

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Bruna Barbosa Borges

CAUSAS E EFEITOS DO DESMAME PRECOCE NA SAÚDE DE JOVENS

Rio de Janeiro

2013

Bruna Barbosa Borges

## CAUSAS E EFEITOS DO DESMAME PRECOCE NA SAÚDE DE JOVENS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em vigilância em saúde e área de concentração em vigilância em saúde.

Orientador: Marcio Sacramento de Oliveira

Rio de Janeiro

2013

Bruna Barbosa Borges

CAUSAS E EFEITOS DO DESMAME PRECOCE NA SAÚDE DE JOVENS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em vigilância em saúde e área de concentração em vigilância em saúde.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Doutora Danielle Ribeiro de Moraes- EPSJV

---

Doutor Márcio Sacramento de Oliveira- EPSJV

---

Marcia Fernandes Soares- EPSJV

*Dedico este trabalho  
aos meus pais André e Andreia.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais que sempre me deram apoio e carinho durante a minha vida acadêmica e pessoal.

Aos meus amigos que acompanharam toda a minha trajetória e juntamente comigo choraram e riram inúmeras vezes, além de me incentivarem durante esses três anos.

Ao meu orientador que me ajudou com seus ensinamentos e me aturou com muita paciência durante um ano.

*"Há uma razão por trás de todos os fatos da  
natureza"  
(Aristóteles)*

## RESUMO

O desmame precoce é definido pela introdução de alimentos na dieta de uma criança antes de completar o período de amamentação estrita, isto é, seis meses de idade. Com o passar do tempo, o índice de amamentação estrita diminuiu no Brasil, seja pelas condições socioeconômicas e demográficas ou pela introdução de chupeta e de mamadeiras. Consoante a Segunda Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal com crianças (sorteadas sistematicamente) menores de um ano que compareceram à segunda etapa da campanha de multivacinação em 2008, o tempo médio de aleitamento materno exclusivo (AME) estimado é de um mês e 24 dias, aproximadamente. Com isso, cresce a incidência de morbidades relacionadas ao desmame precoce, sendo elas: doenças crônicas, retardo no desenvolvimento motor-oral e doenças infectocontagiosas. O aumento e a diminuição nas taxas de incidência do desmame precoce se construiu através da história e se molda de acordo com contexto político, econômico e ideológico em que a sociedade está inserida, já que tais aspectos interferem diretamente no modo de pensar e agir da mulher. Logo, pode-se inferir que alguns grupos sociais são mais susceptíveis a ocorrência da interrupção precoce do aleitamento materno. Com vista a contribuir no processo de modificação desse cenário, esta pesquisa se propõe a compreender os aspectos que levam ao desmame precoce, assim como suas causas, contribuindo para difusão da informação sobre o tema, bem como para auxiliar no direcionamento de políticas públicas.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Distribuição de crianças menores de 12 meses, segundo o uso de chupeta, nas capitais e DF, regiões e Brasil, 2008. ....	23
Ilustração 2: Probabilidades de crianças menores de 1 ano estarem em aleitamento materno de acordo com a idade, em dias, segundo capitais e DF, regiões e Brasil, 2008. ....	24
Ilustração 3:: Distribuição de crianças menores de 12 meses, segundo o uso de mamadeira, nas capitais e DF, regiões e Brasil, 2008.....	25
Ilustração 4: Componentes do leite materno .....	27
Ilustração 5: Comparativo entre leites .....	27
Ilustração 6: Músculos faciais. ....	33
Ilustração 7: Tipos de mordida .....	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 OBJETIVOS .....	12
1.1.1 Objetivo geral.....	12
1.1.2 Objetivos específicos.....	12
1.2 METODOLOGIA .....	13
<b>2 CONTRUÇÃO HISTÓRICA DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO</b> .....	14
<b>3 CAUSAS DO DESMAME PRECOCE</b> .....	19
<b>4 EFEITOS DO DESMAME PRECOCE</b> .....	29
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	36
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	38

## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é de fundamental importância para a promoção da saúde infantil, uma vez que previne doenças e maus hábitos, tais como: alergias, hipertensão, aterosclerose, mordida cruzada, má oclusão, respiração bucal e desnutrição (ARAÚJO et al 2008; NEIVA, 2003; NOAVES, 2011; SANTO, 2007). Diante desse fato, faz-se necessário a manutenção estrita do leite materno na dieta da criança até os seis meses de idade, assim como preconizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2001).

Nesse sentido, o desmame precoce é definido pela introdução de alimentos na ingestão diária de uma criança antes de completar o período de amamentação estrita (ARAÚJO, 2008). O período do desmame é aquele que abrange desde a introdução de alimentos juntamente com a amamentação até a eliminação completa do leite materno da alimentação da criança (ARAÚJO, 2008).

Logo, considerando que o aleitamento materno está ligado à nutrição, ao processo imunológico e ao desenvolvimento motor-oral, pode-se concluir que a prática do AME é inversamente proporcional ao aparecimento de deficiências na dentição e na respiração, assim como ao aparecimento de doenças infectocontagiosas e crônicas (NEIVA, 2003). Ou seja, quanto menor a prevalência do AME, maior a taxa de doenças e de deficiências motores-orais (NEIVA, 2003; NOAVES, 2011; SANTO, 2007).

De acordo com a Segunda Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal com crianças (sorteadas sistematicamente) menores de um ano que compareceram à segunda etapa da campanha de multivacinação em 2008, o tempo médio de aleitamento materno exclusivo (AME) estimado é de um mês e 24 dias, aproximadamente. Na região centro-oeste, foi encontrada a maior estimativa de tempo de AME (66,6 dias) e, no nordeste, a pior (34,9 dias) (MS, 2009). Diante disso, pode-se afirmar que o Brasil como um todo está longe de alcançar o tempo sugerido pela OMS. Por consequência, há um aumento na taxa de mortalidade infantil, bem como das morbidades citadas acima (NEIVA, 2003; NOAVES, 2011; SANTO, 2007).

É importante ressaltar que o desmame precoce está relacionado com fatores sociais, demográficos, culturais e ideológicos que se constituem e se modificam através da história, assumindo, assim, caráter multicausal que envolve o pensamento coletivo, o qual incorpora o senso comum, os saberes sociais e os conhecimentos de mundo, isto é, fatores que influenciam diretamente no modo de pensar e agir da mulher (OSÓRIO, 2007).

Portanto, com o objetivo de analisar as causas e efeitos do desmame precoce na saúde de jovens, essa pesquisa foi estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma visão panorâmica da história do desmame precoce, na medida em que expõe o comportamento do aleitamento materno ao decorrer do tempo, com o objetivo de tornar palpável a influência de fatores externos no AME, isto é, compreender como este processo se articula com a ideologia e com a cultura da sociedade em determinado tempo.

O segundo capítulo aborda as causas do desmame precoce que engloba fatores demográficos, econômicos, sociais e ideológicos. A análise desse conjunto permite a identificação dos grupos mais susceptíveis, assim como os fatores que estão vinculados direta ou indiretamente ao desmame, ou seja, seus condicionantes e seus determinantes.

Por último, tem-se como o cerne do terceiro capítulo a exposição das repercussões da interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses na saúde de jovens. Neste, é possível constatar que os reflexos de tal ato não se restringem às patologias relacionadas aos aspectos nutricional e imunológico do leite materno, mas também às relacionadas com a baixa ou nenhuma frequência da sucção.

## **1.1 – OBJETIVOS**

### **1.1.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as causas e os efeitos do desmame precoce na saúde de jovens.

### **1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1- Expor os aspectos históricos relacionados ao desmame precoce
- 2- Identificar os grupos mais susceptíveis à ocorrência do desmame precoce
- 3- Identificar os fatores determinantes e condicionantes do desmame precoce
- 4- Descrever as repercussões do desmame precoce na saúde de jovens

## 1.2 METODOLOGIA

Esta pesquisa sobre as causas e os efeitos do desmame precoce na saúde de jovens foi realizada através de uma revisão bibliográfica. A busca pelo material ocorreu nas bases de dados SCIELO, LILACS e Google Acadêmico, com o intermédio das palavras-chave: aleitamento materno, grupos vulneráveis, desmame precoce, história do aleitamento materno, doenças crônicas, sistema imunológico e retardo do desenvolvimento. Além disso, foram utilizados também como descritores suas respectivas traduções em inglês.

As pesquisas selecionadas preferencialmente foram publicadas de primeiro de janeiro de 1984 a 31 de dezembro de 2012. Dos artigos que atenderam esses critérios de inclusão, os selecionados para o desenvolvimento da monografia correspondiam à saúde de jovens, adotando a faixa etária de um dia até 18 anos de vida.

## 2 CONTRUÇÃO HISTÓRICA DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Considerando o aleitamento materno um fenômeno social e cultural, conclui-se que ele se modifica através da história, isto é, ao decorrer do tempo, diversas atribuições de sentido se atrelaram a esse ato. Tais atribuições influenciaram e influenciam diretamente a decisão da mãe de amamentar ou não. Dessa forma, as taxas de prevalência do desmame sofrem profundas mudanças constantemente (BOSI; MACHADO, 2005).

O dilema entre o AME e a introdução de alimentos na dieta da criança é tão antigo quanto a civilização. Sempre buscou-se um substituto para o leite humano, devido a diversos fatores, dentre eles está o alto índice de crianças abandonadas em instituições de caridade na antiguidade. Isto ocorria principalmente nas antigas civilizações grega e egípcia, pois as possibilidades econômicas de criá-las eram escassas. Pode-se comprovar tal fato por intermédio de escavações arqueológicas, nas quais foram encontrados objetos semelhantes às mamadeiras junto com túmulos de corpos de lactentes (BOSI; MACHADO, 2005; NAKANO, 1996).

Entre os anos 1500 e 1700, na Europa, o aleitamento era visto como uma prática repugnante pelas mulheres burguesas, além disso, elas achavam que tal prática era prejudicial ao corpo e à beleza, uma vez que amamentar as tornariam velhas antes do tempo. Essa concepção criou uma nova ideologia pautada na seguinte frase: "amamentar não está na moda". Para suprir as necessidades nutricionais dos filhos, sem deixar de lado seus anseios, as mães contratavam amas-de-leite. Esse senso comum se disseminou e atingiu as classes mais pobres (BOSI; MACHADO, 2005; NAKANO, 1996).

Já no Brasil, no período do descobrimento, as índias amamentavam suas crias durante 18 meses aproximadamente, mesmo lhes cabendo três papéis: mulher, mãe e trabalhadora. O desmame só ocorria em caso de doenças graves, morte materna ou criança indesejada (quando a índia mantinha relações sexuais com homens de outras tribos). Da mesma forma ocorria com os negros vindos da África durante a escravidão. A amamentação era regra (SOUZA, 1996).

A chegada dos portugueses ao Brasil acarretou em uma miscigenação de raças e de cultura, que levou a uma supremacia europeia, resultando no aumento do desmame precoce.

Uma vez que, as negras puérperas eram utilizadas como amas de leite, portanto deixavam de amamentar seus filhos para satisfazer os anseios das senhoras. A posse de amas-de-leite configurava *status* social, logo, era rentável para os proprietários (SOUZA, 1996).

Com isso, cresce a taxa de mortalidade infantil, pois muitas amas transmitiam enfermidades aos lactentes. Percebendo isso, elas ofereciam leite de vaca misturado com outras substâncias e água no chifre, o que causava ainda mais mortes, pois a água não era potável e o recipiente não era estéril (BOSI; MACHADO, 2005).

Por volta do século XVIII, percebe-se a importância político-econômica que a criança retinha, pois, quanto mais crianças, mais mão-de-obra e maior poder militar. Como consequência, surgiu a necessidade de cuidar da saúde infantil a fim de diminuir o coeficiente de mortalidade infantil, surge então a Puericultura, a qual visa reduzir tal coeficiente, para isso, aposta na promoção do aleitamento materno (NAKANO, 1996; SOUZA, 1996).

Dessa forma, o envio das crianças às amas de leite decresceu, pois a puericultura valoriza o papel social da mulher, representada agora por uma figura doce, modesta e afetuosa. Assim, as mulheres são resgatadas no núcleo familiar, tornando-se uma figura importante no crescimento e desenvolvimento dos filhos. Portanto, surge uma nova ideologia, a qual enaltece o amor materno como valor natural e social, assim como o aleitamento materno (NAKANO, 1996; SOUZA, 1996).

Nesta perspectiva, o índice de desmame precoce diminuiu, permanecendo comum nas classes menos abastadas, já que as mulheres trabalhavam mais e não tinham tempo para cuidar devidamente de seus filhos, enviando-os ainda às amas-de-leite. Além disso, existiam mulheres que não podiam amamentar, portanto contratavam amas de leite em domicílio, mulheres que eram o centro da família, pois havia uma crença que sustentava a ideia de que seu leite azedaria se a contrariassem, provocando a morte do bebê. Portanto, a prática da amamentação era desigual entre classes, sendo mais frequente nas mais favorecidas (BOSI; MACHADO, 2005).

Com a puericultura, surge também a ideia de culpabilização da mulher, visto que era atribuído ao leite a responsabilidade pelo caráter físico da criança, então, a negação pela amamentação geraria pessoas "fracas, doentes e deformadas", além dessa recusa significar uma agressão moral (NAKANO, 1996; SOUZA, 1996). O leite também era considerado meio pelo qual é passado o caráter, esse discurso foi adotado a fim de condenar as amas-de-leite (BOSI; MACHADO, 2005).

Pode-se perceber que, na primeira metade do século XIX, a prática do aleitamento materno era movida por razões sociais, que regulavam a vida das mulheres, provocando a desvalorização intelectual e profissional da mesma (NAKANO, 1996).

Já na segunda metade do século XIX, foram criadas normas pelas escolas francesas e alemãs, visando instituir a hora da mamada, duração da mesma, posição adequada para a sucção e, até mesmo, o uso de chupetas (NAKANO, 1996; SOUZA, 1996).

Diante disso, vemos que o aleitamento foi valorizado e correspondia um sentimento de orgulho àquelas que o praticavam. Por consequência, baseadas nessa visão de mundo, algumas mães que não o faziam e, a fim de se justificarem, deram início a um discurso reproduzido até os dias de hoje: hipogalactia, que é a baixa produção de leite (SOUZA, 1996)

Tal discurso resultou no aperfeiçoamento das técnicas de aleitamento artificial, como por exemplo: a pasteurização do leite de vaca e a criação do leite em pó. Juntamente com isso, pesquisas comprovaram que o leite de vaca possuía mais proteínas em relação ao leite materno. A associação dessas evoluções científicas teve como consequência o aumento da procura pela alimentação artificial, devido à sua praticidade (VINAGRE *et al*, 2001)

No início do século XX, a mamadeira já era símbolo de riqueza e o uso deste utensílio era prescrito por médicos, atendendo ao interesse do mercado (SOUZA, 1996). As indústrias bombardeavam o público alvo com propagandas que expunham os supostos benefícios do aleitamento artificial, para isso, eram utilizadas as figuras de pediatras e outros profissionais de saúde, com o intuito de passar um caráter científico. Outra estratégia utilizada pelo marketing foi a distribuição de leite em pó nos hospitais e maternidades. Pode-se perceber que, a partir desta época, o desmame começou a ser regido pelas leis de mercado (BOSI, MACHADO, 2005).

Em concomitância, havia a figura de uma mulher que acabara de entrar no mercado de trabalho, no qual era evidente o descompromisso dos órgãos contratantes com os seus direitos. A mãe nutriz só tinha direito a quatro meses de licença maternidade e no local de trabalho não existia creche. Em contraponto, a mulher não queria abrir mão de sua vida profissional, uma vez que isso é fundamental para sua emancipação, elevação da autoestima e visibilidade. Portanto, os avanços científicos supriram todas as necessidades das mulheres e a mamadeira foi seu substituto perfeito (NAKANO, 1996)

Não obstante, houve um aumento significativo das taxas de subnutrição, morbidade e mortalidade infantil. Pesquisadores relacionaram esses fatos ao desmame que era incentivado pelos meios de comunicação, daí surgiu o termo "desmame comerciogênico". Essa situação foi discutida na 27ª Assembleia da OMS, contudo somente na 33ª Assembleia que se chegou a

seguinte conclusão: o aleitamento materno precisa ser apoiado. Na 34ª, foi apresentado um regulamento, o qual regia a comercialização dos alimentos substitutos do leite materno (NAKANO, 1996; SOUZA, 1996).

Em 1981, no Brasil, é implantado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que tinha como objetivo treinar os profissionais de saúde e realizar a promoção do aleitamento e controle da comercialização dos produtos destinado às crianças na primeira infância (LELIS, 2012)

Na reunião de 1990 da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância), tirou-se a conclusão que, para melhorar a nutrição infantil, era necessário que existissem estratégias para promoção e para o suporte do aleitamento materno. Por isso, foi idealizada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que visa mobilizar os profissionais da saúde diminuir o desmame (ENY; NASCIMENTO, 2001). Este criou "Os dez passos para o sucesso no aleitamento materno" que são:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar aos recém nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório. (ENY; NASCIMENTO, 2001)

Já em 1992, no Brasil, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, que rege a comercialização de alimentos para lactentes (NBCAL - Resolução 31, de 12 de outubro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde) é melhorada e aprovada. Nesta, também estão inclusos itens, nos artigos 2, 6, 13 e 16, sobre o uso de bicos, chupetas e

mamadeiras, além dos riscos do desmame. Porém esta permaneceu desativada até 1993, quando a OMS e a UNICEF com a IHAC, ajudaram a colocá-la em prática. Isso foi um importante marco na promoção do aleitamento materno no Brasil.

Em 2006, é aprovada a Lei 11265, que regulamenta o comércio de produtos de puericultura, alimentos para primeira infância e para lactentes. Tal lei é, até hoje, um importante embasamento para a prevenção do desmame precoce e para o direcionamento de ações (LELIS, 2012; SOUZA, 1996).

Ainda convém lembrar que há leis trabalhistas que também asseguram o direito à amamentação. São exemplos: a obrigatoriedade de existir nos estabelecimentos em que trabalhem pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade um local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período da amamentação. Além do direito da mulher lactante de possuir dois intervalos de meia hora por dia destinados à amamentação. (Art. 396 do decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943)

Em virtude dos fatos mencionados, pode-se relatar que a decisão de amamentar está incluída em um contexto mais abrangente, o qual sofre mudanças de acordo com a ideologia, com as crenças e significados que este ato incorpora. Ademais, percebe-se o crescimento da preocupação do governo federal, nas últimas décadas, voltado à prevenção do desmame precoce, devido às descobertas das grandes interferências negativas que o mesmo reflete no aumento das morbidades e mortalidades infantis.

### 3 CAUSAS DO DESMAME PRECOCE

Pode-se observar a preocupação do governo no que diz respeito à promoção do aleitamento materno, uma vez que este está diretamente relacionado à taxa de mortalidade infantil. Isto é de fundamental importância para apontar as condições de saúde e, conseqüentemente, de vida de uma população (VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003). Portanto, existem grupos mais susceptíveis ao desmame, os quais são influenciados por condicionantes de determinantes. Esses fatores de influência estão divididos em três principais grupos, sendo eles: demográficos, sociais e ideológicos.

Dentre os fatores demográficos, está a idade materna, sendo o grupo de risco para a ocorrência do desmame composto por mães jovens, menores que 20 anos (MS, 2009; SANCHES et al, 2011; FRANÇA et al, 2007; JOCA et al, 2005). A gravidez na adolescência, principalmente, possui singularidades, uma vez que envolve transtornos emocionais, os quais são representados pela atitude de negação e dificuldade para se imaginar desempenhando o papel materno. Essas atitudes refletem no ato de amamentar. Ademais, jovens nesta faixa etária costumam estudar, o que aumenta o risco de ablactação, pois ficam mais tempo longe do lar, ao passo que a instituição de ensino não oferece estrutura que visa amamentação. (FROTA; MARCOPITO, 2004)

Outro fator expressivo para o aumento da prevalência do desmame precoce é a escolaridade materna, no qual, quanto menor a escolaridade, maior a vulnerabilidade ao desmame precoce. Tal situação pode estar relacionada com a informalidade trabalhista, a qual prejudica o AME, pois a mulher não pode usufruir dos seus direitos. Além disso, estas possuem menos acesso à serviços de saúde de qualidade que a informe a respeito dos benefícios e malefícios da prática em questão (BUENO et al, 2003). Kummer e colaboradores (2000) afirmam que as mulheres com maior escolaridade estão em fase de valorização do aleitamento materno.

O excessivo contato com as avós exerce uma influência negativa sobre a manutenção ou a exclusividade do aleitamento materno. Essas tendem a oferecer água, sucos, chás ou alimentos, pois, na época que tiveram seus filhos, aproximadamente nas décadas de 1960 e 1970, estava vigente o discurso pautado na ideia de que o leite humano seria fraco e de que a mulher não produz leite suficiente para suprir às necessidades do bebê, logo, a introdução de sólidos e líquidos na dieta era recomendada pelos pediatras. Dessa forma, pode-se perceber que as avós passam suas experiências às suas filhas ou noras, recente mães, acreditando que estas sejam as mais adequadas (SUSIN; GUIGLIANI; KUMMER, 2005).

Segundo Silva e colaboradores (2012), características paternas podem interferir positiva ou negativamente no aleitamento materno, sendo elas: educação, estabilidade emocional e participação das consultas de pré-natal com a esposa. São aspectos positivos: o incentivo à amamentação e maior duração do AME. Por outro lado, quando o pai não apoia esta prática nos primeiros meses, o risco da introdução de mamadeira é elevado.

A educação paterna é de fundamental importância, pois possivelmente uma pessoa mais instruída tem acesso a mais informações e, portanto, podem reconhecer mais facilmente a necessidade da manutenção do AME, incentivando-o, dessa forma. O mesmo acontece quando o pai frequenta as consultas de pré-natal, uma vez que nesta será apresentada alguns benefícios do aleitamento materno. Este incentivo é de extrema relevância, já que cerca de 80% das mães relatam que isto as encorajava para dar prosseguimento ao AME. (SILVA, 2012)

A saúde mental e estabilidade emocional também são de extrema magnitude. O homem precisa estar consciente da transição de companheiro para pai, isto é, precisa estar tranquilo e ciente das mudanças que ocorrerão na vida conjugal após a gestação. Estar bem com a sua parceira aumenta em 3,2 vezes o o suporte necessário ao AME. (SILVA, 2012).

No que diz respeito à relação entre amamentação e trabalho materno, encontra-se, na pesquisa de Brecailo e colaboradores (2009), que as mulheres que trabalham dentro de casa de forma remunerada têm maior possibilidade de amamentar mais, seguida das que não trabalham. Já as mulheres que trabalham fora de casa são mais susceptíveis ao desmame precoce, embora existam leis trabalhistas que asseguram a amamentação. O mesmo resultado é evidenciado na Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (MS, 2009) e no artigo de Brasileiro e colaboradores (2012).

Tal situação tem como principal causa a negligência das empresas perante as leis. Algumas trabalhadoras não conseguem usufruir os 30 minutos que lhes são disponíveis para a amamentação. Ademais, algumas creches não ficam no local de trabalho feminino, o que exige o deslocamento da mãe, que não é custeado pela empresa, o que gera a diminuição do índice de AME (BRASILEIRO et al, 2012). Neste sentido, é importante que haja creche no local de trabalho, posto que 92% das mulheres que não são beneficiadas por isso tendem a achar um substituto para o leite humano (HIGHT-LAUKARAN et al, 1996). Vale ressaltar que o cumprimento dessas leis é importante tanto para a saúde do bebê, quando da mulher, já que as funcionárias se tornam mais produtivas e o número de faltas é consideravelmente diminuído. (SILVA; OLIVEIRA, 2003).

No que tange o número de filhos, as mulheres que são primíparas tendem a oferecer alimentos às crianças, interrompendo o AME, dado que nunca entraram em contato com a amamentação (CARRARASCOZA; COSTA JÚNIOR; MORAES, 2005). Segundo Meyerink e Marques (2002), o sucesso da amamentação estava estritamente relacionado com o fato dela já ter amamentado, além disso, afirmam eles, que as mulheres que tiveram essa experiência possuem 10 vezes mais chance de repeti-la, se comparadas com as que nunca tiveram.

Em contraposição, Arantes (1995) defende que a mulher não pode ser rotulada de experiente e inexperiente quando se trata de aleitamento materno, pois este engloba aspectos individuais a cada filho. Portanto, cabe ao profissional de saúde incentivar tal prática em todas as gestações.

A influência da variável que engloba o pré-natal também é muito discutida, portanto ainda não há um consenso entre os pesquisadores. Granzoto, Bertoni, Vecchi e Rodrigues (1992) confirmam a influência positiva deste na prática do AME, enquanto Giugliane e colaboradores (1995) defendem que o conhecimento absorvido pela mãe durante as consultas não são decisivas. Entretanto, ambos convergem no que diz respeito à contribuição do pré-natal para a familiarização das mães quanto aos benefícios da amamentação na saúde materna e infantil, para a preparação da mama e para o reconhecimento dos efeitos negativos do desmame. Nesta perspectiva, além do pré-natal, é necessário que haja um acompanhamento periódico após o nascimento do bebê, a fim de reforçar os saberes adquiridos durante a gravidez, culminando no menor índice de desmame precoce (CARRARASCOZA; COSTA JÚNIOR; MORAES, 2005).

Ainda discorrendo sobre os fatores demográficos, a cor da pele se torna uma variável de risco para as mulheres brancas. Como mostra o estudo de Giugliane e colaboradores (1996) realizado em aglomerados urbanos, 78% dessas tentem a interromper o aleitamento materno antes do primeiro mês. Tal situação pode ser explicada pela cultura, já que as negras, no século XX, eram contratadas como amas-de-leite, favorecendo e transmitindo a prática da amamentação para as futuras gerações. (KUMMER et al, 2000).

Outra preocupação constante é o uso de chupeta, que possui a função social de acalmar o bebê. A adoção deste aparato é prejudicial ao aleitamento materno, pois se acredita que, a partir do seu uso, há uma queda do número de mamadas por dia, conseqüentemente, há menor estimulação da mama, o que provoca a baixa produção de leite. Além disso, a chupeta pode provocar uma deficiência na sucção. Nesse sentido, o risco do desmame é de até 2,8 vezes maior quando a criança a utiliza (DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013; SOARES et al, 2003).

Contudo, a chupeta não é o fator primário para a ocorrência do desmame, mas se insere em um ciclo vicioso, o qual culmina neste. É importante salientar que a escolha da mãe por usá-la ou não pode apontar uma dificuldade no ato de amamentar ou uma insegurança materna no que tange à alimentação do filho, isto é, favorece o início de tal ciclo. Nesse sentido, a mulher precisa de apoio familiar e um acompanhamento de profissionais de saúde. (DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013; SOARES et al, 2003)

Vale ressaltar que este hábito é extremamente difundido e possui uma representação simbólica, inclusive pertence ao enxoval do recém-nascido, além disso é construído culturalmente (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007). Tal fato se evidencia na alta discrepância da distribuição de crianças menores de 12 meses que utilizam chupeta entre as regiões brasileiras, apresentada na Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (2009). Como pode-se observar na ilustração 1, a prevalência na região norte (25,5%) é aproximadamente a metade da encontrada na região sul (53,7%).

Essa diferença regional pode ser associada ao tempo de aleitamento materno, pois, segundo Tomasi, Victoria e Olinto (1994) o uso de chupeta como calmante é comum em crianças que são amamentadas por pouco tempo, ou seja, a utilização deste utensílio é inversamente proporcional ao tempo de lactação. Dessa forma, como mostra a ilustração 2, a maior probabilidade de crianças com um ano estarem em aleitamento materno é encontrada na região norte (63,1), por isso a prevalência do uso de chupeta é menor. O mesmo ocorre com a região sul, a qual possui a maior prevalência do uso de chupeta e a menor probabilidade de crianças com um ano de idade estarem amamentando (37,9).

Ilustração 1: Distribuição de crianças menores de 12 meses, segundo o uso de chupeta, nas capitais e DF, regiões e Brasil, 2008.

<b>Capital/Região</b>	<b>Uso de chupeta (%)</b>	<b>IC95%</b>
<b>NORTE</b>	<b>25,5</b>	<b>23,9 - 27,1</b>
Macapá	19,8	17,5 - 22,2
Belém	22,3	19,0 - 26,0
Boa Vista	26,3	23,7 - 29,2
Porto Velho	27,3	24,2 - 30,8
Manaus	27,5	25,4 - 29,6
Rio Branco	32,2	29,1 - 35,5
Palmas	34,0	30,4 - 37,7
<b>NORDESTE</b>	<b>43,6</b>	<b>42,4 - 44,9</b>
Teresina	29,7	25,1 - 34,7
São Luís	32,1	28,3 - 36,2
Natal	39,0	35,4 - 42,7
João Pessoa	42,6	38,8 - 46,6
Fortaleza	44,1	41,5 - 46,9
Maceió	44,8	41,2 - 48,4
Recife	44,9	42,2 - 47,6
Aracaju	46,4	42,8 - 50,1
Salvador	48,7	45,9 - 51,5
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>35,3</b>	<b>33,3 - 37,3</b>
Cuiabá	27,9	25,0 - 31,1
Distrito Federal	33,8	30,9 - 36,9
Campo Grande	35,8	33,0 - 38,6
Goiânia	42,2	39,1 - 45,4
<b>SUDESTE</b>	<b>50,3</b>	<b>48,2 - 52,5</b>
Vitória	37,0	33,0 - 41,2
Belo Horizonte	49,1	44,5 - 53,6
Rio de Janeiro	49,3	47,0 - 51,6
São Paulo	51,2	48,1 - 54,3
<b>SUL</b>	<b>53,7</b>	<b>51,3 - 56,0</b>
Florianópolis	49,0	45,5 - 52,4
Curitiba	50,6	47,1 - 54,0
Porto Alegre	59,5	56,3 - 62,7
<b>BRASIL</b>	<b>42,6</b>	<b>41,5 - 43,7</b>

Fonte: Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2009

Ilustração 2: Probabilidades de crianças menores de 1 ano estarem em aleitamento materno de acordo com a idade, em dias, segundo capitais e DF, regiões e Brasil, 2008.

Capital/Região	Idade						
	30	60	90	120	180	270	365
	dias	dias	dias	dias	dias	dias	dias
<b>NORTE</b>	95,8	94,7	93,4	91,9	87,7	78,0	63,1
Belém	97,1	96,3	95,2	93,9	90,2	81,0	66,3
Boa Vista	94,7	93,4	91,9	89,9	84,8	73,7	59,9
Macapá	96,0	95,2	94,4	93,6	91,2	86,3	78,8
Manaus	95,3	94,2	92,8	91,0	86,4	76,0	60,4
Palmas	94,0	92,4	90,5	88,1	81,6	66,3	52,9
Porto Velho	94,0	93,1	91,6	89,8	85,7	75,8	61,8
Rio Branco	92,0	90,3	88,3	85,9	79,9	67,9	52,5
<b>NORDESTE</b>	90,6	88,6	86,2	83,5	76,7	63,4	46,8
Aracaju	86,5	84,5	82,2	79,8	74,1	63,9	51,7
Fortaleza	88,7	86,5	83,9	81,0	73,9	60,5	44,5
João Pessoa	91,3	89,1	86,5	83,3	75,2	59,0	39,6
Maceió	88,1	85,9	83,3	80,3	73,3	60,1	44,5
Natal	90,3	88,2	85,6	82,7	75,3	61,0	43,5
Recife	88,2	85,6	82,6	79,0	70,4	54,4	36,6
Salvador	92,8	91,1	88,9	86,4	79,7	64,8	47,3
São Luís	94,9	93,8	92,6	91,1	87,5	79,6	68,0
Teresina	95,2	94,1	92,8	91,3	87,3	78,6	65,5
<b>CENTRO-OESTE</b>	93,8	92,3	90,4	88,2	82,3	69,4	51,7
Distrito Federal	94,7	93,4	91,7	89,6	84,1	71,7	53,8
Campo Grande	93,6	92,2	90,5	88,5	83,4	72,6	57,3
Cuiabá	94,0	92,6	90,9	88,8	83,3	71,5	55,0
Goiânia	91,5	89,3	86,6	83,4	75,1	58,6	38,8
<b>SUDESTE</b>	90,0	87,6	84,7	81,3	72,9	56,7	37,9
Belo Horizonte	90,2	87,8	84,9	81,4	72,9	56,2	37,1
São Paulo	90,1	87,6	84,6	81,0	72,0	54,8	35,3
Rio de Janeiro	89,6	87,4	84,9	82,0	74,8	61,1	44,6
Vitória	93,0	91,3	89,3	86,8	80,6	67,5	49,9
<b>SUL</b>	89,4	86,9	84,0	80,6	72,1	55,9	37,9
Curitiba	90,8	88,4	85,6	82,2	73,5	56,5	36,8
Florianópolis	90,3	88,2	85,6	82,6	75,0	60,4	42,7
Porto Alegre	86,8	84,2	81,2	77,8	69,7	55,1	38,7
<b>BRASIL</b>	91,7	89,7	87,4	84,6	77,6	63,4	45,5

Fonte: Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2009

A mamadeira, assim como a chupeta, é altamente disseminada na sociedade ocidental. Seu uso está associado principalmente ao trauma mamilar, pois muitas mães oferecem este utensílio a fim de diminuir a quantidade de mamadas por dia, com vista em eliminar ou aliviar a dor. Além disso, um estudo realizado na Suécia afirma que a pega incorreta, sucção apenas do mamilo, na maternidade, aumenta em dez vezes o risco da introdução da mamadeira (RIGHARD; ALADE, 1992). Em contrapartida, estudo de França e colaboradores (2008) evidencia que o uso da mamadeira influencia na técnica da amamentação, pois gera a

“confusão de bicos”, isto é, práticas usuais na sucção de mamadeira são aplicadas nos seios, como a utilização da língua como pistão ao sugar o mesmo. Isso reflete no mau deslocamento do leite da mama.

Diante disso, pode-se perceber que a mamadeira é um importante fator de risco à ablação. Logo, torna-se necessário a atenção dos profissionais de saúde no que diz respeito a orientação durante o pré-natal sobre seus efeitos negativos (FRANÇA et al, 2008), uma vez que a situação de algumas capitais e regiões brasileiras é alarmante, sendo a do sudeste a mais expressiva, com prevalência de 63,8% das crianças analisadas, como o observado na ilustração 3.

Ilustração 3: Distribuição de crianças menores de 12 meses, segundo o uso de mamadeira, nas capitais e DF, regiões e Brasil, 2008.

Capital/Região	Uso de mamadeira (%)	IC 95%
<b>NORTE</b>	<b>50,0</b>	<b>47,6 - 52,5</b>
Boa Vista	46,5	42,5 - 50,5
Belém	46,8	41,6 - 52,0
Macapá	47,7	44,2 - 51,1
Manaus	51,8	48,2 - 55,4
Palmas	54,8	50,9 - 58,7
Porto Velho	56,2	51,9 - 60,4
Rio Branco	56,5	52,2 - 60,7
<b>NORDESTE</b>	<b>60,0</b>	<b>58,5 - 61,4</b>
São Luís	42,7	37,8 - 47,7
Teresina	51,0	46,6 - 55,3
Fortaleza	57,8	54,5 - 61,1
Natal	60,5	57,4 - 63,6
Maceió	61,0	57,2 - 64,6
Salvador	63,6	60,2 - 66,8
João Pessoa	63,7	60,1 - 67,1
Recife	64,9	60,9 - 68,7
Aracaju	66,3	61,4 - 70,9
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>52,1</b>	<b>50,3 - 54,0</b>
Distrito Federal	48,9	46,2 - 51,5
Campo Grande	50,1	46,5 - 53,8
Cuiabá	55,8	51,0 - 60,5
Goiânia	63,1	60,4 - 65,8
<b>SUDESTE</b>	<b>63,8</b>	<b>62,0 - 65,5</b>
Vitória	53,6	50,2 - 57,0
Rio de Janeiro	61,6	59,3 - 63,9
Belo Horizonte	63,4	60,5 - 66,2
São Paulo	64,8	62,3 - 67,3
<b>SUL</b>	<b>57,0</b>	<b>54,4 - 59,5</b>
Florianópolis	52,9	49,3 - 56,5
Curitiba	53,0	49,1 - 56,9
Porto Alegre	64,0	60,6 - 67,3
<b>BRASIL</b>	<b>58,4</b>	<b>57,4 - 59,4</b>

Fonte: Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2009

A situação emocional da mãe ou do filho influi diretamente na fisiologia da amamentação. Considerando que o estresse interfere diretamente no dia-a-dia e possui diversas causas, como a dor, o cansaço, a ansiedade e a frustração, o organismo tende a reagir, o que provoca mudanças no metabolismo. (CARRASCOZA et al, 2005)

O organismo materno, diante dessa situação, aumenta a produção de adrenalina, que, por consequência, gera a vasoconstrição generalizada, a qual pode impedir a chegada dos hormônios envolvidos na amamentação, ocitocina e prolactina, nas células lactóforas e mioepiteliais da mama. Tal situação compromete a produção de leite. Além disso, após uma situação estressante, o bebê tende a se apresentar fraco e sonolento, por isso não estimula a mama corretamente, dessa forma, os hormônios também não são liberados. (CARRASCOZA et al, 2005)

Apesar da maioria das mulheres conhecer os benefícios da amamentação exclusiva, algumas crenças e mitos ainda estão presentes em seus discursos, como por exemplo, a ideia de hipogalactia, do leite fraco, da fissura mamilar e da flacidez da mama. (VAUCHER; DURMAN, 2005)

A hipogalactia, também conhecida como insuficiência lactacional, é um dos fatores primordiais para o desmame, porém é resultado de alguns maus hábitos de sucção (chupeta e mamadeira) ou da exposição a situações estressantes. Esse discurso foi criado em uma perspectiva médico-sanitarista, com vista em retirar a culpa da mãe, como apresentado no primeiro capítulo desta pesquisa. Como forma de apaziguar tal situação, a pesquisa de Ichisato e Shimo (2001) descreve alguns lactogogos, isto é, alimentos que ajudavam a estimular a produção de leite, dentre eles foram encontrados frutas, sucos, *plasil*, sopa de fubá, canjica e canja. Porém, na mesma pesquisa, mostra que só utiliza esses alimentos quem gostaria de manter o aleitamento materno e quem acredita na crença transmitida culturalmente.

A ideia de que o leite fraco surge geralmente pela associação entre o choro e a amamentação até os seis meses. Contudo, nesta época, os principais motivos pelo choro são a dor abdominal e alguma situação que o incomode (OSÓRIO, QUEIROZ, 2007). Segundo Vaucher e Durman (2005), o leite materno é ideal para suprir as necessidades do lactente, pois possui diversas substâncias essenciais, como mostra o quadro abaixo.

Ilustração 4: Componentes do leite materno

Nutrientes	Minerais e Vitaminas
Proteína	Cálcio
Caseína	Fósforo
Lactoalbumina	Sódio
Lactoglobulina	Potássio
Gordura	Ferro
Lactose	Vitamina C
Água	Vitamina D

Fonte: Manual de Normas e Rotinas do Hospital Universitário de Cascavel – 2000

Geralmente, a sensação materna de que a criança não está farta após a mamada está relacionada com o tempo da mesma, visto que o leite produzido no começo é diferente do produzido no final. O primeiro é rico em proteína, lactose, água e outros nutrientes, já o último é rico em gordura, o que a garante energia. Dessa forma, o bebê deve ser retirado da mama apenas quando o leite esgotar. (VAUCHER; DURMAN, 2005).

Ademais, a substituição do leite materno pelo leite em pó ou pelo leite de vaca também pode ser prejudicial, uma vez que os últimos possuem níveis de gordura, proteína, ferro, vitaminas e de água não adequados, bem como não possuem proteção contra fatores infecciosos (VAUCHER; DURMAN, 2005). Pode-se observar isso no seguinte quadro:

Ilustração 5: Comparativo entre leites

Diferenças entre leites			
	Leite Materno	Leite Animal	Leite Em Pó
Contaminantes bacterianos	Nenhum	Provável	Provável quando misturado
Fatores antiinfecciosos	Presente	Ausente	Ausente
Fatores de crescimento	Presente	Ausente	Ausente
Proteína	Quantidade correta, fácil de digerir	Demasiado, difícil de digerir	Parcialmente corrigido
Gordura	Bastante ácidos graxos essenciais, tem lipase para digestão	Falta ácidos graxos essenciais não tem lipase	Falta ácidos graxos essenciais não tem lipase
Ferro	Pequena quantidade bem absorvida	Pequena quantidade não é bem absorvida	Extra, é adicionado e não é bem absorvida
Vitaminas	Suficiente	Insuficiente em A e C	Adicionado de vitaminas
Água	Suficiente	Pouca quantidade	Pouca quantidade

Fonte: Manual de Normas e Rotinas do Hospital Universitário de Cascavel – 2000

Outro fator existente que condiciona o desmame precoce é o aparecimento de fissuras mamilares, causadas pela pega incorreta, isto é, quando o bebê exerce pressão apenas sobre o mamilo. Além disso, a exposição do mamilo ao sol e a forma inadequada de retirar a criança do peito também podem resultar neste problema. Diante dessa enfermidade, o aleitamento materno é prejudicado devido à forte e constante dor durante o ato de amamentar, tal situação eleva a chance da precoce introdução de alimentos na dieta infantil (CARRASCOZA et al, 2005).

Por último, ainda sobrevive o senso comum pautado na vaidade feminina. Muitas mulheres evitam a prática da amamentação, porque acreditam que suas mamas irão cair. Entretanto é comprovado cientificamente que as bases desta imperfeição são a idade, a genética, o tamanho das mamas, a falta de sutiã firme e o ato de engordar demasiadamente durante a gravidez (VAUCHER; DURMAN, 2005; LINS, TERRENGUI, 2010).

Levando-se em consideração os fatores acima mencionados, pode-se perceber que apesar de sermos mamíferos, a lactação não é biologicamente determinada, visto que é influenciada por fatores externos, sendo eles de ordem social, ideológica e demográfica.

#### 4 EFEITOS DO DESMAME PRECOCE

A amamentação é de grande relevância na saúde da criança, pois possui dimensões psicológicas, nutricionais, imunológicas e físicas. Nesta perspectiva, é a estratégia isolada que mais previne a mortalidade infantil (MS, 2009). Inclusive, segundo Vieira e colaboradores (2003), o risco de mortalidade por doenças infecciosas é 5,8 vezes maior entre crianças desmamadas durante os dois primeiros meses de vida, se comparados com aquelas que foram amamentadas exclusivamente. Além dos efeitos deletérios no sistema imunológico, o desmame precoce pode acarretar também o aparecimento de doenças crônicas e o mau desenvolvimento do sistema motor-oral.

Dentre os efeitos relacionados às doenças crônicas, tem-se a obesidade exógena, isto é, aquela que é causada por um desequilíbrio entre a quantidade de calorias ingeridas e a quantidade gasta (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009). Em crianças desmamadas precocemente, essa disfunção está inerente à introdução de alimentos ricos em carboidratos em suas respectivas dietas, inclusive bebidas lácteas, as quais aumentam o consumo energético de 15 a 20%, quando substituem o leite materno. (NEJAR et al, 2004). Além da alimentação inadequada, a falta do leite materno provoca a diminuição do metabolismo infantil, pois o mesmo fornece os hormônios T3 e T4, a insulina e a leptina, que são responsáveis pelo controle do anabolismo, do catabolismo e da saciedade, regulando o balanço energético (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009).

Outro impacto do desmame na saúde de jovens é a aterosclerose, uma doença sistêmica causada pela formação de placas de gordura nas paredes das artérias do coração e de suas ramificações. Segundo Singhal et al.(2004) o perfil lipoprotéico é formado na infância a partir da nutrição e o leite materno oferece proteção no que diz respeito a esse perfil, logo, os indivíduos que foram amamentados durante o tempo preconizado pela OMS possuem uma menor relação LDL/HDL (ALVES, 2004).

Ainda no grupo das doenças crônicas está diabetes mellitus tipo I ou a dependente de insulina. Seu desenvolvimento ocorre através do desencadeamento de um processo autoimune, o qual resulta na destruição das células  $\beta$  das ilhotas de Langerhans no pâncreas. Tal doença geralmente se manifesta dos 10 aos 14 anos. Um dos fatores que podem estar relacionados a esta doença é o desmame precoce, porém há controvérsias no que diz respeito a essa afirmação. (GIMENO; SOUZA, 1998)

Existem duas principais hipóteses que sustentam tal afirmação. A primeira defende o mimetismo molecular, isto é, pela capacidade de espécies vivas confundirem substâncias pela

cor ou pela forma. Neste, um vírus provocaria uma resposta imune natural, e, se o antígeno for quimicamente semelhante a algum elemento pertencente à célula  $\beta$ , poderá ser estimulado um processo de destruição das mesmas. Logo, considerando que o leite materno possui uma vasta capacidade protetora, fortalecendo o sistema imunológico, a manutenção do aleitamento materno é necessária para retardar o ciclo natural deste tipo de diabetes. A outra hipótese relaciona o desmame com a introdução de bebidas lácteas, as quais possuem a Albumina bovina que é semelhante à proteína p69, localizada na célula  $\beta$ . A albumina é considerada um corpo estranho, por isso é estimulada a produção de anticorpos para atuar sobre a mesma, porém estes anticorpos reagem com a proteína p69. Esse processo em cadeia resulta na diabetes. Vale ressaltar que a presença de anticorpos anti-albumina bovina é tolerada pelo homem, dessa forma a doença poderá ser manifestada em indivíduos com pré-disposição genética. (GIMENO; SOUZA, 1998)

A alergia alimentar ao leite de vaca é frequente em lactentes e crianças com até quatro anos de idade, sua principal causa é o uso demasiado desse tipo de leite nos primeiros meses de vida associada ao curto tempo de aleitamento natural. Este quadro clínico é resultado da resposta fornecida pelo sistema imunológico, o qual, na presença de antígenos, aumenta a capacidade de produção de Imunoglobulina do isotipo IgE pelos linfócitos B. O leite é a primeira fonte de antígenos por ingestão do bebê, dessa forma, a mãe que já possui histórico de alergia na família deve realizar uma dieta durante o período de AME, pois os alérgenos são passados via leite materno. Além disso, em qualquer caso, deve ser evitado o contato direto com a lactose animal durante o período de AME, já que a introdução precoce pode causar alergia, enquanto a tardia, tolerância (PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

O efeito protetor do leite materno tanto para alergias alimentares quanto para doenças atópicas – asma, rinite alérgica e eczemas- pode atuar de duas formas. Na primeira, ele induz e promove a maturação da barreira da mucosa intestinal e o sistema imune. Já na segunda, é reduzido, de modo passivo, a exposição a antígenos, pois é inibida a sua absorção, devido ao aumento da imunoglobulina A (SAARINEN, KAJOSAARI, 1995). Dessa forma, Saarinen e Kajosaari (1995) afirmam que o AME até um mês de idade oferece profilaxia contra alergia alimentar durante os três primeiros anos de vida, além de proteção contra alergia respiratória até aos 17 anos, ao passo que seis meses de AME garante prevenção de eczema durante três anos.

Outro possível efeito deletério do desmame precoce é a queda dos níveis de hemoglobina em crianças de até um ano, o que indica a iminência de uma anemia. A deficiência de hemoglobina tem como origem a escassez de ferro, que é obtido através da

alimentação. O leite materno é a fonte com maior biodisponibilidade deste elemento para crianças na primeira infância, enquanto a quantidade encontrada no leite de vaca é relativamente menor, por isso o excessivo consumo de leite de vaca propicia pequenas lesões na mucosa intestinal, micro-hemorragias e pequenas perdas sanguíneas. Essa situação é agravada quando a criança ingere farináceos, já que suas substâncias inibem a absorção de ferro no trato intestinal. (ASSIS et al, 2004)

O grupo mais preocupante é aquele que mantém o regime de aleitamento materno complementado, o qual possui 1,02 g/dl a menos de hemoglobina quando comparados ao grupo em AME. Tal quadro clínico é compatível com o estado de anemia ( Hb- 10,6 g/dl). Além disso, o aleitamento materno acrescido com água e chás também diminui consideravelmente os níveis de hemoglobina em 0,76 g/dl, pois há uma plenitude gástrica e, conseqüentemente, a diminuição da ingestão de leite, evoluindo para uma dificuldade de produção de células hematopoiéticas, devido à falta de micro e macronutrientes. (ASSIS et al, 2004)

A fim de manter as taxas de hemoglobina altas, após o tempo de AME, é necessária a introdução de alimentos que são ricos em ferro na dieta infantil, como feijão e outras leguminosas, em detrimento de farináceos, por exemplo. (ASSIS et al, 2004)

Acrescenta-se também como consequência do aleitamento artificial predominante a constipação intestinal no primeiro semestre de vida, isto é, fezes excessivamente duras eliminadas sob esforço defecatório. A criança que amamentou exclusivamente possui boa capacidade de digestão de lipídios contidos no leite materno, por isso defecam mais vezes por dia e suas fezes são menos consistentes. Ao passo que aquela que ingere outras fórmulas de leite possui dificuldade para digerir os lipídios ali contidos. Outro fato que pode gerar a constipação entre crianças desse último grupo é a alergia ao leite em pó ou de vaca, o que também diminui a capacidade de digestão, acarretando na maior consistência fecal. (AGUIRRE et al, 2002 )

O desenvolvimento do aparelho neuropsicomotor também encontra o sucesso no aleitamento materno. O leite humano contém diversas substâncias que atuam conjuntamente e individualmente. Dentre as que atuam em conjunto estão os fatores de crescimentos, a colina, fosfolipídios e glicoproteínas específicas. Essas substâncias juntas são de fundamental importância para o crescimento cerebral. Já as que atuam individualmente são o zinco, o cobre e o ferro. O zinco participa da formação de neurotransmissores e do sistema nervoso autônomo. O cobre é responsável por agir no metabolismo glial e no cerebelo. Já o ferro participa no metabolismo dos ácidos nucléicos no neurônio. Logo, quando escassos no

organismo, podem causar lesões graves no cérebro, prejudicando o desenvolvimento cognitivo e psicomotor. Além desses elementos, há os ácidos graxos, que são fundamentais na formação da mielina, na maturação da visão e no desenvolvimento neuropsicomotor, porém eles são acumulados principalmente durante a infância através da lactação e do cordão umbilical. (NOBRE et al, 2010)

A pesquisa de Innis e colaboradores (2001) afirma que crianças que foram amamentadas exclusivamente por no mínimo três meses possuem maior número de glóbulos vermelhos e de ácidos graxos, ademais, desenvolveram a linguagem durante os nove primeiros meses e a acuidade visual com até 12 meses.

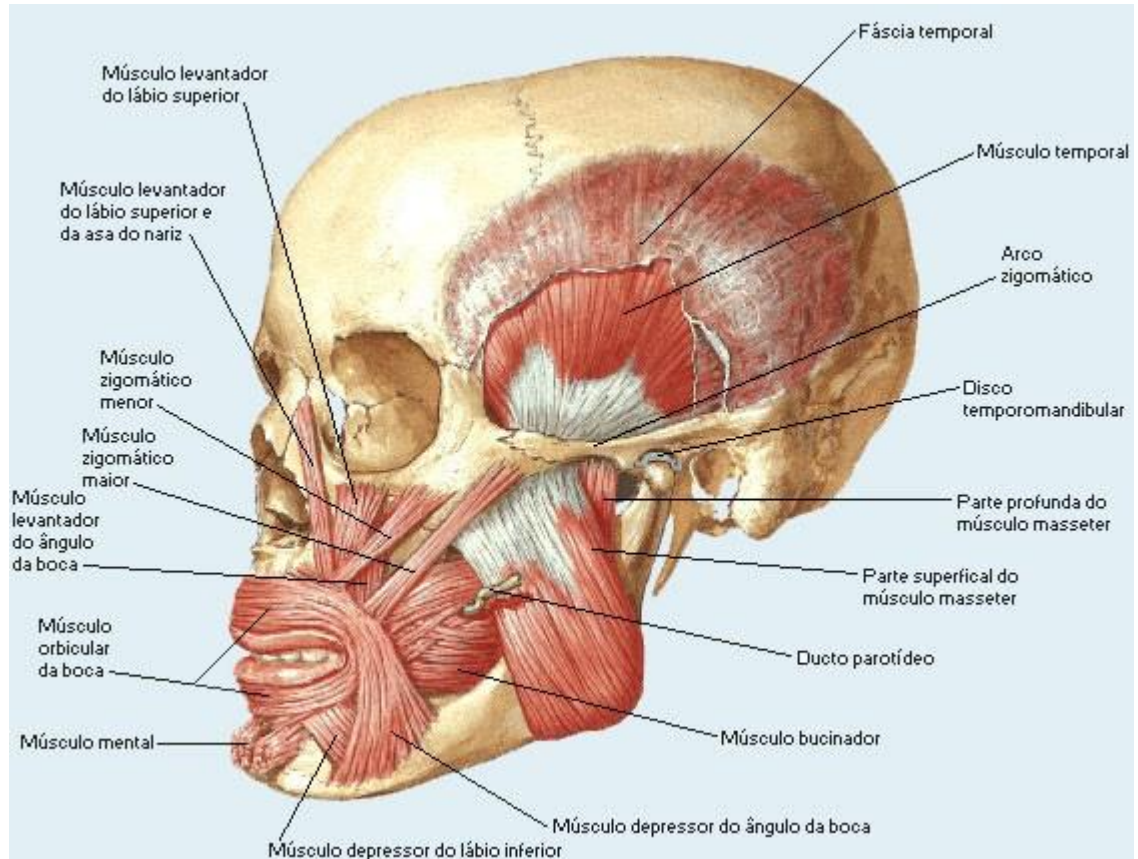
Com base nessas informações, pode-se inferir que a ablactação pode causar um *déficit* de aprendizado, diminuição das funções visuais e alterações dos níveis de serotonina e dopamina. (TINOCO et al, 2007)

Outra preocupação constante é a interrupção do desenvolvimento motor-oral pelo desmame precoce, uma vez que a sucção correta, aquela que estimula tanto os músculos quanto a ossatura da face, proporciona o estabelecimento correto das funções dos lábios, da língua, da mandíbula, da maxila, das bochechas, dos palatos mole e duro, do soalho da boca, da musculatura oral e das arcadas dentárias. Nesta perspectiva, a ablactação pode acarretar a má oclusão, a respiração oral e a má articulação dos sons da fala. (NEIVA, 2003; FILHO et al, 2008; ANTUNES et al, 2008)

A má oclusão é caracterizada pela relação defeituosa entre a mandíbula e a maxila. Este problema decorre de hábitos de sucção não nutritivos estimulados, principalmente, pelo uso do dedo, da chupeta e da mamadeira (NEIVA, 2003; FILHO et al, 2008).

A sucção da mamadeira, por exemplo, estimula apenas os músculos bucinadores e do orbicular da boca (ilustração 6), ao passo que a sucção da mama estimula também os pterigoideos lateral e medial, o masseter, o temporal, o digástrico, o gênio-hioideo e o milo-hioideo (ilustração 6). A excessiva tonificação dos músculos orbiculares influencia no crescimento do crânio e da face, tendo como consequência o aparecimento de arcadas dentárias estreitas e a falta de espaço para dentes e língua. Ademais, podem aparecer disfunções na mastigação e deglutição. (NEIVA, 2003; FILHO et al, 2008)

Ilustração 6: Músculos faciais.



Disponível em <<http://www.sogab.com.br/anatomia/miologiajonas.htm>> Acesso em: 9/12/2013

Já a sucção da chupeta, consoante Ogaard et al, está diretamente relacionada com a mordida cruzada (ilustração 7). Vale ressaltar que, quando prolongado por dois anos, o uso produz alterações na maxila e, por três, as lesões ocorrem na mandíbula. A sucção digital é o fator etiológico que mais interfere no aparecimento de mordida aberta (ilustração 7). (NEIVA, 2003)

Ilustração 7: Tipos de mordida



Disponível em < <http://www.naiaodonto.com.br/site/ortopedia-funcional/ma-oclusao> >

Acesso em: 9/12/2013

A respiração oral ou oronasal é consequência também da introdução de hábitos de sucção não nutritivos, os quais favorecem a postura dos lábios entreabertos. Já a respiração predominantemente nasal é fruto do aleitamento materno, já que, durante o ato, a criança mantém a postura de repouso com os lábios ocluídos. (NEIVA, 2003)

Por fim, a má articulação dos sons da fala é resultado de desordens miofuncionais bucais causadas, também pelo aleitamento artificial, visto que o ambiente bucal é modificado, o que prejudica os ajustes motores finos necessários para uma boa dicção. (BERVIAN; FONTANA; CAUS, 2008)

Quanto aos efeitos deletérios que a ablactação pode causar no sistema imunológico, destaca-se a maior susceptibilidade a doenças virais ou bacterianas, como o relatado por uma pesquisa realizada pela OMS (2000), a qual constata que o risco de morte por doenças infecciosas é 5,8 vezes maior entre crianças que foram desmamadas precocemente em comparação com aquelas que foram amamentadas exclusivamente.

Os agentes imunológicos que oferecem essa proteção estão contidos em maior quantidade no colostro, um fluído amarelado que é secretado nos primeiros dias após o parto. São exemplos de tais agentes as imunoglobulinas, as lactoferrina, os leucócitos, macrófagos e os linfócitos e os oligossacarídeos. (NETO, 2006; ALMEIDA; FILHO, 2004; ALMEIDA et al, 2008; BATTOCHIO; SANTOS; COELHO, 2003)

A imunoglobulina IgA é mais numerosa no colostro, esta oferece proteção contra as principais bactérias e toxinas mais abundantes no ambiente em que a nutriz vive, tais como a *E. coli*, a *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, a *Vibrio cholerae*, a *H. influenzae*, a *S. pneumoniae*, a *Clostridium difficile*, a *Clostridium botulinum* e a *Klebsiela sp.* Também fornecem proteção contra os seguintes tipos de vírus: rotavírus, vírus sincicial respiratório, citomegalovírus e *Influenza*. Portanto, são reduzidas infecções no trato gastrointestinal e no sistema respiratório. (NETO, 2006; MACHADO, 1995; BARROS et al, 1982; BATTOCHIO; SANTOS; COELHO, 2003; ARAÚJO et al, 2006)

A lactoferrina possui capacidade de se ligar ao ferro não absorvido, competindo com as bactérias, fungos e vírus que precisam deste elemento. Já os leucócitos, os macrófagos e os linfócitos são agentes fagocitadores que estão sempre ativados. Por último, os oligossacarídeos são importantes, pois impedem a aderência de bactérias nas mucosas intestinais. (NETO, 2006)

Dessa forma, as principais doenças acometidas pela deficiência do sistema imune causado pelo desmame são a diarreia, a pneumonia, a gripe e a otite (VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003; ANTUNES et al, 2008 ).

Diante do exposto, percebe-se que a manutenção do aleitamento materno, principalmente o AME até os seis meses, é de fundamental importância para o amadurecimento dos órgãos que compõem o sistema motor oral, bem como do sistema imunológico, além, é claro, de oferecer proteção contra doenças crônicas que possuem origem na infância e na adolescência.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como exposto nesta pesquisa, o hábito do desmame precoce foi construído historicamente através da difusão do senso comum, que ainda está em vigor e afeta alguns grupos, como por exemplo, as mães adolescentes, aquelas que moram com suas mães, as brancas, mulheres com menor escolaridade, entre outros.

Neste contexto, é de extrema preocupação do Ministério da saúde que haja a promoção do aleitamento materno, uma vez que esta prática é a mais relevante no que diz respeito à diminuição da taxa de doenças infectocontagiosas e de doenças crônicas, devido ao grande potencial imunológico que possui o leite materno, fator que influi diretamente na taxa de mortalidade infantil. Além disso, este propicia o amadurecimento ideal do sistema motor-oral, causado pelo correto mecanismo de sucção que estimula os músculos bucais. Ambas as características propiciadas por tal ato permitem maior qualidade de vida da criança e posteriormente do adolescente.

Com base nessas informações, torna-se necessário o incentivo à lactação exclusiva, já que o índice brasileiro de crianças amamentadas exclusivamente é demasiadamente menor que o recomendado pela OMS. Isso pode ser feito por meio de simples medidas como a criação de grupos de convívio que abordam os problemas comuns envolvidos na amamentação. Esta afirmação pode ser sustentada pelos resultados da pesquisa de Barros e colaboradores (1995), os quais evidenciam que 38% das mulheres que frequentavam tais grupos estavam amamentando exclusivamente seus respectivos filhos ao final do quarto mês, enquanto entre as mulheres que não frequentavam o índice era de 18%.

Ademais, pode-se afirmar que o modelo econômico, político e social influencia diretamente na amamentação, um exemplo sistêmico é o frequente desrespeito das leis trabalhistas que asseguram a licença maternidade e as creches nos locais de trabalho, o outro é a permanência de propagandas midiáticas que incitam a substituição do leite materno por outras fórmulas artificiais. Vale ressaltar também que para chegar à diminuição expressiva da taxa de morbimortalidade infantil é necessária a distribuição de renda, ou seja, a mudança na superestrutura do capital, pois isso promoveria maior igualdade de acesso aos serviços como o saneamento básico e a educação, a qual associada aos demais fatores é de extrema relevância para a manutenção do AME.

Diante disso, apesar dos grandes avanços que o Brasil realizou no que diz respeito ao aumento das taxas de aleitamento materno, ainda há muito no que crescer. As mudanças imediatas devem ser impulsionadas pelos profissionais de saúde, os quais têm o dever de

promover a lactação, contudo não são devidamente preparados para isso, e as transformações a longo prazo devem ser de cunho político-social, a fim de promover uma maior equidade no que tange aos fatores que são fundamentais para a manutenção de tal prática.

## 6 REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, A.N.C. et al. Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 78, n. 3. 2002.
- ALMEIDA, E.A. ; FILHO, J.M. O contato precoce mãe-filho e a sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Med.*, Campinas, v. 13, n. 4, p. 381-8, out/dez, 2004.
- ALVES, J.G.B. Baixo peso ao nascer e desmame precoce: novos fatores de risco para a aterosclerose, *Jornal de pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n.4, jul/ago. 2004.
- ANTUNES, L.S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.103-109, Jan/Mar. 2008.
- ARANTES, C.I.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. *Jornal de Pediatria*, v. 71, p. 195-202. 1995.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. O papel imunológico e social do leite materno na prevenção de doenças infecciosas e alérgicas na infância. Fortaleza, *Rev. RENE*, v. 7, n. 3, p. 91-97, set./dez. 2006.
- ARAÚJO, O. D. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, vol. 61, n. 4, jul. 2008.
- ASSIS, A.M.O. et al. Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 4, n. 38, p. 543-51. 2004.
- BARROS F.C. et al . The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr*, v. 84, p.1221-6. 1995
- BARROS, M.D. Papel do leite materno na defesa do lactente contra infecções. São Paulo. *J. Pediatria*, v.4, p. 88-102. 1982.
- BATTOCHIO, A. P. R.; SANTOS, A.G.; COELHO, C.A.R. Leite materno: considerações sobre nutrientes específicos e seus benefícios. *Rev Bras Nutr Clin*. v. 18, n. 3, p. 136-141. Jul/set. 2003
- BERVIAN, J.; FONTANA, M.; CAUS, B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais - revisão de literatura. *RFO*, v. 13, n. 2, p. 76-81, maio/agosto 2008.
- BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos Esp*, Ceará, dez. 2005.
- BRASIL. Decreto-lei n° 5.452 do dia 1° de maio de 1943. Consolidação das Leis Trabalhistas. Distrito Federal, Brasília.

BRASILEIRO, A.A. Amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Rev Saúde Pública*, v. 46, n. 4, p. 642-48. 15/03/2012.

BRECAILO, M.K. et al. Aleitamento materno exclusivo e trabalho materno. Disponível em <[http://anais.unicentro.br/siepe/2009/pdf/resumo\\_596.pdf](http://anais.unicentro.br/siepe/2009/pdf/resumo_596.pdf)>. Acesso em: 02/11/2013.

BUENO, M. B. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1453-1460, set/out. 2003.

CARRASCOZA, K.C. et al. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. *Paidéia*, v. 15, n. 30, p. 93-104. 2005

CARRASCOZA, K.C.; JÚNIOR, A.L.C.; MORAES, A.B.A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. Campinas. *Estudos de psicologia*, v. 22, n.4, p. 433-440, out/ dez. 2005.

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. *Rev Latino-am Enfermagem*. v. 15, n. 1. Jan/ fev. 2007

DEMITTO, M.O.; BERCINI, L. O.; ROSSI, R.M. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery*, v. 17, n.2, p. 271-6. Abr/jun. 2013

ENY, E.M, NASCIMENTO, M.J.P. Causas e conseqüências do desmame precoce: uma abordagem histórico-cultural. *Rev Enferm UNISA* 2001; 2: 52-6.

FRANÇA, M.C.T. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n.4, p.607-14. 2008.

FREITAS, A.S.S.; COELHO, S.C.; RIBEIRO, R.L. Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. *Saúde & Amb. Rev.*, Duque de Caxias, v.4, n.2, p.9-14, jul-dez 2009

FROTA, D. A. L. ; MARCOPITO, L.F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública*, v.38, n.1, p.85-92. 2004.

GIMENO, S.G.A.; SOUZA, J.M.P. de. Amamentação ao seio, amamentação com leite de vaca e o diabetes mellitus tipo 1: examinando as evidências. *Rev. Bras. Epidemiol.* v.1, nº.1. 1998.

GIUGLIANI E.R.J. et al. Breastfeeding pattern in apopulation with different levels of poverty in Southern Brazil. *Acta Paediatr*, v.85, p.1499-500.1996.

- GRANZOTO, J.A., BERTONI, A.L., VECCHI, A.A.; RODRIGUES, E. A importância do incentivo pré-natal na amamentação de primíparas. *Jornal de Pediatria*, v. 68, n. 1/2, p. 34-37. 1992.
- HIGHT-LAUKARAN, V. et al. The use of breast milk substitutes in developing countries: the impact of women's employment. *American Journal of Public Health* September, v. 86, n. 9, p. 1235-40. 1996.
- ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, n. , p.578-585, jul. 2002.
- ICHISATO; S.M.T.; SHIMO, A.K.K. aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 9, n.5, p.70-6. Set/ out. 2001.
- INNIS S.M.; GILLEY J.; WERKER J. Are human milk long- chain polyunsaturated fatty acids related to visual and neural development in breast-fed term infants? *Jornal de Pediatria*. v.139, p.532-8. 2001.
- JOCA, M.T. fatores que contribuem para o desmame precoce. *Esc Anna Nery. R Enferm.* v. 9,n.3, p. 356 - 64. Dez. 2005.
- KUMMER, S.C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*, v. 34, n.2, p. 143-8. Abril. 2000.
- LELIS, L. S. C.. Aleitamento materno exclusivo à criança até os seus meses de idade: avanços e desafios. 2012. 43 f. Tcc (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2012.
- LINS, A.H.; TERRENGUI, L.C.S. Mitos e tabus sobre o aleitamento materno. *Rev Enferm UNISA*, v. 11, n.2, p. 87- 9. 2010.
- MACHADO, C.S.M. Desenvolvimento da resposta imune de mucosas: influências do aleitamento materno e ambientais. Rio de Janeiro. *J. pediatr*, v. 71, n.5, p.241-247. 1995.
- MEYERINK, R.O.; MARQUIS, G.S. Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama:the importance of personal and familial experiences in making infant-feeding choices. *Journal of HumanLactation*, v.18, n.1,p. 38-44. 2002
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf).  
 Acesso em: 27 de junho de 2013
- NAKANO, A.M.S. O aleitamento materno no cotidiano feminino. 1996. 162 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

- NEIVA, F. C. B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, p. 7-12. jan/fev 2003.
- NEIVA, F.C.B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 79, n.1, p. 7-12. Fev/ Mai. 2002.
- NEJAR, F. F. et al. Padrões de aleitamento materno adequação energética. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, nº 1, pág: 64 a 71, janeiro / fevereiro, 2004.
- NETO, M.T. Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. *Acta Pediatr Port*. Lisboa. v.1, n. 37, p. 23-6. Fev/ mar. 2006.
- NOAVES, Juliana F et al. Breastfeeding and obesity in Brazilian children, *European Journal of Public Health*, vol. 22, n.3, Maio 2011.
- NOBRE, E.B. et al. Breastfeeding and neurodevelopment: a review of literature. *São Paulo*, v. 32, n. 3, p. 204-10. 2010.
- OGAARD B, LARSSON E, LINDSTEN R. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year-old children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. v. 106, p.161-6. 1994.
- OLIVEIRA, R.L.; SILVA, A.N. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e grande porte e Maceió. *Rev bras saúde matern infant*, v. 3, n. 1, p. 43-8. Jan/ mar. 2003
- OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. representações sociais de mulheres sobre amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, *Esc Anna Nery R enferm*, vol. 11, n.2, jun.2007.
- PEREIRA, A. C. S.; MOURA, S. M.; CONSTANT, P. B. L. Alergia alimentar: sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 2, p. 189-200, jul./dez. 2008
- RIGHARD, L.; ALADE, M. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*. v.19, n. 4, p.185-9. 1992
- SAARINEN, U.M.; KAJOSAARI, M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *The Lancet*, v.346, n. 5/97, p. 1065-1069, October 21, 1995.
- SANCHES, M.T.C. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 5, p. 953-965, mai. 2011.
- SANTO, L. C. E.; OLIVEIRA, Luciana D.; GIUGLIANI, E. R. J. Factors Associated With low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*, Porto Alegre, V. 3, n. 3,

set.2007.

SILVA, P.P. et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Rev Paul Pediatr.* v. 30, n. 3, p. 306-13. 2012.

SINGHAL, A.; COLE, T.J.; FEWTRELL, L.A. Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born perterm: follow-up of a prospective randomised study, *The Lancet*, v. 363: issue. 9421 p.1571-8. 2004.

SOARES, M.E.M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. Rio de Janeiro. *J Pediatría* ,v. 79, n.4, p.309-16. 2003.

SOUZA, L.M.B.M. Promoção, proteção e apoio. Apoio?: Representações sociais em aleitamento materno. 1994. 48 f. Dissertação (Mestrado) - Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KUMMER, S.C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 141- 7. 2005.

TINOCO, S.M.B. et al. The importance of essential fatty acids and the effect of trans fatty acids in human milk on fetal and neonatal development *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p.525-534. Mar. 2007.

TOMASI, E.; VICTORA, C.G. ; OLINTO, M.T.A. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. Rio de Janeiro. *J. Pediatr* , v. 70, n. 3, p.167-173. 1994

TUDISCO, E. S. et al. Avaliação do estado nutricional materno e duração do aleitamento materno natural. *Rev. Saúde públ. S. Paulo*, 18: 313-22,1984.

VAUCHER, A.L.I.; DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. *Rev eletrônica de enfermagem*, v. 7, n. 2, p. 207- 14. 2005.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T. O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. Rio de Janeiro. *J. pediatria*, v. 79, n. 5, p. 449-54. 2003.

VINAGRE, Roberto Diniz; DINIZ, Edna Maria Albuquerque; VAZ, Flávio Adolfo Costa. Leite humano: um pouco da sua história. *Pediatria*, São Paulo, n. , p.340-345, jun. 2001.

WHO. Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, v. 355, n.9202, p.451-5. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and child nutrition. 2001. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2\\_iycn\\_en.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_iycn_en.pdf). Acesso em: 27 de junho de 2013.