

O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil

Juliana Cristina dos Santos Monteiro¹

Ana Márcia Spanó Nakano²

Flávia Azevedo Gomes³

Resumo

Revisa-se a evolução histórica da prática da amamentação e as causas do desmame precoce no Brasil. A análise da literatura sugere que o sucesso da amamentação depende de três elementos: manejo adequado da técnica, percepção da importância de amamentar e decisão de fazê-lo na mãe.

Palavras-chave: aleitamento materno; desmame; saúde materno-infantil.

La lactancia materna como una práctica construida. Reflexiones sobre la evolución histórica de la lactancia y el destete en Brasil

Resumen

Se revisa la evolución histórica de la práctica de amamantamiento y las causas del destete precoz en el Brasil. El análisis de la literatura sugiere que el éxito del amamantamiento depende de tres elementos: manejo adecuado de la técnica, percepción de la importancia de amamantar y decisión de hacerlo en la madre.

Palabras clave: lactancia materna; Destete; Salud materno-infantil.

Breastfeeding as a constructed practice: Reflection's about breastfeeding and weaning historical evolution in Brazil

Abstract

The historical evolution of breastfeeding practices and the causes of early weaning in Brazil are reviewed in the paper. Literature analysis suggests that breastfeeding success depends on three elements: Correct management of the technique, perception of breastfeeding importance, and the mother's decision to do it.

Key words: breast feeding; weaning; maternal and child health.

1 Enfermeira obstétrica. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. email: jumonte@eerp.usp.br.

2 Enfermeira obstétrica. Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. email: nakano@eerp.usp.br

3 Enfermeira obstétrica. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. email: flagomes@eerp.usp.br

Subvenciones y ayudas: apoyo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Conflictos de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 13 de abril de 2010.

Fecha de aprobado: 16 de mayo de 2011.

Cómo citar este artículo: Monteiro JCD, Nakano AMS, Gomes FA. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. Invest Educ Enferm. 2011;29(2): 315–321.

Introdução

A Organização Mundial e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) recomendam que todos os bebês sejam amamentados com leite materno exclusivamente até o sexto mês de vida; depois disso o aleitamento materno deve ser complementado com outros alimentos até 2 anos ou mais.¹ Esta recomendação também é adotada oficialmente no Brasil.² No entanto, em todo o mundo, apenas 35% de crianças recebem aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro meses de vida.³ No Brasil, dados coletados na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS-2006 demonstraram que a duração mediana de aleitamento materno exclusivo no Brasil, foi de 1.4 meses.⁴

Os motivos alegados pelas mães para o desmame precoce tem como justificativa de maior frequência a inadequação da quantidade ou da qualidade do leite produzido.⁵⁻⁸ Entretanto, considerando que o índice de hipogalactia é muito baixo na população, não ultrapassando 1.5%, e que a produção de leite de baixo valor nutricional é situação muito rara,⁹⁻¹⁰ as alegações maternas de leite insuficiente não se sustentam como motivo 'real' para a introdução de outro tipo de leite ao lactente, sendo, na verdade, motivos 'percebidos' por estas mulheres.⁸

Assim, a proposta deste artigo é trazer algumas reflexões sobre a prática da amamentação partindo da questão: o desmame precoce é uma realidade que se configura como própria do mundo contemporâneo? A busca pela real causa do desmame precoce nos coloca diante de um fenômeno complexo que perpassa fatores diversos e de dimensões que vão além do determinismo biológico da lactação. Além do substrato anatômico e fisiológico, o fenômeno do aleitamento materno é dependente de fatores psicológicos, sociais e culturais. Entendemos que seja importante compreender a amamentação enquanto uma prática construída, conjugando os componentes biológicos aos elementos mais subjetivos da experiência da mulher ante a esta prática primordial de alimentação infantil.

Esta reflexão teórica é resultante de estudos que analisam a prática da amamentação ao longo dos tempos e a conseqüente institucionalização da prática do aleitamento materno como essencial à sobrevivência da criança e de responsabilidade da mulher/mãe.

Olhar histórico sobre o aleitamento materno

No que tange ao aleitamento materno, fatores socioeconômicos, culturais, geográficos, demográficos, psicológicos e resultantes da interação entre mãe e filhos atuam conjuntamente, e refletem no interesse materno e na qualidade da alimentação infantil. É preciso considerar ainda que, no saber popular sobre alimentação infantil, as mulheres sempre participaram da construção deste senso comum ao longo da sua trajetória,¹¹ mesmo que muitas vezes esta participação tenha sido desconsiderada ou desvalorizada. A construção e aprendizagem sobre dieta infantil podem acontecer pela experiência de vida e pela observação de alguém da família preparando a alimentação da criança pequena.

Desde os primórdios as mulheres procuram um substituto satisfatório para o leite humano, o que pode ser comprovado por objetos arqueológicos de 2000 A.C., como vasilhas e xícaras com biqueiras, encontrados em túmulos de crianças e que certamente serviam para alimentá-las.¹² A mamadeira já era conhecida na Grécia e na Itália em 4000 A.C., e também no Egito por volta de 888 A.C. Não se sabe ao certo qual seria o conteúdo destas mamadeiras, mas pelos registros históricos pode-se dizer que, quando um bebê não era amamentado por sua mãe, ele recebia o leite materno de outra mulher ou, em raras ocasiões, de outros animais, como vaca, cabra e ovelha.¹³ O período até o século XVIII foi pouco documentado no que diz respeito à alimentação da criança, mas por registros em diários particulares, sabe-se que durante o século XVI as mulheres amamentavam seus filhos. No entanto, no século XVII as crianças eram consideradas seres imperfeitos, geradas pelo pecado original e, devido a isto, eram

tratadas com indiferença, rejeição e muitas vezes abandonadas.¹⁴

Neste contexto, a prática de alimentar as crianças era através da amamentação mercenária, ou seja, o envio das crianças para serem amamentadas por amas-de-leite generalizou-se no período em toda a Europa, principalmente na França. Vale considerar que pelos valores sociais dominantes na época, a criança era um ser insignificante, um estorvo, não requerendo de cuidados específicos, não existia o amor materno. As mulheres das classes altas as quais entregavam seus filhos ao cuidado das amas de leite o faziam por acreditar estar fazendo o melhor para eles e para si, pois a prioridade era manter as relações conjugais ante ao exercício das funções maternas.¹⁴

No Brasil, a construção da alimentação infantil sofreu influências políticas, econômicas e culturais, incluindo o tipo de colonização ocorrida, e os hábitos alimentares conjugaram aspectos indígenas, europeus e africanos.¹⁵ Até os séculos XVI e XVII o aleitamento materno das tribos Tupinambás brasileiras não havia sofrido influência européia. Com a colonização, as portuguesas trouxeram o hábito da utilização das amas-de-leite, sendo este papel exercido pelas escravas negras.¹⁶ A dieta da criança, que não tinha qualquer distinção da dieta dos adultos entre os colonizadores europeus, passou a contar com papas e alimentos semi-sólidos, com a influência das mulheres africanas.¹⁷

Em meados do século XVIII, o médico inglês Cadogan defendia o aleitamento natural, fixando horários regulares durante 24 horas, para as mamadas, que deveriam ser em número de quatro apenas, iniciando assim, a rigidez de horários para o aleitamento materno, que ainda hoje é seguido por algumas mulheres.¹³ No entanto, com a constatação de que as mulheres recusavam-se a amamentar seus filhos, em 1784 surge a primeira recomendação do médico inglês Underwood, para se utilizar o leite de vaca ao invés do leite humano.

Neste mesmo período, século XVIII, os índices de mortalidade infantil elevaram-se na Europa, fato este justificado pela entrega das crianças aos cuidados das amas-de-leite.¹⁴ Inicia-se, na Europa, articulações para que se realizem campanhas a

fim de abolir o costume de entregar as crianças para serem criadas por amas-de-leite. O contexto deste acontecimento é marcado por três movimentos sociais distintos que se desencadearam nos séculos XVII, XVIII e XIX: a urbanização, a implantação do sistema capitalista de produção e a formação e consolidação dos estados nacionais, marcada pela Revolução Francesa.¹⁸ Os estados nacionais nascentes precisavam expandir sua população para o trabalho militar e econômico, a autoridade médica começava a substituir os curandeiros e parteiras leigas e o movimento intelectual, no âmbito do Iluminismo, contribuíram para que o papel da mulher como mãe fosse defendido, configurando um novo estatuto da maternidade, naquele momento.¹⁹

Assim, no que tange ao aleitamento materno e à alimentação da criança, as transformações sociais, econômicas, científicas e políticas ocorridas no século XVIII e XIX levaram à “politização” do corpo feminino, pois as mulheres, que deveriam ser as cuidadoras da prole, passam a ser responsabilizadas pela sobrevivência das crianças.^{18,20}

A normatização da sociedade no século XIX reiterou as desigualdades hierárquicas: mulheres e crianças eram o foco de atenção, devendo obedecer e seguir as normas do Estado de cunho sanitário e moral.²¹ Configurava-se, assim, a puericultura, resultante de um grande projeto do Estado, o de regular todos os atos da vida, inclusive os mais íntimos e os mais privados, os que se realizam no seio da família.²²

A temática central da puericultura, nascida no final do século XIX, era a alimentação em geral, particularmente, o aleitamento materno: as relações e as práticas das mães para com os filhos deveriam seguir normas rígidas, baseadas nas noções de fisiologia e as regras higiênicas. Vigorava, portanto, a noção de universalidade de que toda mulher é anatomicamente e fisiologicamente capacitada para amamentar seus filhos. A puericultura deu “início ao processo de desapropriação do saber popular sobre alimentação infantil pelas ciências médicas”.¹¹ De maneira estratégica, o saber científico da medicina utilizou o aleitamento materno e a alimentação infantil para produzir novos comportamentos na vida da mulher.²¹

Fator importante a ser considerado foi a noção de “leite fraco” incorporada no início do século XX como justificativa para desmame. A dificuldade de explicar a falta de êxito de algumas mães em amamentar levou à construção social da hipogalactia como um fator explicativo do desmame. Este era um argumento reconhecido cientificamente, que não tornava as mulheres culpadas pelo fracasso na amamentação diante da sociedade e dos profissionais de saúde, sendo assimilado amplamente e utilizado até hoje.¹⁰ Já no início do século XX, a institucionalização do nascimento e parto influenciou no aleitamento materno, contribuindo para a introdução precoce de outros alimentos na dieta do bebê e levando ao desmame. A mulher, que antes recebia e cuidava do bebê imediatamente após o parto, passa a ter um período de separação entre seu filho. A permanência do recém-nascido em berçários impunha um horário rígido para a amamentação, o que poderia não ser adequado às necessidades da criança. Isto condicionava a complementação ou suplementação das mamadas ao seio com água glicosada, ou mesmo outros leites,²³ desestimulando a lactação eficiente e provocando o desmame precoce.²⁴

Neste contexto, temos que considerar também o papel das indústrias de leite em pó, que impulsionaram as mudanças na alimentação do lactente. Com a descoberta, em 1838, que o leite de vaca era mais rico em proteína do que o leite materno, o discurso em favor do leite de vaca passou a prevalecer nas questões sobre nutrição. A partir daí, as descobertas do leite condensado, da evaporação do leite de cabra e o estudo da composição do leite humano favoreceram a produção do leite artificial e, nas primeiras décadas do século XX, as indústrias americanas já se destacavam na produção do substituto do leite materno.¹³ Neste período há um desestímulo ao aleitamento materno. De forma gradativa, ao longo do século XX a mulher se afastou da função de nutriz, devido à desvalorização da prática de amamentar pelos próprios profissionais de saúde, práticas hospitalares inadequadas principalmente no puerpério, pressões comerciais das indústrias de leite e produtos alimentícios, mudanças no estilo de vida da mulher e falta de orientações e informações corre-

tas sobre esta questão.²⁵ Além disso, as mudanças na família nuclear, dificultando a transmissão natural dos costumes antigos e modo de alimentação da criança, entre outros fatores, levaram ao decréscimo do aleitamento materno, contribuindo para o aumento da morbi-mortalidade infantil.²⁶ No período de 1961 a 1973 o desmame precoce, associado a outros fatores como a má nutrição infantil, elevaram a taxa de mortalidade infantil em até 45% em nosso país.²⁷

Frente a esta realidade, assistiu-se mais uma vez a um movimento de retomada ao aleitamento materno, o que constituiu a tônica das ações do período que se segue aos dias atuais. No Brasil, a preocupação com esta situação foi oficializada com a representação do governo na Reunião Conjunta da OMS/UNICEF Sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, em 1979 que culminou na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. A partir daí, em 1980, inicia-se uma campanha em nosso país, a fim de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação e líderes comunitários para atuarem em favor do aleitamento materno, o que levou ao lançamento Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) no ano de 1981.²⁸ Os aspectos mais importantes do PNIAM foram: ter uma coordenação nacional, utilizar a mobilização social e realizar campanhas bem elaboradas na mídia. A partir daí, várias outras políticas começaram a ser implementadas em âmbito nacional como: a Portaria sobre Alojamento Conjunto (1981); início da implantação da Rede de Bancos de Leite Humano (1985); modificação na Constituição Brasileira em 1988, ampliando para 120 dias a licença maternidade, (atualmente ampliada para 180 dias - sancionada pelo governo federal em 2008) e garantindo ao pai o direito a cinco dias de licença paternidade; aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes.

Além disso, vimos acontecer no país: a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, no Brasil desde 1992; a comemoração da Semana Mundial do Aleitamento Materno, também iniciada em 1992; o Premio Galba de Araújo, instituída pelo Ministério da saúde em 1999, que reconhe-

ce os serviços de saúde que se destacam na assistência obstétrica e neonatal humanizada, entre outras políticas; cursos de aconselhamento para profissionais de saúde e de sensibilização para gestores, iniciada em 1996; cursos de aconselhamento para mães HIV positivas, aconselhamento sobre alimentação complementar.^{28,29} Além destas políticas, em 1999, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro lançou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), recebendo em seguida, investimentos do Ministério da Saúde, para aperfeiçoar e viabilizar a sua implementação em todo o país.³⁰ Recentemente, em 2008, foi lançado pelo Ministério da Saúde o projeto Rede Amamenta Brasil, também voltada para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na rede de atenção básica.³¹ Com a implementação destas políticas e programas, a duração mediana da amamentação que na década de 1970 era de 2.5 meses,³² passa a ser de 10 meses em 1999, dados da Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal, realizada pelo Ministério da Saúde.²⁸ Entretanto, o Brasil ainda está longe de alcançar o recomendado pela OMS.

Diante da trajetória histórica e social apresentada identificamos que a amamentação se constitui de uma prática variável, na dependência de interesses e valores sociais, políticos e econômicos de cada época e contexto.¹⁴ Nesta trama de interesses a mulher tornou-se objeto de investidas no sentido de moldar seus desejos e comportamentos ante a função de amamentar.

Tanto no discurso oficial dos programas e políticas públicas como na sociedade em geral, a mulher tem o dever de amamentar por ter atributos físicos (útero, mamas) que determinam a função materna (gerar, parir, amamentar). Os documentos oficiais sobre aleitamento materno têm implementado ações de incentivo que impõem a prática do aleitamento materno à mulher, sem permitir qualquer questionamento quanto às possibilidades de realização.²¹ A produção do leite é valorizada tanto pelos profissionais de saúde como pela nutriz, o que evidencia a capacidade que a mulher tem para fornecer o leite materno para alimentar o recém-nascido.^{33,34}

Neste sentido, a atuação dos profissionais de saúde junto às mulheres que iniciam a experiência de amamentação se limita, na maioria das vezes, em contemplar os aspectos técnicos e normativos que conformam as ações dos programas de incentivo ao aleitamento materno.^{35,36} Desta maneira, muitas vezes as mulheres não encontram o apoio que necessitam dos serviços de saúde para continuarem a amamentação até o período preconizado, o que pode gerar a insegurança e a dúvida entre o que foi orientado pelo profissional e o que é apresentado na sua realidade, causando angústias e preocupações por sentirem-se responsabilizadas pela saúde de seus filhos.³⁷

Considerações

O desmame é uma realidade histórica e que guarda contornos próprios nos diferentes tempos históricos sociais. Jogar sobre as mulheres a responsabilidade e culpa dos insucessos da amamentação impossibilita a compreensão da integralidade de fatores que envolvem a problemática do desmame. Na atualidade, a humanização da assistência em saúde tem a finalidade de tornar a mulher sujeito de suas escolhas. Num movimento inverso do que era preconizado até pouco tempo, tenta-se resgatar a participação efetiva das mulheres e sua família nos assuntos que envolvem a maternidade. No entanto, a hegemonia biomédica continua ditando os saberes científicos que, muitas vezes, estão distantes do campo de escolha e de possibilidade das mulheres, sendo contraditório aos seus conhecimentos.^{38,39}

Percebemos que muitos conceitos e práticas, que foram preconizadas por muito tempo, se tornaram ultrapassados, como os horários rígidos para as mamadas ao seio, o uso de água e chás nos primeiros meses de vida, a introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança.⁴⁰ Contudo, as ações de incentivo ainda priorizam as crianças e ressaltam as características do corpo feminino para exercer a função de nutriz. As mulheres ainda não são chamadas a dialogar sobre suas condições concretas para amamentar e realizar a alimentação da criança, o que pode levar à insegurança e incerteza ao realizar esta prática e

avaliar se suas condutas estão sendo a contento, tanto para elas quanto para seus filhos.

Considerando que o curso da amamentação não depende exclusivamente do manejo das técnicas da amamentação, entendemos que os significados que as mulheres atribuem às diferentes situações que compõem a experiência da amamentação deve ser considerada, pois elas estão envolvidas diretamente no preparo e realização da alimentação da criança. Assim, acreditamos que o maior entendimento sobre os fatores que influenciam a percepção materna e a decisão adotada diante do curso da amamentação se faz necessário. Para tanto, é importante o incentivo a novas pesquisas e implementação de práticas que permitam escolhas informadas pelas mulheres que passam por esta experiência. Este conhecimento poderá contribuir para as ações dos profissionais de saúde junto às mulheres que amamentam, na tentativa de prevenir o desmame precoce e a alimentação inadequada do lactente e diminuir a morbi-mortalidade infantil.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Manual Técnico. Genebra: OMS/UNICEF; 1993.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de aleitamento materno: normas técnicas. Brasília: Coordenação Materno-Infantil; 1997. 51p.
3. World Health Organization. The food and nutrition program. Geneva: WHO; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 300p.
5. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S et al. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2002;2(3):253-61.
6. Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003;11(3):287-92.
7. Volpini CCA, Moura EC. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Rev Nutr.* 2005;18(3):311-9.
8. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(1):62-9.
9. Akre J. Alimentação infantil: bases fisiológicas. Genebra: OMS; 1997. 89p.
10. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza – cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 166p.
11. Takushi SAM, Tanaka ACA, Gallo PR, Bresolin AMB. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006;6(2):115-25.
12. Grant DM. Breast-feeding maybe a diving “art”. *Can Nurse.* 1968; 64:45-7.
13. Rea MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. *Rev Saúde Públ.* 1990; 24(3):241-9.
14. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. 5ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985. 370p.
15. Turano W, Almeida CCC. Educação nutricional. In: Gouveia ELC. Nutrição, saúde e comunidade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p.57-77.
16. Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe; 1997. 268p.
17. Freyre G. Casa-grande e senzala. 47ª ed. Rio de Janeiro: Global; 2006. 752 p.
18. Meyer DE. As mamas como instituintes da maternidade: uma história do passado? *Educ Realidade.* 2000;25(2):1-18.
19. Schiebinger L. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: Porter R, Teich M, organizadores. Conhecimento sexual, ciência sexual: A história das atitudes em relação à sexualidade. São Paulo: UNESP; 1998. 482p.
20. Yalom M. A História do seio. Lisboa: Teorema; 1998. 366p.

21. Moreira KFA, Nakano AMS. Aleitamento materno: instintivo? Natural? O paradigma biológico X os direitos reprodutivos em discussão. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(6):685-90.
22. Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira [Dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 1990. 320p.
23. Avery GB. Neonatologia: Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1984. 1035p.
24. Marcondes E. Pediatria básica. 8ª ed. São Paulo: Sarvier; 1991. 1790p.
25. Silva L, Vieira G, Dias CPF, Diniz-Santos DR, Ferraz F, Carneiro G et al. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. *R Ci méd biol.* 2005;4(3):187-94.
26. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2002;10(4):578-85.
27. Züñiga HPP, Monteiro CA. Uma nova abordagem para a ascensão da mortalidade infantil da cidade de São Paulo nos anos 60. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil: evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec/Nupens; 2000. p.157-72.
28. Rea MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(supl 1):S37-S45.
29. Maia MGM, Tavares-Neto J, Rego RCF, Muniz PT. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, da cidade de Rio Branco (Acre). *Rev. baiana saúde pública.* 2006;30(1):129-40.
30. Oliveira MI, Camacho LA, Souza IE. Promoção, proteção e apoio a amamentação na atenção primária a saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(6):1901-10.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Rede Amamenta Brasil: caderno de tutores. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 122p.
32. Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev bras epidemiol.* 1998; 1(1):40-9.
33. Bagnoli VR, Fonseca AM. Patologias da produção láctea: problemas anatômicos e endocrinológicos. In: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p.307-10.
34. Silva IA. Amamentação na perspectiva da mulher. In: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p.3-7.
35. Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". *Cad Saúde Pública.* 2003;19(supl 2):S355-S63.
36. Nakano MAS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(2):230-8.
37. Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino [Tese Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1996. 170p.
38. Ryan KM, Grace VM. Medicalization and women's knowledge: the construction of understandings of infant feeding experiences in post-WW II New Zealand. *Health Care Women Int.* 2001;22(5):483-500.
39. Tornquist, CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Estud Fem.* 2002;10(2): 483-92.
40. Giugliani ERJ, Giugliani C. Alimentação da criança pequena. In: Duncan BB, Giugliani ERJ, Schimidt MI. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1990. 495p.