



CARACTERIZAÇÃO E PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NA POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL, ATENDIDA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE PALMAS – TOCANTINS

Natália Rodrigues Borges¹, Dayse Kellen Santos Sousa², Renata Junqueira Pereira³, José Gerley Diaz Castro.⁴

RESUMO: A população materno-infantil da cidade de Palmas foi o objeto de estudo da pesquisa. A pesquisa foi desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas e pela Universidade Federal do Tocantins, e financiada pelo CNPQ. Este estudo buscou avaliar a prevalência de crianças em aleitamento materno e as principais limitações do ato amamentar entre as puérperas atendidas pela rede pública de saúde, da cidade de Palmas, Tocantins. Entre julho de 2011 e julho de 2012 foram aplicados os questionários às puérperas. Como principais resultados constatou-se que 64% das entrevistadas praticavam aleitamento materno exclusivo e 4% aleitamento artificial. Pode-se notar que essa população reconhece a relevância da prática da amamentação e aquelas mães que não o fazem dão como motivos principais: os problemas relacionados à saúde da mama, “leite fraco” e “o leite não sustenta a criança”. Maiores esclarecimentos sobre amamentação figuram como estratégias importantes de promoção de saúde nesta população.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação; Crianças; Leite materno; Palmas-TO.

1 INTRODUÇÃO

Mulheres e crianças constituem a esmagadora maioria das pessoas que vivem na pobreza em todo o mundo, sendo ainda o grupo mais vulnerável à contaminação pelo HIV (ACCIOLY et al., 2005).

No Brasil, este grupo corresponde a uma grande parcela da população, estimada em mais da metade do número total de habitantes e apresenta as mais elevadas taxas de morbimortalidade, em comparação com os outros grupos populacionais (VITOLLO, 2008).

A assistência pré-natal tem relação estreita com os níveis de saúde das mães e seus filhos, uma vez que a ausência ou a baixa qualidade desta assistência está associada à taxa de mortalidade materna mais alta e a inadequadas condições de nascimento. Neste sentido, é importante enfatizar que os cuidados direcionados ao grupo materno-infantil são imprescindíveis para aumentar o conforto e a segurança integral, num contexto de promoção da saúde da mulher e da criança, bem como promover a saúde da população em geral (SALVADOR et al., 2008).

No final da década de 1990, o cuidado com a saúde da mulher no Brasil ainda apresentava, assim como hoje, muitos desafios a serem superados. Diante disso, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) impulsionado pela necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal (PARADA, 2008).

O PHPN, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569, de 01/06/2000, é baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto e tem como objetivos: (a) concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; (b) adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; (c) ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, de cursos de especialização em enfermagem obstetrícia e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Com a humanização como um dos pilares, o PHPN está estruturado nos seguintes princípios: (a) toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; (b) toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; (c) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento

¹ Nutricionista da Unidade de Terapia Intensiva da Maternidade Municipal Dona Regina em Palmas-TO, Palmas-TO. PIBIC/CNPq-Universidade Federal do Tocantins. nataliarodriguesborges@hotmail.com.

² Nutricionista Residente da Saúde da Mulher na Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina-PR. PIBIC/CNPq-Universidade Federal do Tocantins. daysekellen@hotmail.com.br.

³ Doutora, Curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins - Campus de Palmas; renatajunqueira@mail.uft.edu.br.

⁴ Doutor, Curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins - Campus de Palmas; diazcastro@mail.uft.edu.br.



médico; (d) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (DATASUS, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) enfatizam que a forma mais segura, eficaz e completa de se alcançar o crescimento e desenvolvimento adequados de uma criança até o 6º mês de vida pós-natal é garantindo-lhe o aleitamento materno exclusivo (AMAE) desde a primeira hora de vida extra-uterina.

A amamentação tem se mostrado uma importante ação de promoção da saúde e prevenção de uma série de agravos para criança, mãe e família. É uma ferramenta das mais úteis e de mais baixo custo que se pode utilizar para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças.

Para ter sucesso no aleitamento materno, a mãe precisa querer amamentar, estar segura e acreditar que é capaz de realizar esta tarefa. Este é um momento propício para que ocorram as atividades educativas, pois a gestante estará aberta a receber informações para compreender melhor as mudanças que ocorrerão em seu corpo nesse período. Orientada, preparada e estimulada, a mãe se torna mais tranquila para realizar, junto com seu filho, o processo de lactação.

Infelizmente, por várias razões, as mulheres deixam de amamentar. Para o êxito da amamentação é imprescindível que a mãe seja bem orientada e mantenha boa prática técnica.

Diante do exposto, o objetivo geral do presente estudo foi avaliar a prevalência de crianças em aleitamento materno (exclusivo ou complementado) e as principais limitações do ato amamentar entre as lactantes atendidas pela rede pública de saúde, na cidade de Palmas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de corte transversal onde foram coletados dados de puérperas e respectivos recém-nascidos, assistidos no PHPN, da cidade de Palmas.

Os dados foram coletados por meio de abordagem individual e ainda por meio de dados obtidos nas consultas puerperais e nos encontros de puericultura.

Utilizou-se um questionário composto por quinze perguntas, nas quais 12 eram objetivas e 3 eram de caráter subjetivo. A pesquisa teve como objetivo investigar as práticas da puérpera, no que diz respeito ao aleitamento, bem como informações relevantes sobre a mãe e seu recém-nascido; questionou também se a criança conseguia fazer boa pega do seio; investigou o número de mamadas/dia; a duração média de cada mamada; se a criança fazia uso de chupetas e mamadeiras; entre outras informações relevantes na análise de características do grupo investigado.

O aleitamento é avaliado conforme o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (WHO/UNICEF, 1992; BRASIL, 2008) em: Aleitamento materno exclusivo: criança alimentada apenas com leite humano, diretamente do peito ou ordenhado; Aleitamento materno predominante: leite materno complementado apenas com água (adoçada ou não), chá, outras infusões, suco de frutas e outros líquidos, exceto leite não materno; Aleitamento materno complementado: crianças alimentadas com leite materno associado a qualquer tipo de complemento: líquido, semissólido ou sólido ou outros leites; Aleitamento Artificial: as crianças, neste caso, são alimentadas com outros leites e qualquer tipo de alimento complementar, líquido, semissólido ou sólido.

Para definir o tipo de aleitamento materno, foram consideradas as informações referentes à amamentação praticada nos primeiros meses de vida dos bebês. As crianças pesquisadas possuíam idade variando entre um dia até quatro meses de vida.

As limitações do aleitamento investigadas foram: alterações do mamilo, ausência de informação, preocupação com estética corporal, ingurgitamento mamário, mastite, dentre outras intercorrências.

Puérperas atendidas pela rede pública de saúde da cidade de Palmas- Tocantins foram o público alvo da aplicação dos questionários. A amostragem foi realizada aleatoriamente, estratificada e proporcional ao número de puérperas assistidas nas unidades de saúde de cada região da cidade. Ao todo foram entrevistadas 321 puérperas, sendo 87 da região norte, 89 da região central e 145 da região sul. Mães adotivas não foram incluídas no estudo pelo fato de serem fisiologicamente incapacitadas de amamentar, ou seja, não passaram pelas transformações iniciadas desde a gestação até o pós-parto, que torna possível a produção e descida de leite humano. Foram entrevistadas mulheres no primeiro semestre de lactação, de diferentes níveis de escolaridade e número de gestações (primíparas e múltíparas).

O tamanho amostral foi calculado de acordo com as fórmulas propostas em Barbeta (2002), admitindo-se uma margem de erro de 8% e depositando-se nesse resultado um grau de confiança de 95%, obtendo a amostra mínima de puérperas a serem entrevistadas. As fórmulas utilizadas foram:

$n_0 = 1/E^2$ onde: n_0 é a primeira aproximação do tamanho da amostra; E é o erro amostral tolerável;

$n = N.n_0/N+n_0$ onde: N é o número de elementos da população; n é o tamanho da amostra. O tipo de amostragem foi estratificado proporcional, onde cada Unidade de Saúde foi considerada um estrato. Para este fim foi usado o programa estatístico Bioestat 5.0 (AYRES et al., 2007).



O projeto somente foi iniciado após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (protocolo 007/2011), sendo que todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa foram informados ao gestor municipal de saúde para que a atenção nutricional pré-natal seja mantida e incentivada na rede pública de saúde.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do Programa Excel (Microsoft office). Posteriormente, os dados obtidos foram importados para o programa Epi Info 3.2.2 (Center For Disease Control and Prevention, 2002) para formação da base de dados. As etapas incluídas no plano de análise são descritas a seguir:

- Inicialmente foram determinadas as frequências relativas e absolutas de todos os eventos na população estudada e realizadas recodificações de variáveis, quando necessário;
- Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas construindo, para as variáveis quantitativas, tabelas com distribuições de frequências relativas e absolutas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Pode-se observar na figura 1 que a maior parte das crianças que tinham idade de até quatro meses recebia leite materno. É importante ressaltar ainda a alta prevalência de aleitamento materno exclusivo, mais da metade (64%) das mulheres entrevistadas davam exclusivamente o leite humano aos seus bebês. Em seguida com 21% aparece o aleitamento complementar, Aleitamento predominante com 11% e com 4% o aleitamento artificial.

A inexistência de amamentação ou sua interrupção precoce (antes dos 4 meses) e a inclusão de outros alimentos à dieta da criança, durante esse período, resultam em consequências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos, entre outras (GIUGLIANI e VICTORA, 1997; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1991).

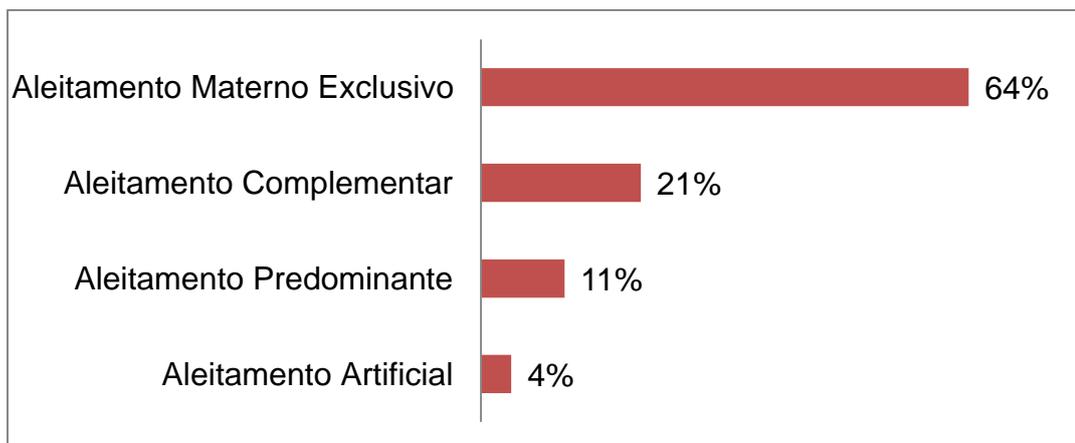


Figura 1 - Tipos de Aleitamento ofertado aos bebês, cidade de Palmas-TO, 2011/2012 (n=321)

O número de mães que ofertavam alimentação complementar aos filhos foi de 61 mães. Dentre estas, 11 ofertavam dois ou mais tipos de complementos, como por exemplo:

- Mingau, fórmula láctea comercial para lactentes e suco (n=1);
- Mingau, sopa e fórmula láctea comercial de seguimento (n=1);
- Fórmula láctea comercial para lactentes e água (n=2);
- Fórmula láctea comercial para lactentes e de seguimento (n=1);
- Dois tipos de fórmulas lácteas comerciais para lactentes (n=2);
- Fórmula láctea comercial para lactentes e chá (n=1);
- Fórmula láctea comercial para lactentes e cereal (n=1);
- Fórmula láctea comercial para lactentes, água e chá (n=1);
- Fórmula láctea comercial para lactentes, cereal e água (n=1)

Como mostra a figura 2, o percentual de mães que ofertavam fórmula láctea comercial para lactentes foi de 69%; A fórmula láctea comercial de seguimento obteve percentual de 11%; 10% das mães relataram oferecer papinha aos filhos; 8% ofereciam mingau e 2% davam leite de cabra às crianças.

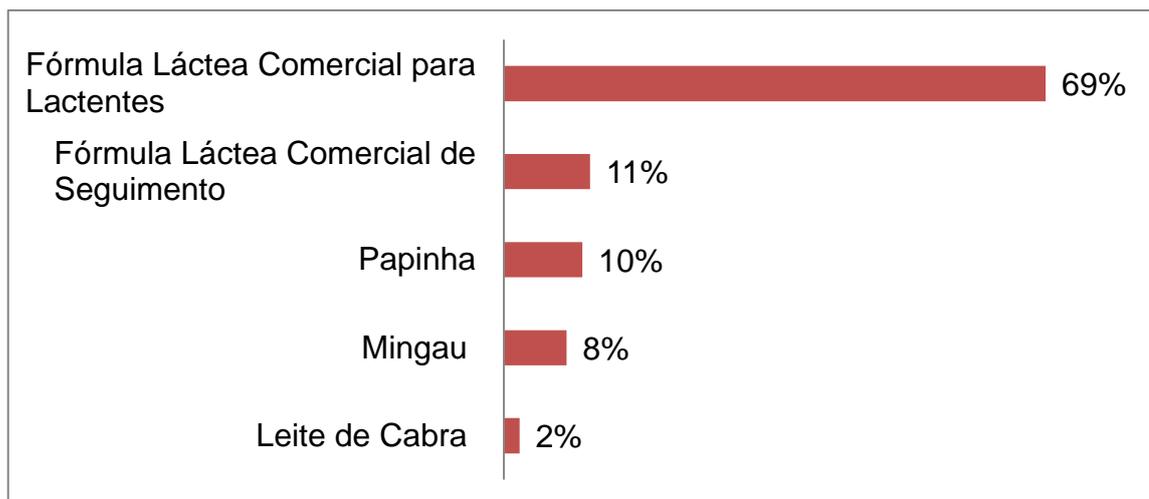


Figura 2- Tipos de alimentos complementares oferecidos aos lactentes na cidade de Palmas-TO, 2011/2012 (n=61)

O aleitamento materno predominante representou 11% (figura 1), sendo que do total de mães entrevistadas, 20 delas além de oferecerem leite humano, também ofereciam água ao filho; 4 ofereciam chá; 1 oferecia suco e 2 ofereciam água e chá.

No Brasil é comum a prática de oferta de água para saciar a sede, chás para tranquilizar, amenizar as cólicas e tratar de diferentes doenças em crianças. O credo de que o leite humano não é completo para suprir as necessidades do bebê, tem resultado na inserção de outros leites não maternos e alimentos complementares antes do tempo apropriado (ALMEIDA, 2002).

Dentre as entrevistadas 10 relataram oferecer aleitamento materno predominante, no entanto, não informaram o tipo de alimento que ofereciam ao bebê além do leite materno. Na maioria dos casos, as mães relataram dar água ao bebê por acreditarem ser uma necessidade, devido ao clima quente da cidade.

A complementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses de vida é desnecessária, inclusive em dias secos e quentes (GOLDBERG e ADAMS, 1983; BROWN et al., 1989; ALMROTH e BIDINGER, 1990; SACHDEV et al., 1991; ASHRAF et al., 1993).

Referente aos motivos que levaram as mães a não amamentarem, foram citados:

- “leite fraco” ou “só o leite não sustenta a criança” (n=4);
- “criança que nasceu prematura ou com baixo peso não deve mamar no peito” (n=1);
- “trabalho fora e não tenho tempo para amamentar” (n=4);
- “rachaduras no bico do seio” (n=1);
- “empedramento do leite” (n=1);
- “mastite e/ou abscesso” (n=2);
- “leite secando” (n=2);
- “não querer amamentar” (n=4);
- “problemas no mamilo” (n=2);
- “dor ao amamentar” (n=1);
- “o bebê sente cólicas quando mama” (n=1)

O credo do leite fraco nos dias de hoje, é uma das principais causas da complementação precoce apresentadas pelas mães (SOUZA e ALMEIDA, 2005), sendo que a analogia do leite materno com o de vaca serviu de base para essa crença. O valor dado ao leite de vaca em relação ao leite materno se dá também pelo fato do leite de vaca apresentar na sua composição maior quantidade de proteína (EUCLYDES, 2000; GONÇALVES, 2001).

De acordo com o exposto na figura 3, a prevalência de mães que amamentaram seus filhos na primeira hora de vida dos bebês, foi consideravelmente alta (83%) e maior que os índices dessa prática no Brasil, que atingem apenas 43% (PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER, 2008).

Segundo a Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (2008), a cada 10,9 milhões de óbitos de crianças menores de cinco anos, quatro milhões de bebês morrem no primeiro mês, e é possível salvar um milhão destas vidas, amamentando na primeira hora de nascimento. Se o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade fosse praticado universalmente, mais de dois milhões de mortes poderiam ser evitadas (VITOLLO, 2008).

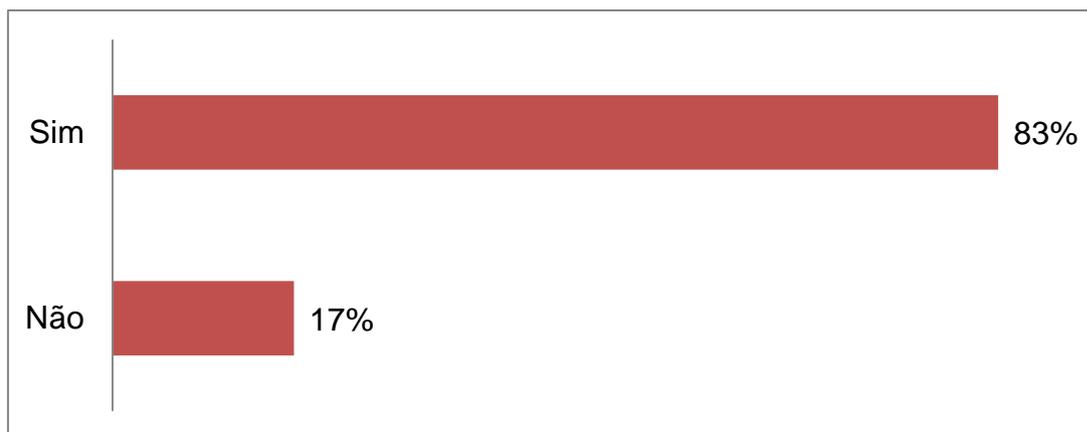


Figura 3 - Mães que amamentaram seus filhos na primeira hora de vida dos bebês, cidade de Palmas-TO, 2011/2012 (n=319)

Em relação ao tipo de parto, percebeu-se que o número de cesarianas foi relevantemente alto. Das 319 mães avaliadas, metade delas (50%) relatou ter passado pelo parto cirúrgico. A outra metade da população estudada relatou parto normal.

A cesariana traz riscos ao bebê, pode interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional, especialmente no caso de cesáreas com data marcada, além de poder causar angústia respiratória para os recém-nascidos desse tipo de parto, em comparação com os de parto vaginal, mesmo que ambos estejam a termo (FAÚNDES e CECATTI, 1991).

A figura 4 mostra que neste estudo foi elevado o percentual de mães que relatam que o bebê fazia boa pega do seio materno (97%). 2% das mães relatam que a pega não era boa e 1% relatou que o bebê não conseguia fazer pega nenhuma. Na avaliação da pega, os sinais observados durante a mamada e considerados como boa pega foram: o queixo do bebê tocar no seio da mãe; a boca estar bem aberta; o lábio inferior do bebê estar voltado para fora e a aréola do seio da mãe estar mais visível acima da boca do bebê do que abaixo.

Uma boa técnica de amamentação é importante para sua manutenção, pois previne traumas nos mamilos (ZIEMER et al., 1990; CARVALHAES e CORRÊA, 2003) e possibilita a retirada efetiva do leite pela criança (RIGHARD e ALADE, 1992; MORTON, 1992).

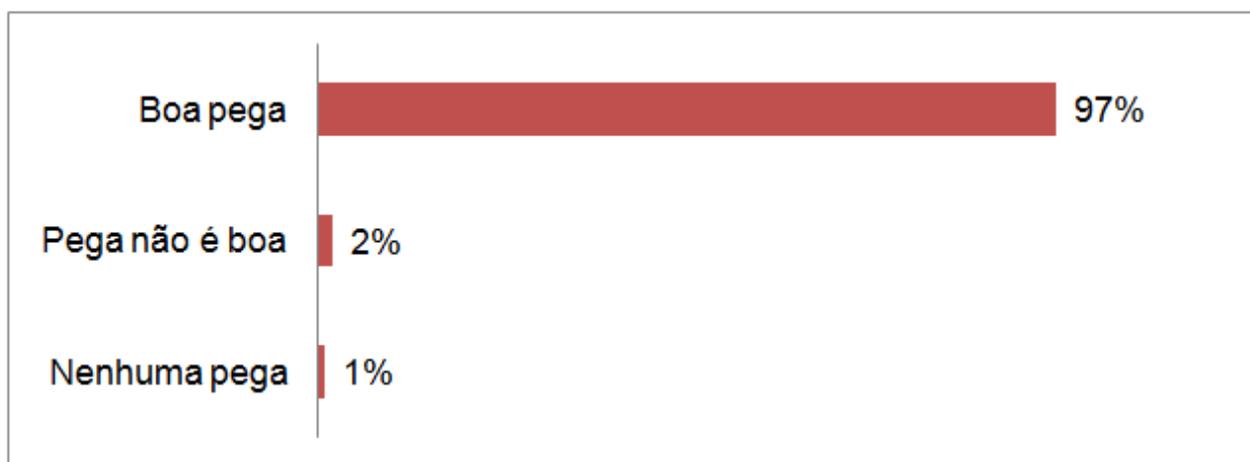


Figura 4 - Avaliação da Pega da criança no seio da mãe, cidade de Palmas- TO, 2011/2012 (n=309)

No que diz respeito ao uso de mamadeiras a pesquisa mostrou que das 319 mães avaliadas, 77% não ofereciam mamadeira para as crianças, 23% das mães relataram oferecer a mamadeira. Dentre estas, estão aquelas que davam leite artificial, outros complementos líquidos e leite humano ordenhado. As mães que ordenhavam leite e o davam na mamadeira, o faziam pelo fato de não terem tempo para dar o peito e pelo fato de trabalharem fora de casa.

A mamadeira é uma importante fonte de contaminação. Reduz o tempo de sucção das mamas, interferindo na amamentação sob livre demanda, altera a dinâmica oral e retarda o estabelecimento da lactação (HOLLEN, 1976; MONTE et al., 1997). Recém-nascidos expostos ao uso da mamadeira podem apresentar dificuldade na sucção do seio materno (NEWMAN, 1990).



Dentre as dificuldades e problemas relacionados com as mamas das puérperas tem-se o ingurgitamento mamário. O ingurgitamento mamário consiste no aumento da quantidade de sangue e fluidos nos tecidos que suportam a mama (congestão vascular) e de certa quantidade de leite que fica retido na glândula mamária. Os sintomas de ingurgitamento mamário são mamas intumescidas, dolorosas, quentes, vermelhas e tensas por causa do edema líquido nos tecidos. A nutriz queixa-se de dor principalmente na axila e pode ter febre (RANDOW; ARRUDA; SOUZA, 2008).

Das 312 mulheres questionadas neste estudo, mais da metade (56%) relataram não apresentar ingurgitamento mamário. O percentual de mulheres que apresentaram mamas ingurgitadas foi de 44%. A presença de ingurgitamento mamário foi relatada por mães que tinham bebês com até um mês de vida. A maioria das mães que tinham filhos com idade superior a um mês não relataram apresentar as mamas ingurgitadas.

Quadro 1 - Tipo de Aleitamento e predominância do uso de chupetas, cidade de Palmas-TO, 2011/2012 (n=321)

Usa chupeta	ALEITAMENTO				TOTAL
	Complementar	Exclusivo	Artificial	Predominante	
Sim					
N	32	60	15	7	114
%	47,8	29,7	100	18,9	35,5
Não					
N	35	142	0	30	207
%	52,2	70,3	0	81,1	64,5
TOTAL					
N	67	202	15	37	321
%	100	100	100	100	100

Mais da metade das crianças alvo da pesquisa não usavam chupeta (Quadro 1). Percebe-se que o maior percentual de crianças que não usavam chupetas está entre aquelas que estavam em aleitamento materno exclusivo.

O uso de chupeta tem sido contraindicado pela chance de interferir no aleitamento materno. Crianças que chupam bicos e/ou chupetas, em geral são amamentadas menos frequentemente (VICTORA, et al., 1997; AARTS et al., 1999), o que pode prejudicar na produção de leite. Embora não haja dúvidas quanto à associação entre uso de chupeta e períodos mais curtos de amamentação (VICTORA, et al., 1997; VICTORA, et al., 1993; BARROS, et al., 1995), não está bem determinado o efeito direto do uso da chupeta sobre a duração da amamentação.

4 CONCLUSÃO

Tendo como base a análise dos dados acima expostos, observa-se que a maioria das puérperas da cidade de Palmas, Tocantins reconhece a relevância da prática da amamentação, as mães que não o fazem dão como motivos problemas relacionados à saúde da mama, leite fraco e também que o leite não sustenta a criança. Referente aos dois últimos motivos dados pelas mães para não amamentar seus filhos ao peito, fez-se necessário o esclarecimento de que não existe leite materno fraco, pelo contrário, todo leite materno é forte e foi feito especialmente para o bebê. Pode haver variação na coloração do leite, mais ele nunca é fraco. As mães foram orientadas sobre a importância do leite materno e que ele supre por completo todas as necessidades do bebê até os seis meses de vida.

A pesquisa mostrou dados satisfatórios, cujo uma das variáveis mais relevantes mostra estatística acima da média nacional (amamentação na primeira hora de vida).

Apesar de apresentar boa parte dos resultados satisfatórios, o estudo mostra que ainda há necessidade da implantação de estratégias que esclareçam algumas informações às mães, a fim de promover saúde e melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos.

A maioria das mães questionadas deixou explícito que foram orientadas pelo Banco de leite Humano (BLH) da Maternidade Pública da cidade, a amamentar o bebê de forma correta e pelo maior tempo possível. Os resultados mostram a relevância que a presença de um BLH tem, na conscientização das mulheres quanto à importância da amamentação.

REFERÊNCIAS

AARTS, C.; HORNEILL, A.; KYLBERG, E.; HOFVANDER, Y.; GEBRE-MEDHIN, M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. **Pediatrics** 1999; v. 104, n. 50.



ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005. 540 p.

ALMEIDA, J. A. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ALMROTH, S.; BIDINGER, P. No need for water supplementation for exclusively breast-fed infants under hot and arid conditions. **Trans Royal Soc Med Hygiene**, v. 84, n. 4, p. 602-604, 1990.

ASHRAF, R. N. et al. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. **Acta Paediatr**, v. 82, n. 12, p. 1007-1011, 1993.

AYRES, M.; AYRES-JR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. S. **BioEstat 5.0: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas**. 5. ed. Belém: Sociedade Civil de Mamirauá, 2007. 364 p.

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 5. ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2002. 315 p.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; SEMER, T. C.; TONIOLO FILHO, S.; TOMASI, E.; WEIDERPASS, E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. **Pediatrics** 1995; v. 95:497-9.

BROWN, K. H. et al. Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. **Pediatrics**, v. 83, p. 31-40, 1989.

CARVALHAES, M. A. B. L.; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo, **J Pediatr** (Rio J) 2003; 79:13-20.

DATASUS. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm> Acesso em: 22/11/08.

EUCLYDES, M. P. Aleitamento materno. In: Euclides MP. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2 ed. Viçosa: Suprema; 2000. P. 259-346.

FAÚNDES, A.; CECATTI, G. J. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n 2, p. 1991.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA C. G. **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos**: bases científicas. Brasília: OPS/OMS; 1997.

GOLDBERG, N. M.; ADAMS, E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate-not really a necessity. **Arch Dis Child**, v. 58, p. 73-74, 1983.

GONÇALVES, A. C. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

HOLLEN, B. K. Attitudes and practices of physicians concerning breast feeding and its management. **Env Child Health**, v. 22, p. 288-293, 1976.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER. **Relatório** – Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 185 p.

MONTE, C. M. G. et al. Designing educational messages to improve weaning food hygiene practices of families living in poverty. **Soc Sc Med**, v. 44, p. 1453-1464, 1997.

MORTON, J. A. Ineffective sucking: a possible consequence of positioning. **J Hum Lact** 1992; 8:83-5.

NEWMAN, J. Breast-feeding problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. **J Hum Lact**, v. 6, p. 59-63, 1990.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna. Washington (DC); 1991.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, v.8,n 1, p.113-124, 2008.

RANDOW, A. O. V.; ARRUDA, R. H.; SOUZA, K. A. Ações de Enfermagem na prevenção do desmame precoce. Ver. Edu., Meio Amb. e Saúde, v. 3, n. 1, p. 117-136, 2008.

RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 1992; v. 19, p. 185-9.

SACHDEV, H. P. S. et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. Lancet, v. 337, p. 929-933, 1991.

SALVADOR, B. C.; PAULA, H. A. A.; SOUZA, C. C.; COTA, A. M.; BATISTA, M. A.; PIRES, R. C.; MARTINS, P. C.; COTTA, R. M. M. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.18, n. 3, p. 167-174, 2008.

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

VICTORA, C. G.; BEHAGUE, D. P.; BARROS, F. C.; OLINTO, M. T. A.; WEIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics**, v. 99, p. 445-453, 1997.

VICTORA, C. G.; TOMASI, E.; OLINTO, M. T. A.; BARROS, F. C. Use of pacifiers and breastfeeding duration. Lancet, v. 341, p. 404-406, 1993.

VITOLO, M. R. **Nutrição da Gestação ao Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. 628 p.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION)/UNICEF (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND). **Indicators for Assessing Health Facility Practices that Affect Breastfeeding**. Report of the Joint WHO/UNICEF Informal Interagency Meeting. Geneva: WHO/UNICEF, 1992.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION. BREASTFEEDING AND FOOD SECURITY [internet]. 2008 Jun [acesso em 25 nov. 2013]. Disponível em: <www.waba.org.my/resources/activitysheet/acsh10.htm>

ZIEMER, M.M.; PAONE, J. P.; ACHUPAY, J.; COLE, E. Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. **West J Nurs Res**, v. 12, p. 732-744, 1990.