

Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde

Breastfeeding in premature babies: speech-language and audiology performance based on education for health promotion concepts

Maria da Conceição Carneiro Pessoa de Santana¹

Bárbara Niegia Garcia de Goulart²

Brasília Maria Chiari³

Adriana de Medeiros Melo⁴

Érika Henriques de Araújo Alves da Silva⁴

Abstract *This paper reports an experience of a speech-language and audiology (SLP) team based on health promotion and education to contribute for the maintainance of exclusive breastfeeding in premature newborns in a high-risk maternity. In the process, a multiprofessional group and individual strategies were combined, producing dialogic settings along with puerperals and their families. Exclusive breastfeeding increased comparing with the last three years before these approach and greater participation of the team and relatives involved in these activities since the pregnant admission until discharge. The analysis of the strategies used allowed the team to identify the most effective actions to improve longer lasting exclusive breastfeeding and those that ought to be reformulated. From a theoretical and methodological point of view, this experience also allowed to observe the limits and possibilities of the actions that are related to closer areas of scientific knowledge and the effective promotion of exclusive breastfeeding in transdisciplinary activities. Considering health promotion and education as a discipline, it means that the efforts are highly directed to act on the people knowledge and self-care, mainly to contribute to the development of critical judgment and ability to decide what would be better and possible in health care and in managing of their own lives.*

Key words *Breastfeeding, Premature, Health education, Health promotion, Disease prevention*

Resumo *O artigo relata experiência de atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação em saúde direcionada à promoção do aleitamento exclusivo em prematuros internados em uma maternidade de referência em alto risco. No trabalho desenvolvido, estratégias multiprofissionais realizadas com grupos e de forma individualizada foram combinadas, criando espaços dialógicos com as puérperas e seus familiares e a prevalência de aleitamento materno exclusivo aumentou nos últimos três anos na enfermaria. Houve grande participação dos envolvidos nas atividades propostas, desde a admissão da puérpera na enfermaria ao processo da alta hospitalar. A estratégia adotada permitiu detectar as intervenções mais efetivas e as que deverão ser reformuladas com toda equipe. Do ponto de vista teórico e metodológico, a experiência também permitiu observar os limites e potencialidades de ações que aproximam a área do saber científico e a promoção do aleitamento materno efetiva em atividades transdisciplinares. Considerar a educação em saúde como disciplina de ação significa dizer que o trabalho é dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência. Palavras-chave Aleitamento materno, Prematuro, Educação em saúde, Promoção da saúde, Prevenção de doenças*

¹ Serviço de Fonoaudiologia, Maternidade Escola Santa Mônica, Universidade Estadual de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas. Av. Comendador Leão, s/n, Poço. 57025-200 Maceió AL. cpessoafono@yahoo.com.br

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Universidade Federal de São Paulo.

⁴ Universidade Estadual de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas.

Introdução

Entre os anos setenta e oitenta, a fonoaudiologia foi inserida no sistema público por meio das Secretarias de Educação e Saúde. Os serviços geralmente eram estruturados como consultórios, marcados por práticas reabilitadoras¹. Inicialmente, o fonoaudiólogo tentou adotar a estrutura de atendimento clínico-privado no sistema público, com resultados pouco satisfatórios. A partir disso, novos caminhos foram buscados, a fim de que um melhor desempenho fosse obtido nos vários níveis de atenção à saúde. A atuação fonoaudiológica no contexto da saúde pública implica uma mudança marcada por práticas assistencialistas e reabilitadoras para a capacidade de elaborar e efetivar ações que visem sua solução, bem como adotar medidas preventivas cabíveis, prestando um atendimento de qualidade à população².

Ao longo dos anos, pesquisas no campo da fonoaudiologia comunitária tornaram-se relevantes, com a finalidade de oferecer contribuição para definir melhor o papel e lugar do fonoaudiólogo junto à promoção da saúde da população de maneira reflexiva, consciente, responsável e atuante³.

O profissional de saúde pública deve ter por objetivo a promoção, prevenção e recuperação da saúde fonoaudiológica da população, tendo interesse nos distúrbios que afetam um grupo específico, mas aplicando medidas de caráter comunitário⁴⁻⁶. Para isso, é preciso conhecer as condições de saúde deste grupo, por meio da caracterização da população usuária dos serviços coletivos, mediante estudos epidemiológicos, a fim de elaborar políticas adequadas à população^{5,6}. A ação do fonoaudiólogo no serviço público requer capacidade de percepção das alterações fonoaudiológicas que acometem a população em geral, como também das peculiaridades e dinamicidade da demanda do local onde o profissional está lotado⁴. Os agravos à comunicação humana já foram largamente descritos. Há que evoluir no conhecimento mais detalhado de questões ligadas aos fatores de risco para tais alterações, além dos efeitos destes para o sujeito^{5,6}.

Este artigo se propõe a contribuir com subsídios para a atuação fonoaudiológica diante do aleitamento materno em prematuros, sob a ótica da educação em saúde, por meio de relato de experiência e revisão da literatura indexada e publicada nas bases de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS) e SciELO.

Educação em saúde: emergência de um novo discurso

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas e nos últimos anos vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva⁶.

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destacam-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde devido à particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais⁷. Além disso, os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde. Relacionando as funções de um médico de atenção básica, o autor destaca prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora, ser comunicador e educador em saúde⁸.

Além das melhorias das condições gerais de vida, a implantação de postos de saúde e de puericultura foi decisiva na melhoria dos indicadores de aleitamento materno (AM), pois nesses locais é possível estabelecer ações diretamente desenvolvidas pelo pediatra e sua equipe junto às mães e futuras mães, caracterizando o AM como uma das maiores e mais importantes iniciativas de promoção à saúde⁹.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde¹⁰.

A iniciativa dos profissionais em inserir-se em serviços de saúde que prestavam assistência às classes populares se deu integrada a projetos mais amplos, dentre os quais predominava a metodologia da educação popular. Assim sendo, esta metodologia foi assimilada pelo movimento dos profissionais, constituindo seu elemento estruturante fundamental, e tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, bus-

cam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Pela potencialidade desta metodologia, vislumbra as experiências de educação popular como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida⁷.

A despeito da emergência de um novo discurso no campo da educação em saúde, prevalecem as práticas educativas hegemônicas. Da convivência entre as práticas emergentes e hegemônicas, é possível delinear dois modelos de práticas de educação em saúde, que podem ser referidos como modelo tradicional e modelo dialógico. Estes se encontram em pólos extremos, sendo possível reconhecer modelos intermediários¹¹.

O modelo tradicional, historicamente hegemônico, focaliza a doença e a intervenção curativa e é fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconizando que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde^{5,6,12}. Os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde¹¹. Desta maneira, a relação estabelecida entre profissionais e usuários é essencialmente assimétrica, uma vez que um detém um saber técnico-científico, com *status* de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. A comunicação profissional-usuário caracteriza-se pelo caráter informativo, na qual o primeiro, assumindo uma atitude paternalista, explicita ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Pressupõe-se, ainda, que a partir da informação recebida, os usuários serão capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, bem como poderão assumir novos hábitos e condutas¹².

É importante destacar que a principal crítica a este modelo de educação tem sido a desconsideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos no processo de saúde e doença^{5,6}. Ao tomar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos

são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença, todos estes representantes de formas outras de saber¹³.

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde: o modelo dialógico. Em oposição ao modelo tradicional, trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde¹⁴. Neste sentido, apresentam-se dois princípios básicos na orientação das ações de saúde. Primeiramente, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos, papéis e as condições objetivas em que vivem. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição. Vale ressaltar que apenas com a participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde¹¹.

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços.

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para a promoção da saúde, mas transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde¹⁵.

O *Scientific Group on Research in Health Education* (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde), da Organização Mundial da Saúde (OMS), expandiu essa declaração ao afirmar que “os objetivos da educação em saúde são desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva”¹⁶.

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usu-

ários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e a vinculação com os usuários possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado¹⁵.

Relato de experiência

Junto à equipe da enfermaria canguru, da Maternidade Escola Santa Mônica, referência em alto risco, em Maceió (AL), um processo de trabalho direcionado ao binômio mãe-bebê foi desenvolvido a partir do ano de 2003, baseado no modelo dialógico da educação em saúde. A genitora é encaminhada pela unidade de cuidados intermediários, unidade de terapia intensiva ou pelo alojamento conjunto. Ao ser admitida na enfermaria canguru, esta mãe tem a oportunidade de realizar um diálogo também com o serviço de fonoaudiologia. Nesse momento, uma comunicação começa a ser estabelecida e dados são coletados pelo profissional, que considera todos os saberes, principalmente no que se refere aos mitos, às crenças e experiências relativas ao aleitamento materno. Por meio dessa comunicação dialógica, um diagnóstico da situação começa a ser realizado. São detectadas as possíveis mudanças necessárias e estas construídas por meio do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares. Essa estratégia visa à construção de novos sentidos e significados (individuais e coletivos) sobre o estabelecimento do aleitamento exclusivo que, mesmo com suas vantagens e diversos recursos desenvolvidos para facilitá-lo, é uma prática pouco valorizada no Brasil. Em 2001, os indicadores do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) demonstraram que o índice de aleitamento materno exclusivo foi de 63,3% no Brasil e 49,9% no Estado de Alagoas¹⁷. O fonoaudiólogo, inserido numa equipe interdisciplinar, também é responsável pela mudança desse quadro.

Na enfermaria, a fonoaudiologia, junto com outras profissões (pediatria, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e fisioterapia), realiza ações e estratégias voltadas ao estímulo ao aleitamento materno exclusivo, inclusive durante os horários da alimentação dos recém-nascidos, quando são identificadas difi-

culdades e suporte específico é realizado pela equipe interdisciplinar. Essas ações, entre outras, asseguram a execução do modelo dialógico e participativo, no qual profissionais e usuários atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. Inclusive, é possível perceber que algumas genitoras, já com os seus saberes transformados, começam a ser facilitadoras da promoção do aleitamento materno¹¹.

As palestras educativas referentes à dinâmica da amamentação são ministradas pelas fonoaudiólogas, alunos do estágio curricular e enfermeiras conjuntamente. Consiste em mais um momento da comunicação dialogada desenvolvida nesse processo. Durante essa ação, aborda-se o aleitamento materno, introduzindo-se simultaneamente o diálogo sobre técnicas facilitadoras da realização da pega efetiva do recém-nascido ao peito, levando-se em consideração o fato de que mães de bebês prematuros e de baixo peso podem apresentar barreiras emocionais e psicológicas para iniciar e manter a lactação. Outros temas correlacionados também são abordados, como os hábitos orais deletérios. A família é envolvida em todas as atividades¹⁸.

Por meio do aleitamento materno, o bebê terá melhores condições de estimulação de seu sistema sensorio-motor-oral, pois a extração do leite exige força muscular, aumentando assim a tonicidade muscular, que é questão importante para estimular as funções da fala, expiração e deglutição e para desenvolver as estruturas faciais e orais¹⁹.

Quando o aleitamento materno é substituído por mamadeiras e chupetas, o bebê, além de não ser devidamente estimulado na área sensorio-motora, pode se desinteressar pela sucção do leite materno. A partir deste momento, a musculatura perioral e de língua podem tornar-se hipotônicas, levando a uma alteração na deglutição normal e deformação da arcada dentária e palato, ocasionando mordida aberta frontal ou lateral²⁰. As crianças que são amamentadas no seio possuem menor probabilidade de adquirir hábitos orais nocivos²¹.

Durante todo esse processo de promoção ao aleitamento exclusivo em prematuros, baseado no modelo dialógico, os aspectos culturais também são considerados, além de ser necessário destacar que a prática do aleitamento materno também pode ser influenciada por esses aspectos.

No século XX, houve ascensão do aleitamento artificial e declínio do aleitamento materno, principalmente em decorrência do avanço industrial e do aperfeiçoamento das técnicas de esteri-

lização do leite de vaca, as quais propiciaram produção, em larga escala, de leite em pó industrializado. Somado a isso, a entrada da mulher no mercado de trabalho limitou a possibilidade de amamentação por seis meses, de forma exclusiva, o que favorece o desmame precoce^{22,23}.

A partir de 1980, observa-se que a frequência de crianças em AME (aleitamento materno exclusivo) no final do primeiro mês de vida foi mostrando expressiva elevação em relação ao mesmo período na década de setenta. Essa elevação no percentual de AME é semelhante ou maior que as frequências encontradas em outros estudos realizados no Brasil, nos Estados Unidos, na Noruega e na Nova Zelândia^{24,25}.

Considerando, ainda, que o desmame precoce é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, relacionado a muitos fatores como idade materna, primiparidade, baixo nível de escolaridade, uso precoce de fórmulas lácteas e chupetas, trabalho materno, urbanização, tabagismo, falta de incentivo da família e da sociedade, além de deficiências na atenção à saúde²⁴ e a condições de parto²⁶, as características socioculturais, demográficas e epidemiológicas das genitoras atendidas no serviço é considerada, principalmente no que se refere à linguagem utilizada nas conversas e trocas de experiências entre a equipe de saúde e as puérperas.

Desta forma, inserida nas ações de educação em saúde, a atuação fonoaudiológica na enfermaria canguru da Maternidade Santa Mônica pode ser representada por cinco atividades:

- a) estimulativa: busca atrair a genitora para participar do processo educativo;
- b) exercitativa: condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências;
- c) orientadora: enfoca os aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência;
- d) didática: responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos;
- e) terapêutica: permite retificar os eventuais descaminhos do processo educativo.

No ano de 2004, das 140 mães que receberam alta hospitalar, 100 (71,43%) estavam amamentando exclusivamente. Em 2005, das 143 que receberam alta, 128 (89,51%) estavam em aleitamento exclusivo e, no ano de 2006, das 210 altas hospitalares, 194 (92,3%) genitoras amamentavam exclusivamente seus bebês ao seio.

O aleitamento materno em prematuros, após inserção das facilitações baseadas na educação permanente, passou a ser discutido por toda a equipe. Cada profissional detecta aspectos perti-

nentes a sua área e, a partir da discussão com a equipe, repassa o conhecimento das demandas apresentadas aos outros profissionais. Encontram-se também descritos na literatura baixos índices de desmame precoce na referida enfermaria canguru, no ano de 2006²⁷.

Após alta hospitalar, o recém-nascido continua sendo acompanhado periodicamente durante o primeiro ano de vida, no ambulatório de egresso. Toda a equipe encontra-se à disposição para quaisquer necessidades apresentadas pelo recém-nascido e sua família.

Implantar medidas de estímulo ao AM, como o contato precoce após o parto, a orientação de atitudes e comportamento dos familiares, a ampliação dos conhecimentos sobre leite materno e amamentação, o afastamento de hábitos nocivos e a facilitação no acesso aos serviços de saúde, constituem parte indispensável do esforço que deve ser dispendido por todos que cuidam da saúde da criança e da lactante²⁸.

Considerações finais

No desenvolvimento de um processo de trabalho baseado no pressuposto de que uma comunicação efetiva entre a equipe de saúde e os usuários do serviço de saúde é fundamental, percebeu-se que um dos principais passos para assistir a mãe que amamenta é avaliar seu sentimento a respeito do aleitamento.

Os encontros educativos devem ser oferecidos não apenas às nutrizes, mas aos familiares, que devem estar envolvidos ativamente na promoção do aleitamento materno exclusivo em prematuros. É importante haver um estreitamento de relacionamento entre a nutriz, sua família e a equipe interdisciplinar, para que haja segurança, confiança e conseqüente sucesso nesse processo.

Também é de fundamental importância que esse apoio continue após a alta hospitalar, o que ainda é um grande desafio na atuação fonoaudiológica (e da equipe que atua para a promoção do AME). A proposta da atuação relatada está fundamentada na Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), preconizada pelo Ministério da Saúde, a qual objetiva trazer mudanças no modelo de atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando estratégias que possibilitem melhorias em relação ao contato humano entre os profissionais, pacientes e seus familiares, contribuindo para que as pressupostos de integralidade e equidade sejam fortalecidos.

Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, tem-se discutido sobre a consideração dos determinantes psicossociais e culturais nas práticas de educação em saúde. Propõe-se que estas sejam sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários. Para tanto, reconhece-se a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e a adoção de uma comunicação dialógica.

Espera-se que o conteúdo deste relato de experiência seja um estímulo ao debate, à reflexão, a propostas e ações para além dos processos de prevenção a doenças e promoção da saúde, ampliando-se na direção da formação de pessoas comprometidas com a luta contra as desigualdades sociais e em busca de encontros humanos mais solidários.

Considerar a educação em saúde como disciplina de ação significa dizer que o trabalho é dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência.

Colaboradores

MCC Pessoa-Santana, AM Melo e EHAA Silva realizaram a pesquisa bibliográfica e redação inicial do artigo; BNG Goulart e BM Chiari supervisionaram a redação do relato do estudo, redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Marin CR, Chun RYS, Silva RC, Fedosse E, Leonelli BS. Promoção da saúde em fonoaudiologia: ações coletivas em equipamentos de saúde e de educação. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2003; 8(1):35-41.
2. Freire RM. Fonoaudiologia em saúde pública. *Rev Saude Publica* 1992; 26:179-184.
3. Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrb Commun*. 2004; 16(1):107-116.
4. Gonçalves MS, Tochetto TM, Primo MT. Fonoaudiologia e saúde coletiva: prioridades detectadas pelos usuários de unidades básicas de saúde. *Rev Fonoaudiol Bras* 2005; 3(2):1-3.
5. Goulart BNG, Chiari BM. Construção e aplicação de indicadores de saúde na perspectiva fonoaudiológica – contribuição para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2006;11(3):194-204.
6. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Cien Saude Colet* 2007; 1:405.
7. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.11-19.
8. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 233-300.
9. Buss PM. Promoção da saúde na infância e adolescência. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2001; 1:279-282.
10. Costa M, López E. *Educación para la salud*. Madrid: Pirâmide; 1996. p. 25-58.
11. Briceño-Léon R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saude Publica* 1996; 12(1):7-30.
12. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. Inorganizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 115-136.
13. Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2): 423-425.
14. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
15. L'abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad Saude Publica* 1994; 10(4):481-490.
16. Granzoto J, Bertoni A, Vecchi A, Rodrigues E. A importância do incentivo pré-natal na amamentação de primíparas. *J. Pediatr*. 1992; 68:34-37.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *SIAB: indicadores 2001*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
18. Buhler KEB, Limongi SCO. O uso do copinho como método de alimentação de recém-nascidos pré-termo: revisão de literatura. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2004; 9(2):115-121.
19. Luiz Antonio Del Ciampo, Marcelo José Guimarães Junqueira, Rubens Garcia Ricco, Júlio Cesar Daneluzzi, Ivan Savioli Ferraz, Carlos Eduardo Martinelli Júnior. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2006; 6(4):13-18.
20. Heath AL, Tuttle CR, Simons MS, Clegghorn CL, Parnell WR. A longitudinal study of breastfeeding and weaning practices during the first year of life in Dunedin, New Zealand. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 937-943.
21. Tu P. The effects of breastfeeding and birth spacing on child survival in China. *Stud Fam Plann* 1989; 20:332-342.
22. Issler H. Aleitamento materno: dificuldades e propostas. *Rev Bras de Medicina* 1987; 44:282-283.
23. Forman MR. Review of research of the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics* 1984; 74:667-694.
24. Li R, Zhao Z, Mokdad A, Barker L, Grummer-Strawn L. Prevalence of breastfeeding in the United States: The 2001 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2003; 111:1198-1202.
25. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, Tomikawa SO. Aleitamento materno e condições sócioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2002; 2(3):253-261.
26. Alves AML, Silva, EHAA, Oliveira, AC. Desmame precoce em prematuros participantes do método mãe canguru. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007; 12(1):23-28.
27. Rezende MA. SOS respirador bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(1):139.
28. Legovic M, Ostric L. The effects of feeding methods on the growth of the jaws in infants. *J Dent Child* 1991; 58(3):253-255.

Artigo apresentado em 13/12/2007

Aprovado em 29/10/2008

Versão final apresentada em 14/11/2008