

Importância do aleitamento materno para o amadurecimento dos órgãos fonoarticulatórios: uma revisão literária

Importance of breastfeeding for the maturation of phonoarticulatory bodies: a literary review

DOI:10.34117/bjdv7n5-298

Recebimento dos originais: 07/04/2021

Aceitação para publicação: 14/05/2021

Amanda Domingues Severino

Discente de medicina

Universidade Brasil

Endereço: Travessa Antônio Martins de Sousa nº84 Ap. 12, Santa Helena-
Fernandópolis SP, 15607120

E-mail: manda.domingues@hotmail.com

Bianca Benito Caricilli

Discente de medicina

Universidade Brasil

Endereço: Rua Paraná nº 576 Ap. 4063, Agua vermelha- Fernandópolis SP, 15600091

E-mail: biacaricilli@hotmail.com

Marluane Cini Borges

Residência medica de pediatria Universidade Brasil

Santa Casa de Fernandópolis

Endereço: praça Benedito castrequini 457, Centro. Mira Estrela SP

E-mail: marluaneborges@gmail.com

Wilson Rodrigo Magosso

Discente de medicina

Universidade Brasil

Endereço: Estrada projetada F-1 .s/n - fazenda Santa Rita - Fernandópolis SP, 15600-000

E-mail: wilsonmagosso@hotmail.com

João Paulo Quirino da Silveira Ribeiro

Discente de medicina

Universidade Brasil

Endereço: Estrada projetada F-1 .s/n - fazenda Santa Rita - Fernandópolis SP, 15600-000

E-mail: tocasilveira_@hotmail.com

Rafaela Caffarena Franco

Discente de medicina

Universidade Brasil

Endereço: Estrada projetada F-1 .s/n - fazenda Santa Rita - Fernandópolis SP, 15600-000

E-mail: rafah_caffarena@hotmail.com

Lahis Mourão Teodora dos Santos

Discente de medicina
Universidade Brasil

Endereço: Estrada projetada F-1 .s/n - fazenda Santa Rita - Fernandópolis SP, 15600-000

E-mail: lahismourao@gmail.com

Marcelo de Paula Carvalho

Discente de medicina
Universidade Brasil

Endereço: Estrada projetada F-1 .s/n - fazenda Santa Rita - Fernandópolis SP, 15600-000

E-mail: marcelodepaulacarvalho@gmail.com

Amanda Oliva Spaziani

Médica, residente de ortopedia e traumatologia.
Hospital Ensino Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis
Endereço: Av Afonso Cafaro, Fernandópolis, SP – 15600-000
E-mail: spazianimedicina@gmail.com

RESUMO

O aleitamento materno é defendido por estudos e instituições da área, uma vez que o leite materno fornece os nutrientes essenciais para o bebê, o toque físico entre mãe-bebê desenvolve uma relação cognitiva e a movimentação da amamentação auxilia no desenvolvimento de alguns sistemas e funções motores do bebê como o amadurecimento do sistema fonoarticulatório. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral apresentar o aleitamento materno e sua contribuição para o desenvolvimento e saúde do bebê. Optou-se pelo método de revisão bibliográfica para desenvolvimento da pesquisa. Conclui-se que a amamentação materna é essencial para o amadurecimento ideal do sistema fonoarticulatório em bebês.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Articulação fonoaudiológica, Sistema fonoarticulatório.

ABSTRACT

Breastfeeding is advocated by studies and institutions in the area, since breastmilk provides essential nutrients for the baby, the physical touch between mother and baby develops a cognitive relationship and the movement of breastfeeding helps in the development of some systems and functions baby's engines as the maturation of the speech-language system. In this sense, the present work has the general objective of presenting breastfeeding and its contribution to the baby's development and health. The bibliographic review method was chosen for the development of the research. It is concluded that maternal breastfeeding is essential for the ideal maturation of the phonoarticulatory system in babies.

Keywords: Breastfeeding, Speech therapy articulation, Phonoarticulatory system.

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno, também conhecido como amamentação, é a alimentação por meio do leite do seio de uma mulher. Os profissionais de saúde recomendam que a amamentação comece dentro da primeira hora da vida e continue conforme o desejo do bebê (BUENO e TERUYA, 2015).

Durante as primeiras semanas de vida, os bebês podem ser amamentados a cada duas ou três horas com a duração de dez a quinze minutos em cada mama. As crianças mais velhas alimentam-se com menos frequência. As mães podem bombear o leite para que ele possa ser usados mais tarde quando a amamentação não for possível. A amamentação tem vários benefícios para a mãe e para o bebê, que a fórmula infantil não possui (ALVES, MOULIN e SANTOS, 2015).

A amamentação diminui o risco de infecções do trato respiratório e diarreia, tanto em países em desenvolvimento como em desenvolvidos (ROZ, 2016). Outros benefícios incluem menores riscos de asma, alergias alimentares, diabetes tipo 1 e leucemia. A amamentação também pode melhorar o desenvolvimento cognitivo e diminuir o risco de obesidade na idade adulta (BOCCOLINI et al., 2017).

Desta maneira, o presente trabalho objetiva apresentar o aleitamento materno e sua contribuição para o desenvolvimento e saúde do bebê.

2 METODOLOGIA

O método utilizado na elaboração do presente trabalho foi a revisão literária que consiste na pesquisa e análise dos principais assuntos sobre a temática abordada e da prática de suas atividades, existentes na bibliografia já publicada nas bases de dados: Scielo, Pubmed e Google Acadêmico. Foram selecionados 12 artigos por meio das palavras-chave: aleitamento materno, amamentação e alimentação infantil. Foram excluídos do estudo os trabalhos incompletos e com conflitos de interesses. Por fim, utilizou-se a leitura analítica, a fim de ordenar o material disponível para obter a respostas aos questionamentos levantados nessa pesquisa.

3 RESULTADOS

Nem todas as propriedades do leite materno são compreendidas, mas seu conteúdo de nutrientes é consistente. O leite materno é composto por nutrientes da corrente sanguínea da mãe e reservas corporais. Tem quantidades de gordura, açúcar,

água e proteína de forma ideal que é necessário para o crescimento e desenvolvimento do bebê (BOCCOLINI et al., 2017).

A amamentação desencadeia reações bioquímicas que permitem que as enzimas, hormônios, fatores de crescimento e substâncias imunológicas se defendam efetivamente contra doenças infecciosas para o lactente. O leite materno também tem ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa que ajudam na retina e no sistema neural em desenvolvimento (BECKER, SMITH e COONEY, 2015).

A composição do leite materno muda dependendo de quanto tempo o bebê amamenta em cada sessão, assim como da idade da criança. O primeiro tipo, produzido nos primeiros dias após o parto, é chamado de colostro. O colostro é de fácil digestão, embora seja mais concentrado do que o leite maduro. Tem um efeito laxante que ajuda a criança a passar as fezes precocemente, auxiliando na excreção do excesso de bilirrubina, o que ajuda a prevenir a icterícia (ROZ, 2016).

Também ajuda a selar o trato gastrointestinal de crianças a partir de substâncias estranhas, o que pode sensibilizar o bebê para alimentos que a mãe comeu. Embora o bebê tenha recebido alguns anticorpos através da placenta, o colostro contém uma substância que é nova para o recém-nascido, secretora imunoglobulina A (IgA). IgA trabalha para atacar germes nas membranas mucosas da garganta, pulmões e intestinos, que são mais propensos a ser atacados por germes (BODE, 2015).

Os seios começam a produzir leite maduro por volta do terceiro ou quarto dia após o nascimento. No início de uma sessão de amamentação, os seios produzem leite essencial, um leite mais fino contendo muitas proteínas e vitaminas. Se o bebê continuar amamentando, então o leite posterior é produzido (VICTORA et al., 2016).

Alterações no início da gravidez preparam o seio para a lactação. Antes da gravidez, a mama é amplamente composta de tecido adiposo (gordura), mas sob a influência dos hormônios estrogênio, progesterona, prolactina e outros hormônios, os seios se preparam para a produção de leite para o bebê. Há um aumento no fluxo sanguíneo para os seios. Pigmentação dos mamilos e aréola também aumenta (VICTORA et al., 2016).

O tamanho também aumenta, mas o tamanho dos seios não está relacionado com a quantidade de leite que a mãe será capaz de produzir após o nascimento do bebê. Até o segundo trimestre de gravidez colostro, um líquido amarelado espesso, começa a ser

produzido nos alvéolos e continua a ser produzido nos primeiros dias até que o leite "entre", cerca de 30 a 40 horas após o parto (VICTORA et al., 2016).

Não há evidências que apoiem o aumento da ingestão de líquidos para mães que amamentam para aumentar a produção de leite. A ocitocina contrai a musculatura lisa do útero durante o nascimento e após o parto, chamado período pós-parto, durante a amamentação (BECKER, SMITH e COONEY, 2015). A ocitocina também contrai a camada de músculo liso de células em forma de faixa ao redor dos alvéolos para espremer o leite recém-produzido no sistema de dutos. A ocitocina é necessária para o reflexo de ejeção do leite, ou descida, em resposta ao amamentar, para ocorrer (REA, 2018).

A amamentação pode começar imediatamente após o nascimento. O bebê é colocado na mãe e a alimentação começa assim que o bebê mostra interesse. De acordo com algumas autoridades, a maioria das crianças não começa a mamar imediatamente se for colocada entre os seios da mãe, mas entra em um período de repouso e calma vigiância. Durante esse tempo, eles parecem estar mais interessados no rosto da mãe, especialmente nos olhos, do que começar a mamar. Tem sido especulado que este período de interação entre mãe e filho auxilia no vínculo mãe-filho tanto para a mãe quanto para o bebê (ALVES, MOULIN e SANTOS, 2015).

Há evidências crescentes que sugerem que o contato precoce pele a pele (também chamado de tratamento canguru) entre mãe e bebê estimula o comportamento de amamentação no bebê. Os recém-nascidos que são colocados imediatamente na pele da mãe têm um instinto natural de se agarrar ao seio e começar a amamentar, geralmente dentro de uma hora após o nascimento (BUENO e TERUYA, 2015). O contato imediato pele a pele pode fornecer uma forma de impressão que torna a alimentação subsequente significativamente mais fácil. Além de amamentação e vínculo mais bem-sucedidos, o contato imediato pele a pele reduz o choro e aquece o bebê.

Bebês seguem naturalmente um processo que leva a uma primeira mamada. Inicialmente, após o nascimento, o bebê chora com suas primeiras respirações. Pouco depois, relaxa e faz pequenos movimentos dos braços, ombros e cabeça. Se colocado no abdômen da mãe, o bebê então rasteja em direção ao seio, chamado de rastejamento dos seios e começa a se alimentar (REA, 2018).

Após a alimentação, é normal que o bebê permaneça em contato com a mama enquanto descansa. Isso às vezes é confundido com falta de apetite, sendo que todos os bebês seguem este processo. Apressar ou interromper o processo, como remover o bebê

para pesá-lo, pode complicar a alimentação subsequente. Atividades como pesagem, medição, banho, picada de agulha e profilaxia ocular aguardam até a primeira mamada (CHAVES, LAMOUNIER e CESAR, 2016).

A pesquisa atual apoia fortemente o contato imediato mãe-bebê pele a pele, mesmo que o bebê nasça por cirurgia cesariana. O bebê é colocado na mãe na sala de cirurgia ou na área de recuperação. Se a mãe não puder segurar o bebê imediatamente, um membro da família pode fornecer cuidados pele a pele até que a mãe seja capaz. O cuidado precoce pele a pele, após um parto cirúrgico inesperado, em vez de vaginal, "pode ajudar a curar qualquer sentimento de tristeza ou decepção se o parto não ocorrer como planejado" (ALVES, MOULIN e SANTOS, 2015).

As crianças que nascem prematuras têm dificuldade em iniciar o aleitamento imediatamente após o nascimento. Por convenção, tais crianças são muitas vezes alimentadas com leite materno ou outros alimentos suplementares através de tubos ou frascos até que desenvolvam uma capacidade satisfatória de sugar o leite materno (ROZ, 2016). Também foi relatado na mesma revisão sistemática que, ao evitar garrafas e usar xícaras para fornecer alimentos suplementares a crianças prematuras, de aleitamento materno por um período mais longo pode ser posteriormente alcançado (CHAVES, LAMOUNIER e CESAR, 2016).

Uma mãe pode expressar (produzir) o leite para armazenamento e posterior uso. Expressão ocorre com massagem ou uma bomba de mama. Ele pode ser armazenado em sacos de congelamento, recipientes feitos especificamente para o leite materno, um sistema suplementar de amamentação ou um frasco pronto para uso. Usar outra pessoa que não a mãe/enfermeira molhada para administrar a mamadeira mantém a associação de enfermagem do bebê com a mãe /ama de leite e mamadeira com outras pessoas (ROZ, 2016).

O leite materno pode ser mantido à temperatura ambiente por até seis horas, refrigerado por até oito dias ou congelado por seis a doze meses. Pesquisas sugerem que a atividade antioxidante no leite materno diminuído diminui com o tempo, mas permanece em níveis mais altos do que na fórmula infantil (ALVES, MOULIN e SANTOS, 2015).

As mães expressam leite por vários motivos. Expressar o leite materno pode manter o fornecimento de leite materno quando ela e o filho estão separados. Um bebê doente que é incapaz de mamar pode tomar leite expresso através de uma sonda

nasogástrica. Alguns bebês não conseguem ou não querem mamar. O leite expresso é o método de alimentação preferido dos bebês prematuros. A transmissão da doença viral pode ser evitada expressando-se o leite materno e submetendo-o à pasteurização do Titular (BOCCOLINI et al., 2017).

Algumas mulheres doam leite materno a outras pessoas, diretamente ou através de um banco de leite. Isso permite que as mães que não podem amamentar dêem ao bebê os benefícios do leite materno (BECKER, SMITH e COONEY, 2015).

Os bebês se alimentam de maneira diferente com mamilos artificiais do que com um seio. Com o peito, a língua da criança massageia o leite ao invés de sugar, e o mamilo não vai tão longe na boca. Beber de uma mamadeira exige menos esforço e o leite pode vir mais rapidamente, fazendo com que o bebê perca o desejo pelo seio. Isso é chamado de greve de enfermagem, greve de mamilo ou confusão de mamilo. Para evitar isso, o leite expresso pode ser dado por meio de colheres ou xícaras (CHAVES, LAMOUNIER e CESAR, 2016).

Com bons hábitos de bombeamento, particularmente nas primeiras 12 semanas, enquanto se estabelece o suprimento de leite, é possível expressar leite suficiente para alimentar o bebê indefinidamente. Com as melhorias nas bombas de mama, muitas mulheres alimentam exclusivamente leite expresso, expressando leite no trabalho em salas de lactação. As mulheres podem deixar seus bebês sob os cuidados de outras pessoas enquanto viajam, enquanto mantêm um suprimento de leite materno (BOCCOLINI et al., 2017).

Não é só a mãe que pode amamentar o filho. Ela pode contratar outra mulher para fazê-lo (uma babá), ou pode compartilhar o cuidado da criança com outra mãe (enfermagem cruzada). Ambos foram comuns ao longo da história. Ainda é popular em algumas nações em desenvolvimento, incluindo as da África, que mais de uma mulher amamenta uma criança (VICTORA et al., 2016). A amamentação compartilhada é um fator de risco para a infecção pelo HIV em bebês. A enfermagem compartilhada pode às vezes provocar reações sociais negativas.

A lactação induzida, também chamada de lactação adotiva, é o processo de iniciar a amamentação em uma mulher que não deu à luz. Isso geralmente requer que a mãe adotiva tome hormônios e outras drogas para estimular o desenvolvimento dos seios e promover a produção de leite. Em algumas culturas, amamentar uma criança adotiva

cria um parentesco leiteiro que constrói laços comunitários entre classes e outros laços hierárquicos (BECKER, SMITH e COONEY, 2015).

Re-lactação é o processo de reiniciar a amamentação. Nos países em desenvolvimento, as mães podem reiniciar a amamentação após o desmame como parte de um tratamento de reidratação oral para diarreia. Nos países desenvolvidos, a re-lactação é comum após a resolução dos problemas médicos precoces, ou porque a mãe muda de idéia sobre a amamentação (BOCCOLINI et al., 2017).

Re-lactação é mais facilmente realizada com um recém-nascido ou com um bebê que estava amamentando anteriormente; se o bebê foi inicialmente alimentado com mamadeira, o bebê pode se recusar a mamar. Se a mãe parou recentemente de amamentar, é mais provável que ela seja capaz de restabelecer o suprimento de leite e maior probabilidade de ter um suprimento adequado. Embora algumas mulheres re-lactato com sucesso após interrupções de meses, o sucesso é maior para interrupções mais curtas (BUENO e TERUYA, 2015).

Técnicas para promover a lactação usam tentativas freqüentes de amamentar, contato pele a pele extensivo com o bebê e sessões longas e freqüentes de bombeamento. A amamentação pode ser encorajada com um tubo cheio de fórmula infantil, para que o bebê associe o peito ao alimento. Um conta-gotas ou seringa sem a agulha pode ser usado para colocar leite no peito enquanto o bebê mamar. A mãe deve permitir que o bebê mame pelo menos dez vezes durante 24 horas, e mais vezes se ele estiver interessado (BUENO e TERUYA, 2015).

Esses horários podem incluir a cada duas horas, sempre que o bebê parecer interessado, por mais tempo em cada mama e quando o bebê estiver com sono quando ele ou ela puder sugar mais prontamente. De acordo com o crescente contato entre mãe e filho, incluindo o aumento do contato pele a pele, as avós devem recuar e ajudar de outras maneiras. Mais tarde, as avós podem novamente fornecer cuidados mais diretos para o bebê (VICTORA et al., 2016).

Essas técnicas exigem o comprometimento da mãe por um período de semanas ou meses. No entanto, mesmo quando a lactação é estabelecida, a oferta pode não ser grande o suficiente para amamentar exclusivamente. Um ambiente social de apoio aumenta a probabilidade de sucesso. À medida que a produção de leite da mãe aumenta, a outra alimentação pode diminuir. Os pais e outros membros da família devem observar

o ganho de peso e a produção de urina do bebê para avaliar a adequação nutricional (CHAVES, LAMOUNIER e CESAR, 2016).

A ação do bebê de sugar os seios da mãe favorece o equilíbrio entre as forças de contenção interna e externa da musculatura facial, permitindo o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático. O desmame precoce pode dificultar o desenvolvimento motor oral adequado e causar alterações na postura e na força dos órgãos articulatórios fonatórios, prejudicando as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação fonoaudiológica. Portanto, a satisfação inadequada da necessidade de sugar pode estar relacionada ao estabelecimento de hábitos orais indesejáveis, como sucção digital ou uso de chupeta ou outros objetos para obter satisfação (OLIVEIRA et al., 2015).

Por meio da sucção no seio nos primeiros meses de vida, o recém-nascido pode desenvolver adequadamente os órgãos da fala e as funções que desempenham. Para cumprir esta finalidade o recém-nascido deve sugar harmoniosamente, com ritmo e força, o que inclui adequação aos seguintes aspectos: reflexo de sucção e procura, selamento labial, movimento de língua e mandíbula, coordenação de sucção / deglutição / respiração, e ritmo de sucção, ou seja, sucções alternadas com pausas. Esses movimentos permitem uma variação na pressão intraoral, fundamental para a extração e transporte do leite (SANTOS et al., 2016).

O mecanismo de sucção começa com o reflexo de procura. Esse reflexo é um precursor para a prensão correta, pois quando os lábios e bochechas são estimulados, a criança move o rosto em direção ao estímulo, a boca se abre e a língua é projetada. A prensão correta da aréola e do mamilo é essencial para a movimentação correta das estruturas orais durante a amamentação e o lábio inferior deve ser evertido permitindo que a língua avance até a linha da gengiva. Quando o recém-nascido suga apenas o mamilo, ineficaz a sucção ocorre e há maior possibilidade de fissuras mamilares (SILVA, SOARES e MACEDO, 2017).

A partir do momento em que ocorre a prensão da aréola, o reflexo de sucção é acionado e os movimentos da língua e da mandíbula iniciam. A função da língua é realizar o selamento anterior (aderência ao redor da aréola) e posterior (aderência ao palato mole e faringe), ordenhar a aréola, variar o volume da cavidade oral e impulsionar o bolo alimentar. Tem participação ativa durante a sucção, com três tipos de movimento: deslocamento ântero-posterior, canalização (as bordas laterais da língua aderem ao palato formando um sulco em sua porção medial) e movimento peristáltico (elevação da porção

medial da língua para a porção lateral e elevação de seu dorso, levando o leite para a faringe) (SANTOS et al., 2016).

A mandíbula oferece uma base estável para os movimentos da língua, auxilia na criação da pressão intraoral e realiza movimentos verticais e horizontais. O movimento horizontal comprime a aréola e, conseqüentemente, libera o leite (OLIVEIRA et al., 2015).

Nos primeiros 4-6 meses de vida do recém-nascido não há associação entre os movimentos da língua e da mandíbula; essas estruturas realizam o movimento juntas. Os movimentos da língua e da mandíbula são sincronizados; além disso, lábios, mandíbula, bochechas e faringe participam da sucção (SILVA, SOARES e MACEDO, 2017).

Inicialmente, quando a mandíbula sobe, a ponta e o dorso da língua se movem para cima, comprimindo o mamilo e a aréola contra o palato, de forma que a parte anterior da língua adira ao mamilo, não deixando espaço vazio entre a língua, o palato duro e a superfície oral, enquanto a parte posterior realiza o selamento com o palato mole e com a faringe. Nessa fase do movimento, a língua é plana e um sistema oclusivo é formado com o véu palatino (SANTOS et al., 2016).

Quando a mandíbula se move para baixo, a língua faz um movimento canalizado, fazendo com que a cavidade oral aumente rapidamente, resultando em pressão negativa, o que auxilia na extração do leite. Portanto, o leite ocupa o espaço entre o dorso da língua e o palato (OLIVEIRA et al., 2015).

Logo após canulação, a língua começa movimentos peristálticos onde a elevação da mandíbula e a parte do meio e do dorso da língua ocorre. Estes movimentos (canulação e o peristaltismo) ocorrer por meio de momentos sucessivos de pressão positiva e negativa no interior da cavidade oral (SILVA, SOARES e MACEDO, 2017).

É descrito que o uso da mamadeira interfere no amadurecimento das funções orais à medida que a criança cresce, aumenta o risco de deglutição atípica, respiração oral, disfunção mastigatória, dificuldade de fonoarticulação e alteração da postura corporal, entre outros. Além disso, há um aumento do risco de respiração oral, o que leva a ventilação inadequada, aumento de infecções respiratórias, diminuição da audição, desenvolvimento torácico e postural alterado e desenvolvimento maxilofacial alterado (SANTOS et al., 2016).

O padrão respiratório correto pode sofrer influências negativas do desmame precoce. Bebês amamentados mantêm a postura de repouso dos lábios ocluídos e

respiração nasal. Quando ocorre o desmame precoce, a postura de lábios entreabertos do bebê é a mais comum, facilitando a respiração oral (SILVA, SOARES e MACEDO, 2017).

A criança que é amamentada naturalmente nos primeiros meses de vida tem maior possibilidade de se tornar respirador nasal; da mesma forma, a não amamentação pode ser um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da respiração oral ou oronasal (OLIVEIRA et al., 2015).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação tem o potencial de promover o desenvolvimento da relação de apego materno-infantil e desenvolvimento do bebê. O impacto da amamentação surge de aspectos do ato físico de amamentar, propriedades nutricionais e imunológicas do leite materno.

A estrutura fonoarticulatória se desenvolve de acordo com as pressões musculares sofridas. A partir da movimentação devido a sucção na amamentação, o perfil do bebê é remodelado, com o queixo naturalmente recuado.

Na hora da amamentação, a criança usa todos esses músculos, e são os mesmos que vão usar para falar mais tarde. Em um bebê que mama na mamadeira, a sucção é considerada passiva, a língua faz pouco trabalho, ao contrário da sucção ativa do bebê que mama no seio. Quanto mais tempo o bebê é amamentado, mais musculada é sua esfera orofacial, promovendo uma melhor fala.

Além disso, o nariz tem um papel importante na prevenção das infecções otorrinolaringológicas: umedece, aquece e purifica o ar. Bebês amamentados respiram fisiologicamente pelo nariz, com uso a mamadeira, os bebês precisam quebrar o ritmo da sucção para ter o ar de volta pelo bico, respirando pela boca.

REFERÊNCIAS

- ALVES,C.R.L.; MOULIN, Z. S.; SANTOS, L.C. **Atenção à Saúde da Criança: aspectos básicos**. 2015.
- BECKER, G.E.; SMITH, H.A.; COONEY, F. (2015). **Métodos de expressão láctea para mulheres lactantes**. Base de dados Cochrane Syst Rev, 2, Cd006170. doi: 10.1002 / 14651858.CD006170.pub4
- BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA; M.I.C; PEREZ-ESCAMILLA, R. **A Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal**. *Jornal de Pediatria*, 2º edição Rio de Janeiro, 2017.
- BODE, L. **A biologia funcional dos oligossacarídeos do leite humano**. *Early Hum Dev* 91: 619-622 (2015)
- BUENO L.G.S.; TERUYA K.M. **Aconselhamento em amamentação e sua prática**. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 5 (Supl), p. 126-130, 2015.
- CHAVES, Roberto G; LAMOUNIER, Joel A; CESAR Cibele C. **Fatores associados com a duração do aleitamento materno**. *Jornal de Pediatria*, volume 83, nº 3. Rio de Janeiro, 2016.
- OLIVEIRA, C. S.; IOCCA, F. A.; CARRIJO, M. L. R.; GARCIA, R. D. A. T. M. **Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 16-23. (2015).
- REA, M.F. **A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria**. *Jornal de Pediatria*, v. 74, n. 3, p. 171-173, 2018.
- ROZ, D. P. **A Importância do aleitamento materno para o recém-nascido e o desejo da mulher: impasse na pediatria**. *Correios da SBP*. São Paulo, v11, n1, p.15-20, jan./fev.2016.
- SANTOS, A. A. et al. **Aleitamento materno X aleitamento artificial**. In: *Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes*, 18., 2016, Aracaju. Anais eletrônicos. Editora Universitária Tiradentes, 2016. p. 1-4.
- SILVA, D.; SOARES, P.; MACEDO, M. V. **Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce**. *Unimontes Científica*, 19(2), 146-157. (2017).
- VICTORA, C.G.; BAHL, R.; BARROS, A.J.; FRANÇA, G.V.; HORTON, S.; KRASEVEC, J.; MURCH, S.; SANKAR, M.J.; WALKER, N.; ROLLINS, N.C.; GRUPO, T.L. **Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos e efeito vitalício**. *The Lancet*. 5 de fevereiro de 2016; 387 (10017): 475-90.