mostra que o AME até os 6 meses de vida da criança esteve associado: às expectativas positivas da mãe em relação à amamentação, ser multípara e ter amamentado anteriormente, parto normal e em Hospital Amigo da Criança (HAC) e a criança não ter usado chupeta, enquanto não ter amamentado exclusivamente por 6 meses esteve associado: a não ter expectativas positivas em relação ao AM, ser primípara, parto tipo cesáreo em hospital sem o título de HAC e a criança ter usado chupeta²¹.

Sobre o tempo planejado para o AM, a maioria das mães deste estudo planejava amamentar por 12 meses ou mais, mas algumas planejavam amamentar por 6 meses, demonstrando uma certa confusão de conceitos em relação ao tempo preconizado para o AM e o AME. Este dado é relevante na medida em que o planejamento de amamentar por pouco tempo e a ausência de experiência positiva de AM são associados com um risco maior de interromper o AM antes de 3 meses²².

Neste estudo, a maioria das mulheres que fizeram o AM interrompeu o AME antes dos 6 meses, citando pelo menos um motivo para o início do desmame precoce. Os conceitos maternos expressaram a alegação

Tabela 1. Distribuição das frequências dos motivos relatados pelas 160 mães para a realização do início do desmame precoce, Florianópolis, 2005.

Motivo para o início do desmame precoce	n	%
Conceitos da mãe	74	46,2
Acreditava ter pouco leite	19	11,9
O bebê tinha sede, precisava dar outros líquidos	13	8,1
Para acalmar o choro dava outros alimentos	9	5,6
Choro do bebê foi associado à fome	8	5,0
Experimentou dar outros alimentos para ver se o bebê iria gostar	7	4,4
Por instinto porque achava que era bom dar	5	3,1
O bebê queria experimentar outros alimentos porque via as pessoas da família comendo/bebendo	5	3,1
O bebê não sugava o peito suficientemente	4	2,5
Não sabia se ia ficar com o bebê	2	1,2
Queria ensinar o bebê a tomar no conta-gotas ou mamadeira	2	1,2
Problemas relacionados à saúde do bebê	57	35,6
Cólica, dor de barriga ou prisão de ventre	29	18,1
Baixo peso	11	6,9
Internação na UTI	9	5,6
Icterícia e/ou intolerância à lactose	4	2,5
Gripe	3	1,9
Refluxo	1	0,6
Múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe	44	27,5
Volta ao trabalho	32	20,0
Cansaço porque o bebê mamava muito durante a noite então não dormia e ficava muito cansada para realizar as tarefas domésticas ou trabalhar no dia seguinte	10	6,2
Volta ao estudo	2	1,2
Problema orgânico da mãe	31	19,4
O leite secou	10	6,2
Depressão	7	4,4
Problema no seio como fissura, mastite, não formar bico no seio, amamentar num seio só	7	4,4
Tratamento materno por cirurgia, síndrome do pânico, pré-eclâmpsia, cardiopatia ou infecção nos rins	6	3,7
Gravidez nova	1	0,6
Orientação de outros	30	18,7
Médico	20	12,5
Avó do bebê	4	2,5
Funcionários no hospital / posto	3	1,9
Pai do bebê	2	1,2
Outros familiares	1	0,6

de quase a metade das mães e podem estar relacionados, com a falta de orientação adequada pelos profissionais da saúde que as acompanham. É necessário que durante a transmissão das informações a respeito do AM, os aspectos sociais e outros da realidade vivida na experiência da amamentação sejam contemplados²³. As mães precisam mais do que o repasse de informação¹, neste sentido a abordagem empática do profissional de saúde que monitora o bebê e a lactação, nas consultas de puericultura, pode estar contribuindo para o início do desmame precoce.

Também, permanece alta a taxa de mães que não acreditam no potencial nutritivo do seu leite, o que está intrínseco em alguns dos motivos citados pelas nutrissas deste estudo, tais como: “choro do bebê associado à fome”, “por instinto achava que era bom

dar”, “o bebê não sugava suficiente”, e “tinha pouco leite, não sustentava”. Isto pode estar relacionado com o desejo das mães de ter um bebê idealizado, bem nutrido, rosado, grande, com dentes fortes e saudáveis²⁴. Ainda, algumas mães acreditam que crianças grandes não são sustentadas somente pelo leite materno, o que faz com que haja um decréscimo no AME até 6 meses em bebês com maior comprimento¹².

Em estudo anterior, realizado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, as causas para introdução de outro leite na rotina de bebês assistidos, mostraram-se predominantemente, relacionadas ao conceito que a mãe faz sobre o leite materno (“leite fraco”, “leite secou” ou “leite faz mal”)²⁵.

Em relação aos motivos para o início do desmame precoce vinculados a problemas relacionados

ao bebê, especialmente por causas médicas, o mais citado nesta pesquisa foi “por cólica, dor de barriga ou prisão de ventre”, o que também sugere a necessidade de maior orientação no suporte ao AM durante as consultas de puericultura, uma vez que está associado à alimentação materna antes da mamada do bebê²⁶.

O achado do presente estudo referente aos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe, especialmente em relação ao trabalho materno, revela uma possível tendência na sociedade atual fruto da independência feminina e frente ao papel da mulher no mercado de trabalho de reduzir o período de AME^{25,27}. A introdução de alimentos ou líquidos na alimentação infantil é uma estratégia da mãe que trabalha para espaçar as mamadas e ter mais tempo para seu trabalho¹², o que é comprovado pela associação entre a volta ao trabalho pela mãe e o aumento de 1,99 vezes do risco de privar o bebê do leite materno²².

Para algumas mulheres, a amamentação é considerada, uma experiência desagradável que exige esforço físico da mulher, resultando no cansaço, e que limita as ações da mulher no desempenho de outras atividades, como estudo, trabalho e lazer²³. Assim, a decisão de fazer o AM implica dedicação da mãe ao bebê em período integral, o que pode confrontar com sua vida social e profissional, além de repercutir no equilíbrio emocional.

Os problemas orgânicos relacionados à mãe foram menos citados neste estudo, entretanto em pesquisa anterior aparecem como a segunda alegação para o início do desmame precoce. Isto pode ter relação com o suporte ao AM oferecido pelo HAC e pela equipe de PSF, onde as mães deste estudo fizeram seu pré-natal¹.

Os dados desta pesquisa também apontam para a interrupção do AME antes do sexto mês por orientação de outras pessoas. O papel da avó no AM, por exemplo, vem se destacando, uma vez que elas podem servir como motivadoras permanentes deste, ajudando diretamente suas filhas²⁸. Este dado sugere que a transmissão de informação à avó, marido e pessoas próximas podem favorecer o suporte ao AM^{28,29} e, possivelmente, prolongar o AME.

A recomendação do médico e a influência de funcionários do hospital ou posto foram alegadas como motivos para introdução de suplementos ao AM, demonstrando a permanência de contradição na conduta de alguns profissionais. Em relação aos relatos dos profissionais de saúde (Obstetras e Pediatras), a grande maioria deles disse encorajar o AME às mães que têm dúvidas sobre iniciar o AM ou alimentar seus bebês com fórmulas no primeiro mês da vida, uma vez que reconhecem os grandes benefícios do AM sobre a saúde infantil³⁰. Neste sentido talvez haja uma transferência de responsabilidade, pois, há diferenças entre os motivos alegados pelas mães e os que os médicos dizem que elas alegaram²⁰.

Os profissionais de saúde, incluindo o cirurgião-dentista, e os serviços de saúde têm o papel relevante de informar e aumentar a autoconfiança da mãe a fim de

favorecer o AME. Deve-se continuar trabalhando para construir, um novo pensar, um novo conviver e um novo educar para a amamentação, acrescentando a isto, a visão empática para o sujeito e sua realidade, tentando praticar a, regionalização e a individualização nas ações de promoção ao AM²³. Por fim é preciso trabalhar para desfazer crenças arraigadas nas famílias e perpetuadas pela sociedade, especialmente, sobre a percepção materna acerca do AM.

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

Num país de grandes dimensões e grandes contrastes regionais, como o Brasil, são interessantes iniciativas locais que causem impacto no sentido de aumentar a prevalência do AME e do AM. Não cabe um modelo único de promoção do AM num país com tamanha diversidade sócio-cultural, pois a diferença nas taxas de prevalência de AM, AME e AMP (aleitamento materno predominante) demonstram a influência dos hábitos culturais regionais¹³. Assim, estudos regionais são fundamentais para personalizar as informações acerca dos motivos maternos que limitam o AM, o que servirá para individualizar as ações e tentar melhorar os índices de AME até 6 meses e AM continuado com alimentação complementar.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que:

- A influência cultural e familiar, o trabalho materno e problemas de saúde da mãe e do bebê foram determinantes para o início do desmame precoce;
- O trabalho materno foi o maior responsável pela introdução de complementos ao AM antes dos 6 meses;
- As alegações maternas acerca do seu leite e sobre cólicas do bebê foram muito referidas como motivo para iniciar o desmame precocemente;
- É essencial que o profissional de saúde, inclusive o dentista, entenda o seu papel como esclarecedor, conscientizador e motivador do AM, entretanto, a decisão de amamentar será, em última instância, sempre da mãe, entendendo-se esse ato como resultante de uma rede de aspectos considerados por ela.

REFERÊNCIAS

1. WHO (World Health Organization). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2003.
2. Caminha MVC, Serva VB, Arruda IKG, Batista Filho M. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. Rev Bras Saúde Matern Infant 2010; 10(1):25-37.

3. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MR, Tarnez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.11-24.
4. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. BMJ 1999; 318(7194):1316-20.
5. WHO/UNICEF. Joint statement management of pneumonia in community settings. Reprinted August 2004, The United Nations Children's Fund/World Health Organization, 2004. (Ordering code: WHO/FCH/CAH/04.06 or UNICEF/PD/Pneumonia/01).
6. WHO/UNICEF. Joint statement clinical management of acute diarrhoea. Reprinted August 2004, The United Nations Children's Fund/World Health Organization, 2004. (Ordering code: WHO/FCH/CAH/04.7 or UNICEF/PD/Diarrhoea/01).
7. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Saliba O. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. Ciênc saúde coletiva 2011; 16(5):2477-84.
8. Caminha, MFC, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. Rev Saúde Pública 2010; 44(2):240-8.
9. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobre peso e obesidade em pré-escolares. Rev Saúde Pública 2009; 43(1):60-9.
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. Carvalhaes MABL, Benício MHDA. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev Saúde Pública 2002; 36(2):188-97.
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 Pública de México 2003; 45(Supl 4):S477-89.
13. Vieira MLF, Silva JLCP, Filho AAB. 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.
14. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, salgado CAN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. J Pediatr 2003; 79(4):309-16.
15. World Health Organization (WHO). Butte NF, Lopes-Alardon MG, Garz C. Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During The First Six Months of Life. World Health Organization - Department of Nutrition for Health and Development (NHD), 2002. p.1-57.
16. Ministério da Saúde (MS), Organização Panamericana 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.
17. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF, Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infan 2005; 5(1):87-92.
18. Santos EKA. A expressividade corporal do ser mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty. Texto contexto - enferm 2004; 13(3):479-80.
19. Machado MMT, Bosi MLM. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant 2008; 8(2):187-96.
20. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al. Mothers' and Clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. Pediatrics 2004; 113(5):405-11.
21. Guedert JM. Fatores associados ao aleitamento materno em mulheres trabalhadoras da Universidade Federal de Santa Catarina [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
22. Navarro-Estrela M, Duque-López MX, Trejo JA, Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Pública de México 2003; 45(4):276-84.
23. Teixeira MA, Nitschke RG. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. Texto contexto – enferm 2008; 17(1):183-91.
24. Batalha LMC. Suplementação vitamínica e mineral no primeiro quadrimestre de vida. Rev Portuguesa de Saúde Pública 2002; 20(2):63-70.
25. Favareto J, Thomson Z. Avaliação do programa de estímulo ao aleitamento materno do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina. J Pediatr 1991; 67(11/12):388-92.
26. Hentschel H, Brietzke E. Puerpério normal e amamentação. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2001. p.303-312.
27. Issler H. O aleitamento materno e a nutrição da criança. In: Carrazza FR, Marcondes E. Nutrição clínica em pediatria. São Paulo: Sarvier, 1991. p.125-130.
28. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. J Pediatr (Rio) 1999; 75(6):449-55.
29. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. J Pediatr 1994; 70(3):138-51.
30. 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):283-90.

Recebido/Received: 02/12/2010

Revisado/Reviewed: 29/08/2011

Aprovado/Approved: 08/10/2011

Correspondência:

Bianca Zimmermann Santos
 Rua Ogé Fortkamp, 111/405, Bloco C, Trindade
 Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
 CEP: 88.036-610
 Telefone: (48) 3234-9891
 E-mail: biancazsantos@hotmail.com