

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

DANIELY CORREIA OLIVEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO: UM ESTUDO REALIZADO EM CRIANÇAS
FREQUENTADORAS DE UMA INSTITUIÇÃO RELIGIOSA**

VITÓRIA

2016

DANIELY CORREIA OLIVEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO: UM ESTUDO REALIZADO EM CRIANÇAS
FREQUENTADORAS DE UMA INSTITUIÇÃO RELIGIOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof.^a M^a Alessandra Rodrigues Garcia

VITÓRIA
2016

DANIELY CORREIA OLIVEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO: UM ESTUDO REALIZADO EM CRIANÇAS
FREQUENTADORAS DE UMA INSTITUIÇÃO RELIGIOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof.^a M^a. Alessandra Rodrigues Garcia - Orientadora

Nutricionista Especialista Aline de Queiroz Costa

Enfermeiro Especialista Jordano dos Santos Souza

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a Deus, o meu Paizão, pela sua maravilhosa graça e misericórdia ao me conceder milagres diários que me direcionaram para mais uma conquista, a Ele toda honra e glória!

Agradeço aos meus pais, em especial aquela que é a maior prova de que nem toda rainha usa coroa, minha maravilhosa mãe, Ozeli, que apesar de todas as dificuldades foi uma guerreira que persistiu para que esta conquista fosse real.

Obrigada! Meu marido, eterno namorado, presente de Deus, João Paulo, você me escolheu mesmo sabendo que por três anos, em alguns momentos, eu estaria ausente me dedicando ao estudo superior, decidi passar por tudo isso novamente, e sempre quando eu mais precisei você estava lá, com amor, paciência e compreensão, nunca medindo esforços para me ajudar.

Aos meus tios, Ozenir e Leila, por tanto que se dedicam a mim, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, vocês são a demonstração do cuidado de Deus por mim.

Agradeço aos meus primos e primas que de alguma forma durante as reuniões de família me trouxeram muitas alegrias, desencadeando a força para superação do cansaço.

A minha sogra, Dalva, que mesmo sabendo que seria um longo caminho até minha formação superior, confiou a mim a entrega do seu único filho em casamento.

E não deixando de agradecer a memória que tenho da minha vovó, Maria, que durante todo seu tempo de vida foi minha intercessora, e sempre esteve ao meu lado.

Ao minha orientadora, Alessandra, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, tendo paciência ao se dedicar em correções, esclarecimentos de dúvidas e incentivos.

A todos os demais familiares, amigos e professores que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

Quando a criança é alimentada exclusivamente pelo leite materno, esse é capaz de suprir todas as suas necessidades energéticas e nutricionais até o sexto mês de vida, sendo após esse período necessário ser complementado pela oferta de alimentos gradativamente introduzidos em sua alimentação, porém esse processo pode acontecer de forma precoce quando influenciado por variáveis consideradas negativas, pois reflete em prejuízos imediatos na saúde das crianças, acarretando em carências nutricionais, desenvolvimento de doenças responsáveis por agravos e/ou sequelas futuras ou até mesmo o óbito infantil. O presente estudo teve como objetivo identificar possíveis fatores associados à interrupção precoce do AME em crianças frequentadoras de uma instituição religiosa no município de Vitória-ES. A amostra foi constituída por 55 responsáveis de crianças com idade entre 6 meses e 5 anos. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário composto por perguntas referentes à identificação, caracterização socioeconômica familiar, aleitamento materno e introdução de alimentação complementar. Os dados evidenciaram que 50,91% (n=28) das crianças eram do sexo masculino, 43,64% (n=24) possuíam idade entre 3 a 4 anos e 87,27% (n=48) nasceram com peso maior ou igual a 2,500 Kg. A faixa etária mais observada nas mães foi a de 20 a 34 anos (58,18%, n=32), com ensino médio completo ou superior completo (49,09%, n=27), 72,73% (n=40) eram casadas ou com uma união estável, a maioria é da classe econômica C (60,00%, n=33), 81,81% (n=45) compareceram a 6 ou mais consultas pré-natal e 56,36% (n=31) exerciam atividade profissional fora do lar, sendo que o fato das mães não trabalhar e terem Ensino fundamental completo/Médio incompleto foi um fator protetor à prática do AME, apresentando uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Também foi observado que 36,36% (n=20) das mães não amamentaram exclusivamente até os 6 meses de vida da criança, e que essas interromperam totalmente a prática do aleitamento materno antes dos 6 meses de vida. Verificou-se como principais fatores motivadores relatados por essas mulheres, o leite fraco ou insuficiente (35,00%, n=7) seguido do retorno ao mercado de trabalho (25,00%, n=5), sendo observado que nessa faixa de menos de 6 meses a oferta de leite integral (13,46%, n=7) e a fórmula láctea infantil (32,69%, n=17) apareceram com mais frequência dentre todas as outras faixas. Dessa forma, considerando os resultados encontrados verificou-se nessa amostra que grande

parte das mães realizou a prática do aleitamento materno exclusivo durante o tempo recomendado, e que o fato das mães não trabalhar e terem Ensino fundamental completo/Médio incompleto apresentou-se como um fator protetor á essa prática. Já com relação à introdução da alimentação complementar, foi possível observar com maior frequência uma alimentação variada em tipos de alimentos, sendo esses ricos em nutrientes e em consistência adequada.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Aleitamento materno exclusivo. Alimentação complementar.

ABSTRACT

When the child is fed exclusively by breast milk, it is able to meet all its energy and nutrient requirements until the sixth month of life, and after that time must be complemented by food supply gradually introduced into their food, but this process can happen early on when influenced by variables considered negative, as reflected in immediate harm the health of children, resulting in nutritional deficiencies, development of diseases responsible for injuries and / or future sequels or even infant death. This study aimed to identify possible factors associated with early interruption of exclusive breastfeeding in children attending a religious institution in Vitória-ES. The sample consisted of 55 caregivers of children aged 6 months to 5 years. For data collection was used a questionnaire with questions relating to the identification, family socioeconomic characteristics, breastfeeding and introduction of complementary feeding. The data showed that 50,91% (n=28) of the children were male, 43,64% (n=24) were aged 3 to 4 years and 87,27% (n=48) were born more weight or equal to 2,500 kg. the age group most observed in mothers was 20-34 years (58,18%, n=32), with complete high school or completed higher (49,09%, n=27), 72,73% (n=40) were married or with a stable, most are C economic class (60,00%, n=33), 81,81% (n=45) attended 6 or more prenatal visits and 56,36% (n=31) had a professional activity outside the home, and the fact that the mothers do not work and have completed elementary education / incomplete East was a protective factor to the practice of exclusive breastfeeding, with a statistically significant relationship ($p < 0,05$). It was also observed that 36,36% (n=20) of mothers do not exclusively breastfed until 6 months of the child's life, and that they totally stopped the practice of breastfeeding before 6 months of life. It was found as the main motivating factors reported by these women, weak or insufficient milk (35,00%, n=7) followed by the return to the labor market (25,00%, n=5), and noted that this range less than 6 months supply of whole milk (13,46%, n=7) and infant formula milk (32,69%, n=17) appeared more frequently among all other tracks. Thus, considering the results it was found in this sample that most of the mothers realized the practice of exclusive breastfeeding for the recommended time, and the fact that the mothers do not work and have completed elementary education / incomplete East is presented as a protective factor will this practice. As to the introduction of

complementary feeding, we observed more frequently a varied diet in types of foods, and those rich in nutrients and proper consistency.

Keywords: Breastfeeding. Exclusive breastfeeding. Complementary feeding.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Comparação entre técnica de pega adequada e inadequada.....	34
Figura 02 – Principais determinantes da anemia durante a gestação e os primeiros anos de vida por deficiência de ferro.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Caracterização dos dados sociodemográficos.....	57
Tabela 02 – Caracterização das mulheres quanto à amamentação dos filhos.....	58
Tabela 03 – Caracterização da duração do aleitamento materno exclusivo nas crianças.....	58
Tabela 04 – Descrição do principal fator do desmame precoce nas crianças menores de seis meses de vida.....	59
Tabela 05 – Comparação entre o tempo de AME das mães que não trabalham com o grau de instrução.....	60
Tabela 06 – Comparação entre o tempo de AME das mães que trabalham com o grau de instrução.....	61
Tabela 07 – Comparação entre o tempo de AME e o trabalho materno.....	62
Tabela 08 – Comparação entre o tempo de AME com a faixa etária materna.....	63
Tabela 09 - Comparação entre o tempo de AME com o estado civil.....	63
Tabela 10 – Comparação entre o tempo de AME e a renda familiar.....	64
Tabela 11 – Comparação entre a amamentação e as informações sobre a amamentação.....	65
Tabela 12 – Comparação entre o tempo de AME com o número de consultas pré-natal.....	65
Tabela 13 – Parte 1 da caracterização do momento da introdução dos alimentos complementares.....	66
Tabela 14 – Parte 1 da caracterização do momento da introdução dos alimentos complementares.....	67
Tabela 15 – Caracterização da amamentação na faixa de crianças com idade igual ou superior a 2 anos.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.....	44
Quadro 02 – Os 10 passos para alimentação saudável das crianças menores de dois anos.....	45
Quadro 03 – Esquema para introdução dos alimentos complementar.....	46

LISTA DE SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BLH - Banco de Leite Humano

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

MS - Ministério da Saúde

NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro

REDEBLH - Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS - Unidades Básicas De Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 FISILOGIA DA GESTAÇÃO.....	23
2.2 ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL NO PERÍODO GESTACIONAL.....	24
2.3 ALEITAMENTO MATERNO E SEUS BENEFÍCIOS PARA MÃE/BEBÊ.....	26
2.4 SUBSTITUIÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO, ALEITAMENTO MISTO E ALEITAMENTO PREDOMINANTE.....	29
2.5 ALEITAMENTO MATERNO E SAÚDE BUCAL.....	31
2.6 FATORES ASSOCIADOS A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	33
2.6.1 Trauma mamilar.....	33
2.6.2 Influência da família ou comunidade a qual mãe e bebê estão inseridos.....	35
2.6.3 Nutriz no mercado de trabalho.....	36
2.6.4 Leite fraco ou insuficiente.....	38
2.6.5 Uso de tabaco ou álcool.....	39
2.6.6 Outros fatores.....	40
2.7 POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	42
2.8 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.....	44
2.9 PROBLEMAS NUTRICIONAIS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INADEQUADA.....	49
3 METODOLOGIA	55
3.1 NATUREZA/TIPO DE PESQUISA.....	55

3.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA.....	55
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	55
3.4 INSTRUMENTO DE ANALISE DE DADOS.....	56
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
3.6 MATERIAIAS E MÉTODOS.....	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A – Carta de aceite.....	87
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	89
ANEXO A – Questionário.....	91

1 INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é uma prática primordial para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil, bem como para a saúde da mulher que amamenta, trazendo benefícios não só físicos, mas também mental, sendo refletido no maior vínculo entre mãe e filho (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

A prática de AM é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como podendo ser exclusiva, predominante, mista ou complementada, a qual é recomendada pela OMS e o Ministério da Saúde (MS) ser exclusiva até o primeiro semestre de vida da criança e complementada até no mínimo seus 24 meses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O leite humano é um alimento sem custo financeiro que contém propriedades protetoras para o organismo da criança seja a curto ou em longo prazo, atuando, por exemplo, na prevenção contra infecções, alergias e doenças crônicas, porém tal eficácia está associada à adequada duração de sua prática exclusiva. O exercício do AM também traz vantagens para a saúde da nutriz, bem como uma melhor qualidade de vida familiar (TAKUSHI et al., 2008).

Quando a criança é alimentada exclusivamente pelo leite materno, esse é capaz de suprir todas as suas necessidades energéticas e nutricionais até o sexto mês de vida, sendo após esse período necessário ser complementado pela oferta de alimentos gradativamente introduzidos na alimentação do lactente, até que esse atinja o padrão alimentar da família, ressaltando que a alimentação complementar é refletida nos hábitos alimentares da criança no futuro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Nos últimos anos observou-se, no Brasil, um progressivo aumento nas taxas do AM, porém praticados em tempo inoportuno, no qual o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) tem baixa prevalência, sendo interrompido pela oferta precoce e inadequada de outros tipos de alimento, o que reflete em prejuízos imediatos na saúde das crianças, acarretando em carências nutricionais, desenvolvimento de doenças responsáveis por agravos e/ou sequelas futuras ou até mesmo o óbito infantil, mostrando-se assim a importância de ações de promoção, proteção e apoio a manutenção adequada do AM (BRASIL, 2009a).

Toma e Rea (2008), afirmam que nos últimos anos, diversas pesquisas foram desenvolvidas para melhor compreender os fatores que influenciam o AM, e estimular o aumento dessa prática. Segundo Chaves; Lamounier e César (2007), o tempo do AM está associado a variáveis consideradas negativas, com relação a sua precoce interrupção antes do primeiro semestre de vida do lactente, mas que são passíveis de intervenção.

Portanto, diante ao exposto acerca da realidade brasileira sobre o assunto, justifica-se a elaboração deste estudo, buscar identificar os possíveis fatores que determinaram a prática do AME até o 6º mês de vida da criança.

Diante do que foi relatado, espera-se para o proposto trabalho, que mulheres que realizam de forma adequada o AME, possam desfrutar de vantagens tanto para elas quanto para a criança, tendo assim uma melhor qualidade de vida. O presente estudo teve como objetivo identificar possíveis fatores associados à interrupção precoce do AME em crianças frequentadoras de uma instituição religiosa no município de Vitória-ES

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FISIOLOGIA DA GESTAÇÃO E DA LACTAÇÃO

Na construção de igualdade entre os sexos, durante a história, a mulher veio sendo protagonista de atos em busca de conquistas sociais, políticas e econômicas, as quais obteve grande êxito, e nos dias atuais tem conquistado progressivamente um espaço relevante no contexto social ao qual está inserida. A mulher deixa de ser visualizada apenas como a procriadora, que cuida em tempo integral do lar e de seus filhos, e passa a ser vista como uma profissional de sucesso promissor, assumindo assim novas responsabilidades, mas não abdicando da gestação, seja ela planejada ou não (TARRAFA, 2015).

O período da gestação, que pode compreender até 42 semanas, faz com que a mulher passe por várias transformações fisiológicas, tais como as metabólicas e hormonais e também as mudanças do corpo, tendo alterações tanto físicas quanto emocionais, demandando várias formas de equilíbrio pertinentes a essa fase (ARAÚJO et al., 2012).

Piccinini e outros (2008), afirmaram que a gestação está ligada também a transformações sociais, influenciando assim na forma de se relacionar da gestante, sendo essencial que os sentimentos das gestantes com as transformações naturais desta fase, sejam flexibilizados, visando a dedicação dessas mulheres à maternidade.

A gestação é dividida em três trimestres, e é no primeiro que acontecem as divisões celulares intensas assim como modificações hormonais, acarretando assim possíveis manifestações, como náuseas e êmese, fazendo com que a gestante tenha uma redução do apetite, mas não sendo prejudicial ao feto, que nesse trimestre começa a ser gerado continuamente até a 12^o semana. A partir da 13^o semana caracteriza-se o segundo trimestre, indo até a 27^o semana, iniciando o terceiro trimestre que vai até o final da gestação, comumente na 40^o semana. São esses dois trimestres cruciais para o adequado crescimento e desenvolvimento do feto (MOREIRA et al., 2008).

Com relação ao processo de lactação, o qual envolve a ação de diferentes hormônios, esse é dividido em três fases denominadas sucessivamente,

lactogênese I, II e III; A primeira fase inicia-se durante a gestação com a preparação da mama para a amamentação, sem que ocorra a secreção do leite. A segunda fase tem início após o parto, ocorrendo à secreção do leite, essa fase dura geralmente até cerca de quatro dias após o nascimento do bebê, e é caracterizada pela descida de leite, denominado colostro, independente da sucção do lactente, ao contrário da terceira fase, a qual tanto a produção do leite, denominado maduro, como a sua descida, dependem da sucção e esvaziamento da mama, sendo o leite do final mais energético para o lactente, essa fase só termina com a interrupção total da amamentação (BRASIL, 2009a).

2.2 ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL NO PERÍODO GESTACIONAL

A criação das primeiras políticas de saúde infantil aconteceu na Europa do século XVIII, em meio a várias mudanças políticas socioeconômicas ocorridas nesse continente, sendo o objetivo principal dessas políticas, gerar um bom número de crianças com melhores condições de vida, visando consequentemente acelerar o capitalismo, controlar e acompanhar o desenvolvimento populacional (SANTOS NETO et al., 2008).

O Brasil, em 1940, com o mesmo objetivo, preocupado com a saúde materna infantil, remonta essa estratégia com a criação do Departamento Nacional da Criança, que além de focar nos cuidados às crianças, também dá ênfase às mães durante a gravidez e amamentação, dando início à implantação e implementação das estratégias de saúde pública, focadas na atenção materna infantil no país, que acompanha as transformações do cenário brasileiro até os dias atuais, podendo-se citar o direito ao pré-natal, uma assistência materno infantil no período gestacional (SANTOS NETO et al., 2008).

De acordo com o MS, o pré-natal tem como ideal o acolhimento à gestantes, e intervenção em situações indispensáveis ao bem-estar materno infantil, a partir da garantia de acessibilidade à atenção à saúde, desde o nível primário até o terciário, visando promover, prevenir e prestar a assistência necessária a cada caso, levando em consideração todas as transformações decorrentes da gestação. Sendo dever dos Estados e municípios dispor dos devidos recursos para o andamento da prática

do pré-natal, levando em consideração os parâmetros estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2006).

Viellas e outros (2014), observaram em seu estudo que o Brasil tem uma significativa cobertura na assistência pré-natal, ou seja, alcançando grande parte das gestantes de todas as regiões do país, porém a qualidade e efetividade dessa assistência é questionável, principalmente no que se refere ao tardio início do acompanhamento pré-natal, e a desorganização dos serviços de saúde pública, seja pela falta de profissionais aptos a acompanhar as gestantes, de acordo com as suas necessidades, ou pela falta de orientação oportuna, por exemplo, com relação ao local onde poderá ocorrer o parto.

Piccinini e outros (2008), realizaram um estudo com o objetivo de identificar o sentimento de gestantes com relação às transformações corporais, psicológicas, conjugais e de tornar-se mãe, e observaram que no que diz respeito às transformações em tornar-se mãe, as gestantes relataram sentimentos tanto de conquista como de perda.

Soma-se a isto o estudo de Viellas e outros (2014), os quais verificaram que os sentimentos negativos, apresentados principalmente por mulheres que não planejaram a gestação, influenciaram para que a assistência pré-natal seja tardia ou que não aconteça.

Com relação às transformações conjugais, Piccinini e outros (2008), relataram nos resultados de seu estudo, que a satisfação das gestantes, se dá devido à solidez do casamento, e ao apoio do cônjuge nas atividades domésticas, bem como em outras atividades, fazendo até com que as gestantes sentam-se incapazes, gerando então a insatisfação, que as levava a uma maior irritabilidade, ciúmes e insegurança. Por outro lado é válido ressaltar que Viellas e outros (2014), também relataram que a ausência do cônjuge ou companheiro, influencia para que a assistência pré-natal seja tardia ou não aconteça.

Apesar da questionável qualidade e efetividade da assistência pré-natal, o governo tem como estratégia, assegurar a busca da gestante de baixa renda, a essa assistência, desde o início da gestação, estabelecendo como uma das condicionalidades para a contemplação do benefício bolsa família, um programa instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentada pelo Decreto

nº5.209, de 17 de setembro de 2004. Esse programa foi uma estratégia que o governo criou para combater a fome e garantir às pessoas de baixa renda, acesso a serviços sociais básicos, com transferência de renda direta, sendo os saques feitos mensalmente por cada família contemplada pelo programa, para ajudá-las na promoção da saúde, assistência social e educação (SILVA; ALCÂNTARA, 2012).

Volpato e outros (2009), realizaram um estudo com o objetivo de verificar o conhecimento sobre AM entre gestantes em assistência pré-natal, e puderam observar que aquelas submetidas a mais consultas de pré-natal, sendo recomendadas no mínimo seis consultas, apresentaram-se mais informadas sobre AM, em vista das que tiveram menos consultas de pré-natal. Porém eles afirmaram que a taxa do AM nem sempre é elevada quando as gestantes tem o acesso à informação.

Takushi e outros (2008), abordaram em seu estudo a necessidade de um acolhimento pré-natal, com diálogo e respeito à gestante, pelos profissionais de saúde, no que está relacionado ao AM. Que esse não seja imposto como uma prática obrigatória da mulher no papel de mãe, após o parto, porém que o incentivo seja dado a partir de uma assistência de incentivo a decisão de amamentar e manter essa prática durante o tempo oportuno, de maneira a levar em consideração a verdadeira motivação, bem como o saber popular da mulher.

2.3 ALEITAMENTO MATERNO E SEUS BENEFÍCIOS PARA MÃE/BEBÊ

De acordo com MS, a partir de definições estabelecidas pela OMS, o AM pode ser classificado como exclusivo, o qual o bebê só consome leite humano; predominante, o qual além do leite humano é ofertado também outros líquidos à base de água, como chás e café; complementado, o qual é ofertado além do leite humano alimentos sólidos ou pastosos; e misto, o qual é ofertado leite humano e artificial, como fórmulas lácteas para lactentes e leite de vaca. Suplementos minerais e medicamentos entram em todas as classificações (BRASIL, 2009a).

Além de ser considerado um alimento naturalmente completo para o recém-nascido, sendo recomendado exclusivamente até os seus seis meses de vida, e complementado no mínimo até dois anos, é também seguro e acessível, com

exceção para raros bebês. De acordo com a duração, o AM tem benefícios eficazes tanto para a saúde do lactente como para a da nutriz (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

Polido e outros (2011), observaram em seu estudo que além de benefícios à saúde física da nutriz, a prática do AME, até os seis meses de vida do bebê, tem também suas relevâncias à saúde mental da mesma. Ele descreveu que as mães relataram prazer na prática de amamentar, bem como a satisfação no aumento do vínculo de afeição com o bebê, sendo um incentivo para superarem dificuldades encontradas durante o ato da amamentação, como por exemplo, dores e desconforto, relatados por algumas nutrizas, e busca por mais conhecimento sobre a prática de amamentação.

Com relação aos benefícios à saúde física da nutriz, Levy e Bértolo (2008), citaram do pós-parto, a menor taxa de sangramentos, responsáveis por anemias, atenuação da volta precoce da menstruação, servindo como um anticoncepcional natural, menor incidência de cânceres e enfermidades ósseas, assim como uma acelerada perda de peso. Já sobre os benefícios à saúde do lactente, é citada, por exemplo, a prevenção e proteção contra infecções, alergias, obesidade, diabetes mellitus, adequado crescimento e desenvolvimento, levando em consideração, que a eficácia de cada vantagem está ligada ao tempo de aleitamento, sendo exclusivo ou não.

Tinoco e outros (2007), realizaram um estudo a fim de verificar a influência dos ácidos graxos essenciais e os efeitos das gorduras trans do leite materno para o desenvolvimento do bebê, os autores concluíram que os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa que são provenientes da dieta da nutriz influenciam positivamente na saúde do lactente como, por exemplo, em sua imunologia, já com relação à gordura trans, essa é considerada deletéria à saúde do lactente, sendo desaconselhado o seu consumo para a mulher que amamenta.

Considerando o progressivo número de casos de doenças crônicas, no mundo, e relacionando-as à obesidade infantil, Marchi-Alves e outros (2011), sugeriram como uma das considerações finais de seu estudo, investigações sobre potenciais fatores do aumento da obesidade infantil.

De antemão, Simon, Souza e Souza (2009), realizaram um estudo ao qual um dos objetivos foi verificar a relação entre obesidade infantil e AM, e observaram que quando realizado de forma exclusiva, até os seis meses de vida do bebê, o AM

torna-se um fator de defesa que protege a criança contra sobrepeso e obesidade, verificando também que a introdução precoce da alimentação complementar apresenta-se como um fator de risco.

A respeito da associação entre AM e diabetes mellitus tipo 1, caracterizada pela produção insuficiente de insulina, pelo pâncreas, responsável pela metabolização de açúcar do organismo (VITÓRIA, 2008), Leal e outros (2011), realizaram um estudo com 33 responsáveis legais de indivíduos entre 4 e 18 anos, portadores dessa doença, a qual foi verificado sua relação com o tempo de AME, até o sexto, observando que em 87,9% dos casos, não ocorreu. Também foi levado em consideração o histórico familiar da doença, que apesar de ter sido positivamente expressivo, não se apresentou na maioria.

O MS relacionou também o sucesso da prática do AM a melhor qualidade de vida das famílias, pois se a criança é saudável os pais vão geralmente levá-la ao médico especialmente para uma consulta de rotina, não tendo a necessidade de corridas incessantes ao atendimento no pronto-socorro, internações hospitalares e compras de medicamentos que conseqüentemente podem gerar tristeza, agitação e estresse entre a os integrantes da família, às vezes ausência dos pais no trabalho, e quando a busca é por um serviço privado devem ser levados em consideração os custos financeiros (BRASIL, 2009a).

Santana, Brito e Santos (2013), afirmaram a partir de resultados do seu estudo, que os profissionais da saúde, que atuam em atividades de acompanhamento a gestantes, negligenciam em grande parte, a ampla informação para a contribuição do conhecimento das gestantes sobre os benefícios do AM, atentando-se principalmente nas vantagens dessa prática para a saúde do bebê, e omitindo as vantagens para a mulher que amamenta. Com isso, esses profissionais deixam de usar a informação para cooperar, não só na elevação do conhecimento das gestantes, como também em uma forma de incentivo, e maior motivação para a adequada prática exclusiva da amamentação.

Considerando o foco principal dos profissionais de saúde na saúde do bebê, Reis e outros (2010), demonstraram em seu estudo, que a pesar das mães terem conhecimento a respeito dos benefícios da amamentação para a criança, esse conhecimento é bastante limitado, ou seja, as mães recebem a informação sobre a existência de um determinado benefício, mas quando questionadas sobre o porquê

desse benefício, elas muitas vezes se calam, sendo considerada essa limitação do conhecimento uma influencia no tempo da prática de AM.

2.4 SUBSTITUIÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO, ALEITAMENTO MISTO E ALEITAMENTO PREDOMINANTE

Ao optar pela não realização da amamentação materna ou por achar necessária a realização da amamentação mista, sejam por falta de conhecimento ou por decisão própria, muitas mães oferecem aos seus filhos, menores de seis meses de vida, fórmulas artificiais para lactentes, ou até mesmo o leite de vaca, não sendo esses, capazes de substituir a melhor qualidade e os benefícios gerais do leite materno para o bebê (VELÁSQUEZ-BARAHONA, 2014).

Em resultados de um estudo sobre alimentação de 380 bebês menores de quatro meses, Carvalhaes, Parada e Costa (2007), observaram que 85,0% desses, não eram mais amamentados exclusivamente, sendo relatada pelas mães, a oferta de fórmulas artificiais para lactentes ou o leite de vaca, e que os principais motivos para que isso acontecesse, era por acharem que não produziam leite, que esse era produzido em pouca quantidade, ou que não tinha boa qualidade, deixando assim a criança sentir fome, sendo outro motivo também relatado por um pequeno número de mães para a oferta do leite de vaca, a recomendação médica.

Caetano e outros (2010), realizaram um estudo com o objetivo de verificar a alimentação de bebês, entres quatro e doze meses de vida, o qual seus resultados reafirmam o encontrado nos estudos de Carvalhaes, Parada e Costa (2007), sobre os motivos da oferta de fórmulas artificiais e do leite de vaca, sendo também relatado neste estudo como um dos motivos à recusa do bebê ao leite materno. Foi verificado também a diluição inadequada das fórmulas e o acréscimo de açúcares e outros produtos ricos em carboidratos simples, tanto na fórmula como no leite de vaca, práticas que ocasionam um potencial risco para a saúde do lactente.

Apesar da oferta do leite materno ser a mais adequada e vantajosa quando se comparada a fórmulas lácteas substitutas ao leite humano, muitas crianças são desmamadas no tempo inoportuno e alimentadas com esse tipo de fórmula, a partir da utilização de mamadeiras, o que representa uma considerável forma lucrativa para produtores e distribuidores desses produtos substituintes ao AM, que utilizam

de uma forte estratégia de marketing na garantia do sucesso de vendas, o que caracteriza um problema de Saúde Pública a ser controlado, a partir da educação, vigilância sanitária e monitoramento, sendo uma das iniciativas de caráter legal a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) como Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Visto que os profissionais de saúde representam uma das principais fontes de promoção desses produtos, o MS se pergunta sobre o conhecimento desses profissionais a respeito dessa Lei (BRASIL, 2009b).

Apesar da positiva influência no aumento da prevalência do AM considerada por Cyrillo e outros (2009), a partir da NBCAL, o mesmo respondeu a pergunta do MS com base nos resultados da pesquisa nacional sobre AM realizada no ano 2000, na qual se observou que poucos profissionais de saúde tinham conhecimento sobre essa norma, porém tal fato foi justificado pela função do governo ser implícita, assim também como a presença de falhas a serem consideradas, anterior à revisão e atualização da mesma.

A substituição do AM e o aleitamento misto como justificativa para a precoce oferta do leite de vaca foi abordado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2006), como influente no desenvolvimento de alergia alimentar em crianças, que apesar de estar relacionada a qualquer proteína ofertada frequentemente na alimentação dessas, é mais comumente associada à exposição em tempo inoportuno da criança a proteína do leite de vaca, tendo esse elevada capacidade alergênica.

Com relação ao aleitamento predominante Bernardi, Jordão e Barros Filho (2009), realizaram um estudo com 2.857 crianças de idade inferior a 24 meses, e com base nos relatos das mães, verificaram que para 85% dessas crianças, foram ofertados líquidos além do leite materno, antes que completassem dois meses de vida.

Brunken e outros (2006), verificaram a precoce oferta de líquidos, como água e chá, no consumo de lactentes sem que os mesmos tivessem completado o primeiro semestre de vida, fator referido como deletério a duração da prática do AM, porém tal achado foi explicado neste estudo como uma influência da cultura regional, Mato Grossense, relacionada ao calor.

A partir de entrevistas com mães participantes da pesquisa nacional, a qual Cyrillo e outros (2009), basearam seu estudo, foram constatados que os motivos, não só para

oferta precoce de líquidos, mas também para introdução de alimentos semissólidos e sólidos às crianças, assemelham-se aos citados por Carvalhaes, Parada e Costa (2007), para oferta de fórmulas artificiais e do leite de vaca, porém sendo relatado por 45% das mães o seguimento de recomendações dadas por profissionais da área da saúde, caracterizando assim conclusão feita pelo MS que:

Os profissionais que cuidam da saúde infantil têm sido um “meio promocional” das indústrias há muito tempo. Muitos têm desencorajado a amamentação involuntariamente, manipulados pelas empresas e suas estratégias de marketing. Uma reflexão sobre seu papel na proteção da saúde das crianças é o ponto de partida para iniciar qualquer mudança. Reconhecer que estão imersos em um mar de propagandas é o primeiro passo. O próximo é entender que cada decisão individual do profissional, seja aceitar um presente, seja receber um patrocínio, assistir a uma conferência subsidiada ou ler um material técnico-científico patrocinado pelas empresas, acaba por influenciar o momento de orientar a mãe e seu bebê. Porque esse é o objetivo final de um complexo jogo comercial onde a saúde infantil está de um lado e o lucro de outro. E o profissional de saúde inevitavelmente estará escolhendo um dos lados (BRASIL, 2009b, p. 22).

Já a partir dos relatos de profissionais de saúde entrevistados, Cyrillo e outros (2009), constataram que os mesmos justificam a recomendação do aleitamento artificial como substituto ao leite humano devido à pretensão das mães por precisarem se afastar do filho ao voltarem à atividade profissional, por falta de confiança na qualidade do leite materno, assim também por preservação a beleza física.

De acordo com o MS, com relação a mães que mesmo produzindo o leite materno são orientadas por profissionais da saúde, que prestam assistência materna infantil, a não praticarem o AM, assim também como em casos de mães soropositivas para o vírus HIV e HTLV-1 e 2, essas são recomendadas a procurar um Banco de Leite Humano (BLH) para que assim garantam o aleitamento com leite humano, sendo a oferta do leite de vaca ou fórmulas artificiais somente realizadas a partir da avaliação do pediatra. Existem também os lactentes restritos apenas ao recebimento de fórmulas artificiais específicas, entre os casos estão às crianças portadoras de galactosemia clássica, leucínose e fenilcetonúria (BRASIL, 2009a; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

2.5 ALEITAMENTO MATERNO E SAÚDE BUCAL

Oliveira Filho e outros (2008), em revisão da literatura sobre AM e saúde bucal, ressaltaram em suas considerações finais, a importância de práticas precoces de

prevenção contra cárie dentária, tanto para os bebês, menores de seis meses, que são amamentados exclusivamente com leite materno, assim também como para aqueles que são alimentados com fórmulas artificiais para lactentes ou outro tipo de leite, pois a degradação do açúcar presente nesses alimentos contribui na produção de ácidos, causadores da cárie dentária.

No entanto, em estudo recente realizado por Bertoldo e Corrêa (2015), foi concluído, baseado em estudos mais atualizados, que componentes presentes no leite humano são eficazes na proteção bucal, sendo um fator preventivo contra a cárie dentária, opondo-se assim, às considerações de Oliveira Filho e outros (2008). Porém, Lemos e outros (2012), em uma busca na literatura por comprovações científicas, da relação entre leite humano com a manifestação da cárie dentária, precoce na criança, verifica a ausência desses estudos, de maneira insuficiente, capaz de sustentar tal relação.

Segundo o MS a manutenção da saúde bucal da criança está relacionada a um consumo alimentar saudável associado à prática adequada de higiene bucal, e para que se desenvolva na criança o hábito de escovar os dentes, é orientado que os pais comecem quando o bebê nascer, utilizando uma fralda de pano devidamente limpa e umedecida com água, e a partir do desenvolvimento da criança, com nascimento dos dentes, progredir para o uso de uma escova e creme dental, ambos apropriados à idade da criança, sendo função dos pais a prática de higiene bucal do filho até que o mesmo seja capaz de fazer sua própria higiene bucal de maneira adequada (BRASIL, 2009a).

Ainda que por falta de evidências científicas, alguns assuntos específicos sobre a associação do AM com a saúde bucal, não sejam esclarecidos, Bervian; Fontana e Caus (2010), consideraram um benefício do AM para a saúde bucal dos bebês, já comprovado, mas que geralmente é desconhecido pelas mães. Benefício que se dá a partir do ato de sucção do leite presente no seio, sendo realizado de forma correta, contribuindo não só para o bom desenvolvimento bucal, com fechamento dentário normal e mastigação eficiente, mas para todo o sistema estomatognático, tendo esse a interligação entre suas funções.

Tal desconhecimento materno sobre as vantagens do aleitamento natural para a saúde bucal da criança foi observado por Saliba e outros (2008), em resultados de seu estudo como uma amostra de mães de crianças de até um ano de idade no

município de Araçatuba, em São Paulo, sendo também identificado pelos autores, com base nos relatos das mães portadoras desse conhecimento, que o mesmo foi adquirido principalmente a partir do acesso a essa informação, facilitada por profissionais da saúde, os quais mais citados por elas foram os da área odontológica.

Com relação ao bom desenvolvimento bucal, Oliveira Filho e outros (2008), mostraram que entre as causas prejudiciais, está a oferta de chupetas e mamadeiras, e fortaleceram as considerações de Bervian, Fontana e Caus (2010), sobre os maiores danos quando levado em consideração a interligação das funções do sistema estomatognático, e destaca ainda sobre a relevância da atuação de um profissional de odontologia na orientação a gestantes e nutrizas, sobre os benefícios do AM, quando praticado com a técnica correta e durante tempo oportuno, na saúde bucal do lactente.

2.6 FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

O desmame é um acontecimento inevitável no processo da maternidade, no decorrer do desenvolvimento da criança, porém até que ele aconteça o AM é recomendado exclusivamente até os seus seis meses de vida, e complementado no mínimo até dois anos (BRASIL, 2009a; LEVY; BÉRTOLO, 2008).

De acordo com o MS, no Brasil, o AME tem baixa prevalência, sendo esse interrompido em tempo inoportuno, não estando o bebê seguro para uma inesperada e rápida transição alimentar, que pode ocorrer tanto por vontade da mãe ou por uma necessidade da nutriz, a partir de um ou mais fatores influentes, tornando-se um desafio para o sistema de saúde do país o desenvolvimento de ações a fim de promover e proteger a prática do AM e introdução de alimentação complementar, adequada e no tempo oportuno (BRASIL, 2009a).

2.6.1 Trauma mamilar

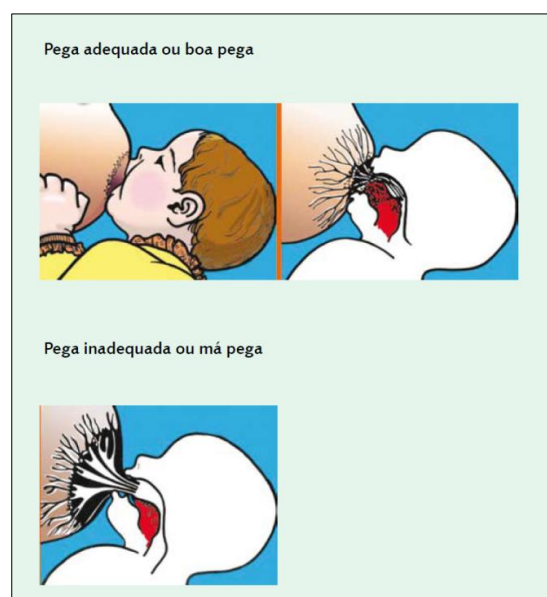
A técnica incorreta no ato de amamentar, principalmente a pega inadequada, também pode causar, na nutriz, um trauma mamilar, que baseado em relatos de mães, em estudo realizado por Junges e outros (2010), é um fator que pode suscitar

na mulher a motivação para não amamentar ou interromper precocemente o AM, podendo essa motivação ser influenciada também por outras variáveis, nas quais em seu estudo são divididas em dois grupos, biológicas e culturais.

Rocci e Fernandes (2014), afirmaram que o trauma mamilar, que em seu estudo obteve resultado percentual inferior, quando se comparado a outros, é o fator mais relatado na literatura como influente no desmame e introdução precoce de alimentação complementar em crianças menores de seis meses de vida, já sendo anteriormente destacado por Junges e outros (2010), a importância do profissional da saúde, no ensino da técnica correta de amamentação, visto ser essencial à atenção à nutriz, pois dela provém o melhor alimento natural para o recém-nascido.

O MS elaborou um caderno com o objetivo de despertar, bem como colaborar para que os profissionais de saúde desenvolvessem a importante tarefa de assistência materna infantil, a partir da Atenção Básica, no acompanhamento e fornecimento de orientações, a fim de promover e apoiar a prática do AM. Entre um dos pontos abordados no caderno encontra-se a necessidade da observação, pelos profissionais que praticam tal assistência, durante a mamada para verificar se a técnica está adequada, principalmente a pega do bebê (FIGURA 1) (BRASIL, 2009a).

Figura 1 – Comparação entre técnica de pega adequada e inadequada.



Fonte: (BRASIL, 2009a).

2.6.2 Influência da família ou comunidade a qual mãe e bebê estão inseridos

Outro fator bastante influente na interrupção precoce do AM é a família ou a comunidade a qual mãe/bebê estão inseridos, Frota e outros (2009a), verificaram em estudo, que muitas mães, que estão aptas a amamentar e têm o filho apto a receber, são motivadas principalmente por mulheres da família e até mesmo por vizinhas a inserir na alimentação do bebê, menor de seis meses, outros alimentos como complemento ou substituição do leite materno, como por exemplo, chás, papas, caldos e mingaus, tendo como justificativas experiências anteriores.

Por outro lado, Araújo e outros (2008), consideraram que no sentido de influência familiar, encontra-se o caso de mães na adolescência, as quais algumas são desestimuladas a amamentar seus filhos devido à ausência familiar, pela não aceitação da gravidez, associada às transformações hormonais, corporais e emocionais da fase puberal. Mostrando-se a relevância da observação de Takemoto e outros (2011), que apesar do apoio familiar ser sugestionado de interferências socioculturais vindas de experiências anteriormente vivenciadas por mães, avós, tias, e outras mulheres da família, ele apresenta-se como fundamental no incentivo ao AM.

Diante ao exposto é importante que os profissionais da saúde que prestam assistência materna infantil, estejam atentos ao meio o qual mães e filhos estão inseridos, mostrando-se a necessidade do respeito aos mitos, crenças e tabus provenientes de um senso comum, trazidos ou vivenciados por familiares, amigos e vizinhos, os quais influenciam na prática do AM por essas mães, de maneira favorável ou não. Verificando assim a necessidade de um trabalho não só com as mães, mas com aqueles que interferem nessa prática, visando um apoio que contribua de forma favorável à amamentação (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

Ao falar em influência familiar, Pontes, Alexandrino e Osório (2008), também destacaram a participação paterna no AM, verificando a partir de relatos de pais e mães, que é primordial um rompimento de padrões trazidos no decorrer da história, no que se refere à divisão de tarefas, sendo a prática do aleitamento estabelecida como uma tarefa, em sua totalidade, exclusiva da mãe, justificando que o pai deixe de exercer sua participação, fundamental, nessa prática, modelo de paternidade

afetiva, sendo-lhe imposto por esses padrões o exercício da paternidade provedora (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

Baseados em uma revisão da literatura, Silva, Santiago e Lamonier (2012), observaram na maioria dos estudos revisados, que o apoio do companheiro a prática do AM, foi relatado por gestantes como sendo o mais relevante quando se comparado ao apoio de outros familiares, o que fortalece o afirmado por Freitas, Coelho e Silva (2007), de que a participação intensa do companheiro está estreitamente relacionada ao bem-estar da nutriz.

2.6.3 Nutriz no mercado de trabalho

Em resultados do estudo realizado por Frota e outros (2009b), foi observado que dentre fatores influentes na prática do AME em tempo adequado está à inserção da mulher no mercado de trabalho, devido ao fato de ser a responsável ou auxiliadora no sustento da família, principalmente quando o trabalho é isento de formalidade, não sendo a mulher amparada pela licença maternidade, o que contraria os resultados encontrados por Sanches e outros (2011), que verificaram em seu estudo, o trabalho isento de formalidade como sendo um fator protetor a manutenção do AM durante o primeiro semestre seis de vida do lactente.

Licença-maternidade – à empregada gestante é assegurada licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (Constituição Federal de 1988, artigo 7º, inciso XVIII). A Lei Federal nº. 11.770, de 09 de setembro de 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, que visa a prorrogar para 180 dias a licença maternidade prevista na Constituição, mediante incentivo fiscal às empresas. A empregada deve requerer a licença até o final do primeiro mês após o parto e o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança. As empresas tributadas com base no lucro real que aderirem ao Programa terão dedução do imposto devido ao conceder os 60 dias de prorrogação da licença às suas servidoras. É importante lembrar que muitos estados e municípios já concedem licença maternidade de 6 meses, com o objetivo de fortalecer suas políticas de promoção e proteção do aleitamento materno (BRASIL, 2009a, p. 62).

Salustiano e outros (2012), também verificaram em seu estudo que é maior a chance do desmame quando a mãe exerce atividade profissional fora de casa, porém ele afirma não ter analisado a prevalência do AM entre mulheres que executam suas atividades profissionais dentro de sua própria residência.

Souza e Rodrigues (2010), relataram a conquista feminina no mercado de trabalho, a qual as mulheres veem alcançando cargos valorosos, e ao tornar-se mães

dispõem de direitos maternos. Eles ressaltaram a inviabilidade do AM com a distância entre mãe e filho, e destaca que a atuação profissional da mãe longe do lar pode exercer interferência nessa prática, visto que poucas são as empresas as quais as nutrizes são contempladas com benefícios alternativos, que visam à garantia da proximidade dessas ao lactente, durante sua jornada de trabalho.

Salustiano e outros (2012), fizeram uma observação ao fato de que em consequência da consolidação de altos cargos profissionais pelas mulheres, existem aquelas que por medo de perder o emprego, ou não conseguem ficar longe do exercício profissional, acabam não utilizando a licença maternidade, observando-se assim a necessidade da busca pelo equilíbrio entre vida profissional e maternidade, a partir de uma adaptação a nova realidade e responsabilidades da mulher ao tornar-se mãe. Já em estudo realizado por Barros e outros (2009), observou-se que apesar da maioria das mães analisadas não exercerem uma atividade profissional fora do lar, à prevalência da prática do AM era por mães que trabalhavam fora de sua residência.

Demétrio, Pinto e Assis (2012), verificaram em seu estudo o risco da substituição do leite materno por leite de vaca e outros alimentos, quando a mãe deixa o filho, menor de seis meses, e vai trabalhar, caracterizando assim o desmame e introdução precoce de alimentação complementar nesses bebês, o que acrescenta aos resultados encontrados por Golin e outros (2011), ao analisarem que lactentes menores de seis meses, deixados em creches públicas, enquanto a mãe encontrava-se em sua jornada de trabalho, recebiam leite não materno assim também como alimentação complementar, mostrando-se ser primordial capacitação dos profissionais da educação que atuam com lactentes.

Levando em consideração à mulher no mercado de trabalho, no Brasil, a legislação dispõe de alguns direitos a nutriz, a fim de contribuir na manutenção do AM, dentre esses direitos, além da licença maternidade, dispõe-se também à garantia no emprego, creche, pausa para amamentar, e as regras com relação à comercialização de alimentos, chupetas, bicos e mamadeiras para lactentes, sendo importante que a má conduta ao não cumprimento desses direitos, por parte das instituições contratantes sejam denunciados pelos profissionais de saúde que prestam assistência materna infantil (BRASIL, 2009a), visto que segundo Osório e

Queiroz (2007), foram notáveis o desconhecimento desses direitos por muitas mulheres.

Como uma alternativa de manter o AM em casos inevitáveis de afastamento entre nutriz e lactente, devido ao retorno da nutriz ao exercício de sua atividade profissional fora de sua residência, o MS orienta sobre técnicas adequadas para ordenha manual do leite humano, podendo esse ser armazenado por 12 horas na geladeira ou por 15 dias em congelador ou freezer, assim também como a técnica adequada para sua oferta ao lactente, contribuindo assim principalmente para a manutenção do AME até o sexto mês de vida do bebê (BRASIL, 2009a).

2.6.4 Leite fraco ou insuficiente

Araújo e outros (2008), ao analisarem fatores que incentivaram nutrizes ao ato de desmame do lactente, obtiveram o relato dessas mulheres sobre a insuficiência de leite e questionamento sobre sua qualidade, sendo suposto pelos autores que esses fatores são causados a partir de características da sociedade atual, a qual a mulher tem conquistado cada vez mais espaço, aumentando suas responsabilidades, o que as tornam mais agitadas e apreensivas, ou também pela ausência de transmissão cultural familiar ao incentivo ao AM.

Carvalhoes, Parada e Costa (2007), anteriormente já haviam realizado um estudo para verificar fatores influentes para que mães não amamentassem exclusivamente seus bebês, menores de quatro meses, ao qual foram identificados relatos semelhantes aos encontrados por Araújo e outros (2008), sendo duas das justificativas, a não suficiência de leite ou sua fraqueza, mas que segundo os autores, não se apresentaram como fatores reais, visto que verdadeiros diagnósticos dessas duas causas são raros entre mulheres.

Com relação aos relatos sobre a qualidade do leite, conceituado como fraco, foi explicado por Osório e Queiroz (2007), que isso se dá a partir de comparações visuais feitas por mães, entre o leite humano e engrossantes. Sendo considerado um mito trazido pela doutrina higienista, como justificativa para preencher uma lacuna sobre falhas na prática do AM, ao qual é utilizado até os dias de hoje.

O MS explicou a percepção de leite fraco ou insuficiente devido à dúvida que muitas mães encontram com relação ao verdadeiro suprimento das necessidades dos

bebês, visto que esses, por não falarem, a maior parte de suas expressões é por meio do choro, sendo algo natural, e se após a mamada a criança chora, a mãe associa que ela ainda está com fome, geralmente a mesma interpretação e dada por pessoas presentes no ambiente em comum, o que pode tornar-se um problema, pois tal reafirmação por parte dessas pessoas pode deixar a mãe agitada e conseqüentemente o bebê, fazendo com que o mesmo chore ainda mais (BRASIL, 2009a).

A oferta de complementos ao leite materno tranquiliza a mãe ao pensar que seu filho realmente está sendo nutrido, o que acalma a criança, e assim a mãe tem a convicção de que o choro realmente era por fome. Levando em consideração que a produção do leite materno é influenciada pela frequência de mamadas, sendo essa recomendada em livre demanda, e pelo esvaziamento da mama, com isso, a partir do afastamento do lactente do peito, essa produção é gradativamente diminuída, o que contribui para o pensamento de que o leite materno é fraco ou insuficiente, sendo esse um potencial fator ao desmame precoce (BRASIL, 2009a).

2.6.5 Uso de tabaco ou álcool

Chaves, Lamounier e César (2007), ao fazerem uma comparação entre mães que faziam uso de tabaco ou álcool, com as que não faziam, verificaram que as que não faziam, tinham tempo de aleitamento natural maior, sendo reforçada pelos autores a necessidade de diminuição do uso de tabaco e álcool por mulheres que praticam o AM.

Kachani e outros (2008), realizaram um estudo com o objetivo de verificar a influencia do consumo de álcool por nutrizes na saúde dos lactentes, e concluiu que apesar da contribuição positiva do leite humano para a saúde da criança, deve haver um olhar crítico por parte dos profissionais de saúde, que acompanham mãe e bebê, ao considerar se realmente os possíveis danos, como físicos, fisiológicos ou emocionais, os quais o lactente pode estar exposto, podem ser superados pelas grandes vantagens fornecidas pelo leite humano, e só interferindo na prática de aleitamento por essas mães, a partir de provas de caráter substancial dos efeitos deletérios a saúde do lactente.

Oliveira e outros (2011), também atentaram a casos de nutrizes que fazem consumo de álcool por acreditarem que uma pequena dose antes do lactente mamar contribui na produção do leite, assim também como é capaz de tranquilizá-lo. Provenientes do senso comum são crenças que segundo Kachani e outros (2008), não se apresentaram efetivas, sendo o consumo de álcool não indicado para nutrizes.

Del Ciampo e outros (2009), ao analisarem relação entre frequência da amamentação materna e o uso de tabaco ou álcool, não obtiveram discrepância estatística entre essa frequência quanto ao fato da nutriz fazer uso ou não dessas substâncias, sendo sugerido pelos autores que tais resultados se devem ao sucesso de ações preventivas realizadas nas unidades de saúde as quais os dados foram coletados, demonstrando assim a importância da assistência materno infantil por profissionais de saúde.

Por outro lado, Del Ciampo e outros (2009), também sugeriram o fato das mães participantes do estudo ser abordadas após consulta do lactente, na qual foram informadas de possíveis efeitos deletérios tanto a sua saúde quanto a do lactente, sendo uma das razões a possível veiculação de nicotina e etanol pelo leite humano, podendo isso ter interferido na veracidade das respostas obtidas, sendo o mesmo suposto por Rocha e outros (2013), com relação aos dados obtidos em seu estudo, ao qual verificou a minimização do uso de cigarro por mulheres com a descoberta da gestação.

Diante ao exposto, levando em consideração o aumento do uso de cigarro e consumo de bebidas alcoólicas por mulheres, nos últimos anos, Santos e outros (2014), abordaram a importância da orientação pelos profissionais de saúde às gestantes, sobre consequências deletérias dessas substâncias a saúde materna infantil, assim também como assistência a casos com possíveis danos já instalados, seja no decorrer da gestação como da lactação. Os mesmos autores também relataram a falta de estudo sobre o tema.

2.6.6 Outros fatores

Outros fatores como, influencia do profissional da saúde não capacitado para o acompanhamento materno infantil, tempo de acompanhamento pré-natal, desconhecimento das mães sobre AM, uso de bicos e chupetas, idade materna e

renda familiar, foram citados por Barbosa e outros (2009), como sendo de risco para a precoce interrupção do AM em crianças menores de seis meses de vida, porém são fatores não tão explícitos na literatura, como trauma mamilar, influencia da família ou comunidade, nutriz no mercado de trabalho, leite fraco ou insuficiente e uso de tabaco ou álcool.

Castilho e Rocha (2009), a partir de uma análise da literatura verificaram a oferta da chupeta ao lactente como uma forma de amenização do choro e estímulo a movimentos da língua, por exemplo, porém os autores afirmam que as desvantagens são maiores, pois foi observado que quando essa oferta acontece durante a prática do AM, essa será desestimulada e conseqüentemente o mesmo ocorrerá com a produção do leite, levando a interrupção total dessa prática. Outras desvantagens também foram verificadas pelos autores, como por exemplo, comprometimento da saúde bucal da criança e riscos de infecção.

Com relação à renda familiar, desconhecimento sobre o aleitamento e grau de instrução materno Vasconcelos, Lira e Lima (2006), associaram esses fatores a partir do resultado de seu estudo, os quais verificaram a maior duração da prática do aleitamento em lactentes cujo rendimento era acima de dois salários mínimos para cada um componente da família, sugerindo assim a possível influência desse fato na colaboração ao maior grau de instrução materno, assim levando a maior exposição a informações sobre amamentação natural, ao contrário das mães com menor renda familiar, sendo também sugerido pelos autores o agravante da necessidade dessas em logo ir ao mercado de trabalho.

Chaves, Lamounier e César (2007), ao verificarem a influência da idade materna na duração de AM observaram em seu estudo a menor tendência dessa prática por mães com idade inferior a vinte anos, explicando tal fato a partir da suposição de maior riqueza de experiências e instrução sobre a prática de amamentar naturalmente, entre mães com idade igual ou superior a vinte anos, os autores ainda sugerem ações que contribuam para a manutenção dessa prática entre mães adolescentes, bem como para minimização da gravidez nessa fase.

Sepka e outros (2007), a partir de seu estudo sobre AM realizado com mães adolescentes também afirmaram a importância de ações focadas na necessidade de acompanhamento durante a gestação e o período de AM, para que essas sejam capazes de alimentar seus filhos com leite humano durante tempo oportuno, pois os

autores verificaram que apesar das adolescentes desse estudo dar valor a essa prática, são desfavorecidas de conhecimento e técnica, o que contribui para menor tendência dessa prática entre mães adolescentes.

Barros e outros (2009), afirmaram que apesar das controvérsias observadas na literatura, o tipo de parto também é um fator de risco associado ao desmame antes do primeiro semestre de vida do bebê, assim também como a escolaridade materna, e a estrutura do atendimento hospitalar, na qual mãe e filho ficam afastados no pós-parto durante o tempo de permanência no hospital.

Com relação à escolaridade materna, de acordo com resultados observados em estudo de Wenzel e Souza (2011), quanto maior o grau de instrução materna mais frequente é taxa de AME na amostra, sendo suposto pelos autores que o maior grau de instrução facilita o acesso a informações, o que conseqüentemente favorece a prática de AM, bem como a valorização dos direitos da nutriz quando a mesma exerce atividade profissional fora do lar, e após usufruírem desses direitos geralmente interrompem totalmente o AM, sendo a maior a prevalência do AM após os seis meses de vida da criança, em mães com menor grau de instrução.

Considerando tais fatores associados à interrupção da prática do AM, antes dos primeiros seis meses de vida do bebê, no Brasil, ações vêm sendo desenvolvidas como estratégia de promoção, proteção e apoio a essa prática, dentre essas ações pode-se citar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Bancos de Leite Humano e Rede Amamenta Brasil (CAMINHA et al., 2010). Ações com a mesma finalidade também vêm sendo desenvolvidas com relação à prática de introdução da alimentação complementar saudável, no tempo oportuno (BRASIL, 2010).

2.7 POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

No Brasil, em 1981 aconteceu a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), caracterizado pela realização de várias ações como a capacitação de profissionais atuantes na assistência a saúde materno-infantil, orientação a técnicas na prática do AM, campanhas publicitárias, grupos de apoio comunitário e vigência de legislações voltadas a promover e proteger a manutenção ao aleitamento natural, foi reconhecido internacionalmente, e no decorrer do tempo

pode contar com implementação de novas ações (SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Voltada para ações no âmbito da atenção básica de saúde, no ano de 2008, especificamente no início da Semana Mundial da Amamentação, uma estratégia de mobilização social, a qual acontece todos os anos, desde 1992, o MS implementa na Política de incentivo ao AM, uma nova estratégia chamada Rede Amamenta Brasil, a qual sua proposta é atuar no processo de capacitação sobre AM, das equipes de profissionais de todas as áreas atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais trabalham com nutrizes, visando assim a formulação e desenvolvimento de ações relativas a realidade de cada localidade atendida (BRASIL, 2011a).

Com relação à atenção hospitalar no incentivo e apoio ao AM, o Brasil conta com IHAC e o Método Canguru. A IHAC faz parte de uma das nove áreas operacionais da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância criada pela parceria entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tal estratégia visa não só a manutenção do AME até o primeiro semestre de vida da criança, mas também a oferta da alimentação complementar saudável, estando de acordo com o tempo recomendado (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

A IHAC tem como base a adequações em rotinas de hospitais-maternidade e postura de seus profissionais, tendo como uma das condições para tal qualificação do hospital, o estabelecimento dos “Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno” (QUADRO 1), prestando um atendimento baseado na orientação as mães que dão a luz, a fim de garantir que essas venham dar continuidade ao aleitamento natural após a alta hospitalar, sendo que no Brasil, entre os anos de 1992 e 2009, mais de 300 hospitais foram credenciados. A IHAC contempla também ações voltadas à alimentação de crianças cuja mãe foi infectada pelo vírus HIV (LAMOUNIER et al., 2006; SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Quadro 1 - Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Toda e qualquer unidade que preste serviços de maternidade e cuidado neonatal deve:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.³
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Fonte: Organização Mundial da Saúde; Fundo das Nações Unidas Para a Infância, 1989 (*apud* FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008, p. 11).

Com relação ao Método Canguru, esse foi implantado no ano 2000, é caracterizado por ser uma política pública que fundamentada na assistência as mulheres gestantes antes e após o parto, assim também como sua família, a partir de um trabalho focado na humanização do cuidado ao recém-nascido de baixo peso, sendo esse considerado quando o bebê nasce com peso abaixo de 2,500g, independente da idade gestacional. O Método Canguru tem como principio o favorecimento do vinculo mãe e filho, o qual é considerado fundamental no desfecho positivo para tais casos de risco, bem como a manutenção do AM (BRASIL, 2011b).

Outra importante estratégia de incentivo ao AM é a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), a qual atua no recolhimento, processamento e doação do leite humano, a partir da certificação de sua qualidade, sendo destinado ao consumo de lactentes internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e para o apoio a manutenção do aleitamento com leite humano por mães com dificuldades encontradas na prática de amamentação, sendo a REDEBLH atuante também no auxilio e orientação a nutrizes (ALMEIDA; NOVAK; SILVA, 2006; SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIUGLIANI, 2010).

2.8 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A alimentação complementar é caracterizada pela introdução de alimentos na dieta do lactente como complemento ao leite materno, sendo recomendada a partir do

primeiro semestre de vida da criança, tendo como base o desenvolvimento do sistema estomatognático, a fim de que nessa nova fase sua demanda nutricional seja suprida. A alimentação complementar caracteriza a formação dos hábitos alimentares do bebê, aos quais ele vai levar para a vida adulta, podendo tais hábitos ser um reflexo dos do meio ao qual o bebê está inserido. Revelando com isso a importância de uma alimentação complementar saudável (BRASIL, 2009a).

Em estudo realizado por Dias, Freire e Franceschini (2010), foram consideradas algumas características essenciais para que uma alimentação complementar seja designada saudável, entre elas encontra-se a oferta dos alimentos no tempo recomendado, sendo variada nos tipos de alimentos, rica em nutrientes, de fácil acesso financeiro por parte da família, geralmente composta por alimentos que fazem parte do cotidiano da mesma, porém oferecida na consistência e na quantidade direcionada a idade da criança. Foi também considerada pelos autores a segurança da alimentação no que se refere à ausência de contaminantes de qualquer natureza, bem como a redução na utilização de sódio no preparo.

Tais características consideradas por Dias, Freire e Franceschini (2010), foram baseadas nas recomendações do MS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/OMS, denominadas como “Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de dois anos” (QUADRO 2) (BRASIL, 2010).

Quadro 2 – Os 10 passos para alimentação saudável das crianças menores de dois anos.

<p>PASSO 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.</p> <p>PASSO 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.</p> <p>PASSO 3 – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.</p> <p>PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.</p> <p>PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês), e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.</p> <p>PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.</p> <p>PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.</p> <p>PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.</p> <p>PASSO 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.</p> <p>PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.</p>

Fonte: Brasil, 2002 (*apud* DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010, p. 484).

Com base no segundo e quarto e quinto passo, deve-se levar em consideração que a alimentação complementar deve ser introduzida de forma lenta e progressiva (QUADRO 3), sendo considerada uma nova experiência para a criança, podendo-a estranha-la, rejeitado-a até que ocorra a adaptação, geralmente acontecendo no oitavo contato da criança com o alimento. Com relação à consistência dos alimentos, até que a criança consuma as mesmas preparações da família, esses devem ser inicialmente ofertados amassados, não sendo recomendado o processamento no liquidificador ou uso de peneira, visto a não contribuição na distinção da consistência do alimento, assim também como no prejuízo ao desenvolvimento da mastigação. Líquidos como refeição também não são recomendados devido à baixa densidade energética (BRASIL, 2010).

Quadro 3 – Esquema para introdução dos alimentos complementares.

Idade	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para a alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

Fonte: (BRASIL, 2010).

Com relação ao início da alimentação complementar e ao tipo de alimento ofertado, Caetano e outros (2010), verificaram em seu estudo a precoce introdução de alimentos, sendo esses não apropriados como complemento à alimentação infantil, sendo a mediana de idade de sua amostra estabelecida como quatro meses do lactente. Dentre os alimentos ofertados, observaram em maioria os industrializados, como semiprontos, bebidas artificiais, bolachas recheadas entre outros produtos ricos em açúcares simples, gordura saturada e sódio, sendo a oferta desses alimentos considerada pelos autores, como sendo um fator de exposição desses lactentes a doenças crônicas futuras.

Levando em consideração a recomendação da transição da alimentação complementar para o padrão familiar, Martins e outros (2013), verificaram em seu estudo, com base em Pesquisas Brasileiras de Orçamentos Familiares, o progressivo consumo energético advindo principalmente do crescente aumento da

presença de produtos processados e ultraprocessados na mesa dos brasileiros, tais resultados demonstraram-se independente da renda familiar, sendo que os produtos observados mais frequentemente corroboram com os achados de Caetano e outros (2010), os quais foram ofertados precocemente as crianças do seu estudo, entre eles estão, por exemplo, os refrigerantes, biscoitos doces e refeições semiprontas.

O consumo de produtos in natura, com exceção das frutas, e os ingredientes culinários, nos resultados de Martins e outros (2013), esses apresentaram declínio entre a alimentação dos brasileiros, sendo destacada pelos autores a importância da educação alimentar e nutricional para inversão desses resultados principalmente quando comparado ao grande consumo de produtos ultraprocessados.

Mondini e outros (2012), consideraram em seu estudo que as medidas de inversão desses resultados vão além de ações voltadas para educação alimentar e nutricional, pois os autores verificaram em seu estudo, especificamente na cidade de São Paulo, que durante três décadas vem acontecendo à progressiva elevação nos preços de alimentos in natura e minimamente processados, enquanto os preços dos processados e ultraprocessados tiveram mínimas alterações de valores, sendo considerados por eles como medida de incentivo a alimentação saudável a redução de preço dos componentes dessa.

Monteiro e Castro (2009), abordaram em seu estudo a influência do marketing nas escolhas alimentares incorretas da população, o qual tem maciças estratégias de convencimento como economia, praticidade e atribuições saudáveis, que segundo os autores baseados em acontecimentos internacionais a fim de reverter situação idêntica a essa, não vai ser com o impedimento do marketing alimentício, e nem apenas por meio do fornecimento de informações adequadas, mas utilizando o marketing para disseminação da mesma, paralelamente a criação de legislações e regulamentos limitantes do marketing de alimentos processados e ultraprocessados.

A indústria e o marketing alimentícios apresentam três argumentos com relação a suas maciças estratégias de convencimento, esses argumentos são baseados no relato de que tudo é saudável, desde que consumido com equilíbrio, de que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) não tem legitimidade legal de intervenção na publicidade dos produtos alimentícios, e que cada indivíduo tem seu livre arbítrio para decidir o que consumir, e o governo não têm direito de intervir, porém os autores contrapõem o primeiro argumento ao levarem em consideração

que quando as indústrias alimentícias de departamento infantil comprometeram-se com países da União Europeia e Estados Unidos os a não realização publicitária de alguns de seus produtos, as mesmas já contradiziam tal afirmação, sendo os outros dois argumentos passíveis de debates e considerações (GOMES; CASTRO; MONTEIRO, 2010).

A partir de estudo realizado com crianças entre 4 e 29 meses de idade, de oito creches públicas do município de São Paulo, Toloni e outros (2011), observaram que essas instituições foram responsáveis pela oferta de refeições sem variedades diárias, compostas por produtos alimentícios industrializados, o que segundo os autores não condiz com o dever dessas creches na contribuição da construção dos hábitos alimentares saudáveis dessas crianças.

Simon, Souza e Souza (2009), levando em consideração que a construção do estilo alimentar do lactente, o qual é refletido na vida adulta, começa durante o período da oferta da alimentação complementar, afirmaram em seu estudo que alimentos ricos em açúcar, seja por adição durante o preparo, ou não, são alimentos de maior aceitabilidade pelas crianças, devido suas características sensoriais prazerosas, as quais estimulam seu grande consumo, tornando-se um hábito, aumentando assim as calorias totais da alimentação da criança, e conseqüentemente sendo um fator de risco para o excesso de peso a curto ou em longo prazo.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), afirmou ainda que o excesso de sal na alimentação complementar do lactente está associado ao desenvolvimento da hipertensão arterial, e faz a suposição de que a nomenclatura “papa salgada” influencia na adição do sal durante o prepara da mesma que será ofertada a criança, visto que não existe essa necessidade se levado em consideração à presença do sódio intrínseco aos alimentos, com isso sugere que essa nomenclatura passe a ser “papa principal”.

Brunken e outros (2006), observaram em resultados de seu estudo, realizado no município de Cuiabá, Mato Grosso, com amostra composta por 921 crianças, que menos de 60% dessas, aos oito meses, estavam sendo gradativamente transicionadas para a alimentação padrão de sua família, recebendo principalmente preparações de sopa, que segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), pode gerar dificuldade na aceitação futura de alimentos sólidos por parte das crianças, sendo também considerada pela Sociedade Brasileira de Pediatria a questão da

introdução da alimentação complementar tardiamente, o que segundo ela é um potencial fator de risco para o desenvolvimento de alergias alimentares na criança.

Bernardi, Jordão e Barros Filho (2009), obtiveram em seu estudo relatos de mães de lactentes sobre o início da alimentação complementar desses, verificando que apesar da introdução da primeira papa salgada na alimentação, acontecer entre os seis e sete meses de vida, geralmente ocorria falha no que diz respeito à consistência da papa, quando levado em consideração as recomendações para tal característica, pois foi verificado o processamento no liquidificador sendo o segundo mais utilizado pelas mães após o ato de amassar os alimentos ofertados.

Silva, Venâncio e Marchioni (2010), ao verificarem em resultados de seu estudo a oferta precoce da alimentação complementar em considerável parte dos lactentes de sua amostra, consideram a associação de tal achado a maior exposição desses lactentes ao desenvolvimento de doenças crônicas futuras, como excesso de peso e doenças do coração, destacando assim a importância de políticas e programas direcionados a manutenção da prática do AM adequada, durante o tempo recomendado, sucedido da introdução da alimentação complementar saudável.

Ao levar em consideração o nono passo, quando a alimentação complementar ofertada a criança é preparada ou manuseada de forma inadequada, ou seja, sem cuidados de higiene, essa é considerada como um potencial risco de contaminação, podendo ocasionar quadros de diarreia, e até mesmo causar desnutrição. Tal contaminação pode ocorrer também a partir da oferta de alimentos desaconselhados como mel e produtos em conserva, nos quais podem estar presentes esporos de *Clostridium botulinum*. Outros riscos também estão relacionados à qualidade nutricional da alimentação ofertada (BRASIL, 2009a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

2.9 PROBLEMAS NUTRICIONAIS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INADEQUADA

Levando em consideração que para seu saudável crescimento e desenvolvimento a criança necessita do suprimento adequado de sua demanda não só de macronutrientes, mas também de vitaminas e minerais, e que quando não supridos de forma adequada seja devido à quantidade ou qualidade, pode acarretar

principalmente no desenvolvimento de anemia, desnutrição e obesidade (BRASIL, 2009a).

A deficiência de micronutrientes, dentre eles, principalmente a vitamina A, ferro e zinco são consideradas um agravante para a saúde pública no mundo todo, principalmente em países que estão se desenvolvendo, acometendo grupos de indivíduos considerados mais suscetíveis biologicamente, principalmente às crianças abaixo de cinco anos, e com base em tal exposto o MS vem desenvolvendo ao longo dos anos medidas para intervir na carência de determinados micronutrientes, para que se tenha uma redução em seu índice de prevalência, assim como na consequente influencia deletéria a saúde (SALES et al., 2013; SZARFARC, 2010).

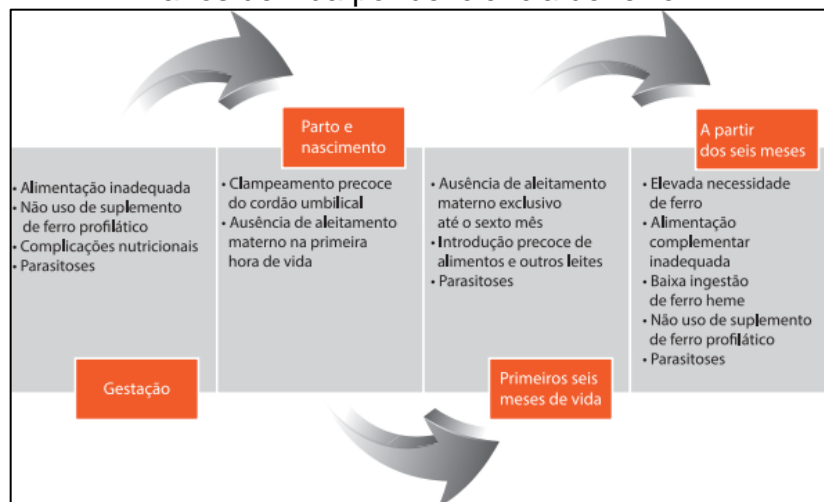
O desenvolvimento da anemia está associado a vários fatores, sendo que metade das ocorrências está relacionada especificamente ao não suprimento da demanda desse mineral por meio da alimentação. Os outros fatores associados à gênese da anemia é o déficit do folato, vitamina B12 ou A, assim também como inflamação crônica, infecções parasitárias e doenças genéticas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013a).

Em estudo a fim de identificar fatores influentes no desenvolvimento da anemia ferropriva em crianças entre um ano e um ano e oito meses do município de Viçosa, Minas Gerais, ainda em AM, Netto e outros (2011), verificaram a relação entre a maior ingestão de cálcio e menor densidade do mineral ferro dietético no desenvolvimento da anemia, sendo também verificada a importância da oferta de alimentos fonte de ferro em quantidade adequada, porém de forma que sua absorção não seja prejudicada devido ao alcance total do potencial gástrico a partir de uma ingestão alimentar de elevada densidade energética.

Levando em consideração o desenvolvimento da anemia consequente a carência do ferro, Bortolini e Vitolo (2010), a partir de uma revisão da literatura afirmaram que a amamentação materna quando praticada exclusivamente durante o tempo recomendado supre o lactente em sua necessidade desse mineral durante esse período, o qual aos poucos naturalmente tem suas reservas esgotadas passando o papel de mantenedor de tal demanda para a alimentação complementar, devendo essa ser biodisponível em ferro, demonstrando-se portando a importância de uma alimentação complementar saudável.

Bortolini e Vitolo (2010), também abordaram em seu estudo outras formas que auxiliam no suprimento da carência de ferro, dentre elas pode-se citar a oferta de alimentos fortificados, uma dieta com presença de carne e alimentos fonte de vitamina C, que contribui positivamente na absorção do ferro, e a suplementação profilática em crianças entre seis meses e dois anos de vida, sendo essa medida estratégia da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), teve início em 2005, e é denominada Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), tendo como alvo não só a população infantil, mas também gestantes (FIGURA 2) e mulheres durante três meses após o parto ou aborto (BRASIL, 2013a).

Figura 2 - Principais determinantes da anemia durante a gestação e os primeiros anos de vida por deficiência de ferro.



Fonte: (BRASIL, 2013a).

Netto e outros (2011), observam efeitos positivos do PNSF ao verificarem em seu estudo a prevalência da anemia em crianças as quais as mães no período gestacional começaram em tempo tardio o acompanhamento pré-natal, ou seja, receberam tarde a suplementação profilática de ferro durante a gravidez, assim também como aquelas que não deram continuidade a mesma até três meses após o nascimento do filho.

Levando em consideração a estratégia de fortificação de ferro em determinados alimentos mais consumidos pela população, adotada em vários países, a partir de uma revisão da literatura, foi observado por Assunção e Santos (2007), a escassez de estudos que demonstrem a efetividade na elevação do consumo desse mineral após essa medida.

Sancionada a lei de fortificação de ferro em farinhas no Brasil, no ano de 2004, Assunção e outros (2007), em estudo a fim de verificarem a eficácia na garantia do aporte desse mineral em crianças com idade inferior a seis anos, do município de Pelotas, no Rio Grande do Sul, os autores concluíram que tal estratégia não teve efetividade em seu objetivo, sugerindo que a explicação para tal resultado deu-se pela pequena quantidade desses alimentos quando ofertados as crianças, assim como pela oferta de alimentos com inibidores desse mineral, sendo também levado em consideração a possível baixa biodisponibilidade do tipo de ferro adicionado.

Com relação à deficiência de vitamina A, no Brasil prevalente principalmente no nordeste, sendo essa diagnosticada a partir da dosagem dos baixos níveis séricos de retinol ($<0,70\mu\text{mol/L}$), a qual acomete principalmente crianças com idade inferior a cinco anos, as deixando expostas as consequências negativas dessa hipovitaminose, como por exemplo, ao desenvolvimento de xeroftalmia, quadros de diarreia frequentes e até a morbidade, sendo assim considerado pela OMS um fator de risco Global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013b; PAIVA et al., 2006).

Assim como o ferro, a vitamina A também tem sua demanda suprida no organismo do lactente até o seu primeiro semestre de vida, quando o mesmo é alimentado exclusivamente pelo leite humano durante esse período, garantindo assim seu adequado crescimento. Com início a introdução da alimentação complementar, essa passa a ter o papel de complementar o fornecimento da vitamina A, antes suprida apenas pelo leite materno. Caso a criança deixe de ser amamentada com o leite humano ou tenha sua oferta diminuída, o suprimento dessa demanda passa ser da alimentação, sendo os componentes dietéticos boas fontes de vitamina A (BRASIL, 2013b).

Em 2005 o MS também deu início ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, o qual tem por objetivo a suplementação profilática da vitamina A, sendo o binômio alimentação-suplementação um conjunto de medidas considerado pela OMS importantes no melhor aporte da vitamina A, e que segundo Paiva e outros, (2006), a partir de seu estudo com pré-escolares de Teresina, no Piauí, esse programa obteve resultado eficiente na saúde infantil, ao verificar que a apresentação do retinol no organismo das crianças estudadas deu-se principalmente devido a sua suplementação, mas que para os autores apesar de ser um resultado

positivo, devem ser buscadas também ações públicas de incentivo sustentável, com o suprimento dessa carência nutricional a partir da alimentação.

Ribeiro, Araújo e Dimenstein (2009), afirmaram em seu estudo que o aporte adequado de vitamina A atendido através da alimentação associado à dieta equilibrada da gestante, durante a gestação até a época precedente ao parto, é essencial na garantia desse nutriente para o feto, refletindo no seu preparo para o nascimento e posteriormente a fase em que será amamentado.

Com relação à suplementação profilática das demais vitaminas como, por exemplo, vitamina C e E, o MS levou em consideração estudos sobre a ausência de evidências de vantagens para tal medida rotineira, diferentemente da vitamina A e do ferro. Já considerando a suplementação rotineira de vitamina D, a ausência de recomendação para essa medida, no Brasil, é justificada pelo suprimento de sua demanda ser atendida a partir da exposição da criança a luz do sol, por no mínimo trinta minutos semanais, não sendo o leite materno e/ou alimento ofertado os primordiais nesse caso específico, mas também afirma que os mesmos não deixam de contribuir (BRASIL, 2009a).

Apesar de ser considerado em vários países um problema de saúde pública, no Brasil, a deficiência do mineral zinco é pouco conhecida na população, mas que se apresenta com potencial para tornar-se tal problema, sendo considerada fundamental a realização de análises da população brasileira com relação à carência desse mineral em suas especificidades, principalmente na população infantil, visto que estudos sugerem a maior vulnerabilidade dessa população (PEDRAZA et al., 2011; PEDRAZA; SALES 2015).

Levando em consideração estudos comparativos entre uma amostra com crianças com idade inferior a cinco anos, em risco nutricional, submetidas a suplementação de zinco, foi observado resultado eficiente, o mesmo ocorreu em estudos os quais verificaram a oferta desse mineral no tratamento da desnutrição infantil, podendo esse micronutriente ser suprido através de uma alimentação composta por suas fontes (MACÊDO et al., 2010; SILVA et al., 2006).

Levando em consideração os excessos alimentares de baixa qualidade Barcelos, Rauber e Vitolo (2014), sugeriram que o risco de obesidade infantil e os agravos relacionados a essa condição podem estar associados ao consumo desenfreado de

produtos processados e ultraprocessados, sendo observado em seu estudo que esses representaram a fonte de aproximadamente metade do consumo energético diário da amostra.

Um estudo recente avaliou o teor de determinadas vitaminas e minerais relacionados a uma alimentação composta principalmente por produtos ultraprocessados, a partir dos resultados os autores observaram que esses produtos quando comparados, por exemplo, com frutas, verduras e ovos apresentam menos da metade do teor de 16 dos 17 micronutrientes analisados, presentes nesses alimentos in natura (LOUZADA et al., 2015).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), ressaltou o potencial desenvolvimento de problemas renais quando a introdução da alimentação complementar não é acompanhada pela introdução de água potável, pois as fontes proteicas e os sais provenientes dessa alimentação são apresentados em quantidades maiores, o que conseqüentemente é responsável pela sobrecarga de solutos para os rins, sendo necessária a compensação a partir da ingestão de água potável. Com relação ao excesso de lipídios e carboidratos, principalmente os simples, provenientes da dieta da criança esses foram associados ao risco de desenvolvimento de doenças crônicas, entre elas diabetes mellitus tipo 2 e obesidade.

3 METODOLOGIA

3.1 NATUREZA/TIPO DE PESQUISA

Foi desenvolvida uma pesquisa de campo, com coleta de dados primários de base populacional, de caráter transversal. Partindo do pressuposto numérico, o presente estudo conta com uma análise quantitativa descritiva de dados.

3.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Inicialmente a amostra inicial seria composta por 65 (sessenta e cinco) responsáveis de crianças com idade entre 6 meses e 5 anos, e os critérios de inclusão deste estudo foram: fazer parte da instituição religiosa em questão, e ser o responsável por uma ou mais crianças com idade entre 6 meses e 5 anos. Foi definida por conveniência, sendo excluídos do estudo os responsáveis que não assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Sendo assim, a amostra foi composta por apenas 55 responsáveis, os quais assinaram o TCLE. A escolha da instituição religiosa foi justificada por seu interesse no desenvolvimento de atividades de orientação a hábitos alimentares saudáveis para suas crianças frequentadoras.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi adaptado e aplicado um questionário (ANEXO A) de Corrêa e outros (2009), questionário que fez parte de um projeto de mestrado desenvolvido na Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Nutrição, com perguntas mistas, bem como o questionário do critério de classificação econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2014), a fim de coletar dados de identificação, caracterização socioeconômica familiar, AM e introdução de alimentação complementar. Serão feitas perguntas como número de consultas pré-natal, fatores que influenciam no desmame, idade da criança ao receber determinados alimentos, conhecimento sobre direitos da mulher que amamenta, recebimento de informação e orientação sobre o AM, tempo de aleitamento, renda familiar, idade e escolaridade materna.

3.4 INSTRUMENTO DE ANALISE DE DADOS

A caracterização dos dados foi realizada pela frequência observada e porcentagem. Para a associação entre as variáveis se utilizou o teste do qui-quadrado de Pearson e quando este não teve as suas premissas atendidas, o teste Exato de Fisher foi o requerido. O nível de significância utilizado em todas as análises foi de 5% com intervalo de confiança de 95%. O programa IBM SPSS *Statistics version 21* realizou as análises estatísticas propostas acima com demonstração através de tabelas.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foi elaborada uma carta de aceite (APÊNDICE A), a qual foi apresentada ao pastor presidente da igreja, e mediante sua assinatura de autorização, o TCLE (APÊNDICE B) foi apresentado ao responsável pela criança, sendo esse formulado para que os responsáveis pudessem conhecer o estudo, bem como consentir sua participação voluntária e permitir a publicação dos resultados estabelecidos por meio dos dados coletados, sendo por aspectos éticos a não divulgação do seu nome, assim como a possível desistência a qualquer momento durante a realização do trabalho.

3.6 MATERIAIS E MÉTODOS

Todos os procedimentos foram realizados pela própria pesquisadora. Primeiro foi entregue ao pastor presidente da instituição religiosa a carta de aceite (APÊNDICE A), após sua autorização foram identificados 65 responsáveis por crianças com idade entre 6 meses e 5 anos, que são membros da instituição. O TCLE (APÊNDICE B) foi lido individualmente com cada responsável, sendo a coleta de dados iniciada após sua assinatura de consentimento. O tempo em que cada responsável respondeu o questionário (ANEXO A) foi de 10 minutos. A identificação e contato com os responsáveis aconteceram a partir de informações obtidas na secretaria da instituição, sendo as abordagens realizadas durante três domingos no decorrer de uma programação infantil que aconteceram no período da noite.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constituiu de 55 responsáveis de crianças entre 6 meses e 5 anos de idade. A Tabela 1 a seguir apresenta o perfil sociodemográfico das crianças e das mães. 50,91% das crianças foram do sexo masculino, 43,64% possuíam idade entre 3 a 4 anos e 87,27 nasceram com peso maior ou igual a 2,500 Kg. A faixa etária mais observada nas mães foi a de 20 a 34 anos (58,18%), com ensino médio completo ou superior incompleto (49,09%), 72,73% são casadas ou com uma união estável e a maioria é da classe econômica C (60,00%), com base no critério de classificação econômica Brasil, da ABEP.

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos

	Características	n	%
Infantis			
Gênero	Feminino	27	49,09
	Masculino	28	50,91
Faixa etária (crianças)	6 meses a 2 anos	18	32,73
	3 a 4 anos	24	43,64
	5 anos	13	23,64
Peso ao nascer	< 2,500	7	12,73
	≥ 2,500	48	87,27
Maternas			
Faixa etária (mães)	Até 19 anos	2	3,64
	20 a 34 anos	32	58,18
	Maior ou igual a 35 anos	21	38,18
Escolaridade	Fundamental incompleto	8	14,55
	Fundamental completo/ Médio incompleto	10	18,18
	Médio completo/ Superior incompleto	27	49,09
Estado civil	Superior completo	10	18,18
	Solteira	10	18,18
	Casada/ União estável	40	72,73
Classificação econômica	Viúva	1	1,82
	Divorciada	4	7,27
	A	1	1,82
	B	13	23,64
	C	33	60,00
	D-E	8	14,55

Fonte: Autoria própria, 2016.

A Tabela 2 a seguir apresenta a caracterização das mulheres quanto a amamentação. Cerca de 95,00% das mulheres relataram amamentar seus filhos e 5,45% não.

Tabela 2 - Caracterização das mulheres quanto à amamentação dos filhos.

		n	%
Aleitamento materno	Sim	52	94,55
	Não	3	5,45

Fonte: Autoria própria, 2016.

Apesar da maior parte das crianças dessa amostra terem recebido o AM, deve-se considerar o afirmado por Levy e Bértolo (2008), que a eficácia de cada benefício está ligada ao tempo de aleitamento, sendo exclusivo ou não.

Pode-se observar na amostra deste estudo que a duração do AME foi maior até os 6 meses de idade da criança (49,09%), seguida da faixa menor de 6 meses (36,36%), como apresentado na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 - Caracterização da duração do aleitamento materno exclusivo nas crianças.

		n	%
Duração do aleitamento materno exclusivo	Não fez	3	5,45
	< 6 meses	20	36,36
	6 meses	27	49,09
	> 6 meses	5	9,09

Fonte: Autoria própria, 2016.

Considerando que no presente estudo foi analisada a duração do AME em todas as crianças da amostra, sendo elas com idade entre 6 meses e 5 anos, Azeredo e outros (2008), em seu estudo composto por uma amostra de 137 mães de crianças com até dois anos de idade, sendo 46 dessas, mães de crianças com até 6 meses de vida, considerando apenas as crianças dessa faixa etária, verificaram que somente 28% (n=13) recebiam AME.

Em estudo de Damião (2008), considerando o dia seguinte à alta da maternidade, foi verificado que 96,3% das crianças de sua amostra recebiam AM, sendo que dessas 67,0% recebiam o AME, 18,6% recebiam o AM predominante, e 14,4% recebiam o AM misto.

Estão apresentados na Tabela 4 a seguir, os principais fatores relatados pelos responsáveis, como determinantes na interrupção total do AM nas crianças menores de seis meses de vida da amostra.

Tabela 4 - Descrição do principal fator do desmame precoce nas crianças menores de seis meses de vida

	n	%
Retorno ao mercado de trabalho	5	25,00
Trauma mamilar	0	0,00
Leite fraco ou insuficiente	7	35,00
Uso de tabaco ou álcool	0	0,00
Choro do bebê	2	10,00
Opinião da família/comunidade	1	5,00
Outro fator	4	20,00
Não sabem	1	5,00

Fonte: Aatoria própria, 2016.

O motivo mais observado do desmame precoce foi o leite fraco ou insuficiente (35,00%) seguido do retorno ao mercado de trabalho (25,00%) e outro fator, dentre esses foram referidos motivos como “leite secou”, “bebê não quis mais” ou “uma forma de fazer com que a criança não rejeitasse a alimentação complementar” (20,00%).

Assim como o resultado observado por Azeredo e outros (2008), no qual o leite fraco ou insuficiente (38%, n=28) foi o primeiro fator mais relatado pelas mães como responsável pelo desmame precoce, seguido do retorno ao mercado de trabalho (15%, n=11), vale resaltar que o desmame precoce foi considerado na amostra do presente estudo como a interrupção total do AM apenas em crianças menores de seis meses de vida (n=20), já no estudo de Azeredo e outros (2008), considerou-se a interrupção total do AM em crianças com até dois anos de idade, a qual foi representada por 46%, n=73 da amostra.

Considerando o relato de leite fraco ou insuficiente, Osório e Queiroz (2007), o justificaram como consequência de comparações visuais feitas por mães, entre o leite humano e engrossantes.

Já o MS explicou a percepção de leite fraco ou insuficiente devido à dúvida que muitas mães encontram com relação ao verdadeiro suprimento das necessidades dos bebês baseando-se no seu choro, sua forma natural de expressão, ofertando assim complementos ao leite materno, e considerando que sua produção é influenciada pela frequência de mamadas, o afastamento do lactente do peito gradativamente influencia a diminuição, o que contribui para tal pensamento (BRASIL, 2009a).

Com relação ao retorno da nutriz ao mercado de trabalho, no Brasil, a legislação dispõe de alguns direitos para essas mulheres, com o objetivo de contribuir para a adequada manutenção do AM (VIANNA et al., 2007). Quando questionadas sobre o conhecimento desses direitos, das mães que referiram o retorno ao mercado de trabalho como principal motivo da interrupção total do AM, apenas uma mãe relatou não conhecê-los, portanto não usufruindo de direitos, as demais possuíam tal conhecimento, mas apenas duas usufruíram de pelo menos um desses direitos, ambas da licença maternidade, e uma delas após o término dessa licença, com retorno ao mercado de trabalho teve a jornada reduzida em uma hora até que o lactente completasse seis meses de vida.

No estudo de Vianna e outros (2007), foi observado que de 9.458 mães de crianças menores de 12 meses, 1.779 dessas relataram trabalhar fora, seja de maneira formal ou não, e somente 936 (9,9%) usufruíram da licença maternidade. Ainda no mesmo estudo, ao associar o tempo de AME, apenas em crianças com até 4 meses, com o uso da licença maternidade pelas mães, foi verificado que de 128 mães com carteira assinada, 47 estavam usufruindo da licença maternidade, sendo significativamente ($p=0,005$) menor a prevalência de AME (8,9%) nesse grupo.

Considerando outros possíveis fatores associados à introdução da alimentação complementar a partir da interrupção precoce do AME, a Tabela 5 a seguir apresenta a comparação do tempo de AME das mães que não trabalham com a escolaridade da mesma.

Tabela 5 - Comparação entre o tempo de AME das mães que não trabalham com o grau de instrução.

		Tempo de AME				Valor p*
		AME < 6 meses ou não fez AME		AME ≥ 6 meses		
		N	%	n	%	
Grau de instrução materna	Fundamental incompleto	2	20,00	3	21,43	0,032
	Fundamental completo/ Médio incompleto	0	0,00	6	42,86	
	Médio completo/ Superior incompleto	8	80,00	5	35,71	

* Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autoria própria, 2016.

Como se pode observar, tal comparação foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), portanto as mães com Ensino médio completo/Superior incompleto amamentaram exclusivamente em sua maioria (80,00%) no tempo menor que 6 meses de vida da criança, enquanto 42,86% das que têm o Ensino fundamental completo/Médio incompleto amamentaram exclusivamente em tempo maior ou igual a 6 meses.

Tais resultados observados na Tabela 5, contradizem em parte o verificado no estudo realizado por Wenzel e Souza (2008), composto por uma amostra de 2.958 crianças entre zero e 24 meses de vida, das quais 1.477 tinham até seis meses de vida, sendo nessa faixa etária a taxa de AME mais frequente nas crianças cujas mães estudaram por nove anos ou mais, supondo então os autores que o maior grau de instrução facilita o acesso a informações, o que conseqüentemente favorece a prática de AM.

Porém, no presente estudo foi constatada prevalência significativamente maior do tempo de AME por mães que estudaram por no mínimo oito anos, diferente das que estudaram por onze anos ou mais, portanto contrariando a suposição dos autores, ressaltando que associação apresentada na Tabela 5, abrangeu especificamente as mães que não trabalham, diferente do estudo de Wenzel e Souza (2008).

Na Tabela 6 a seguir, pode-se observar que não há associação entre tempo de AME das mães que trabalham com a escolaridade, portanto o tempo de amamentação das mães que trabalham, independe do grau de instrução, logo a relação não é significativa.

Tabela 6 - Comparação entre o tempo de AME das mães que trabalham com o grau de instrução.

		Tempo de AME				Valor p*
		AME < 6 meses ou não fez AME		AME ≥ 6 meses		
		n	%	n	%	
Grau de instrução materna	Fundamental incompleto	0	0,00	3	23,08	0,375
	Fundamental completo/ Médio incompleto	3	23,08	1	7,69	
	Médio completo/ Superior incompleto	6	46,15	8	61,54	
	Superior completo	4	30,77	6	46,15	

* Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autoria própria, 2016.

Damião (2008), verificou em seu estudo a menor prevalência da prática do AME por mães que não têm o ensino superior completo e trabalham fora, sendo suposto pela autora um menor acesso das mulheres de baixa escolaridade a facilitadores da prática do AM como, por exemplo, a formalidade empregatícia que garante o direito a licença maternidade. Apesar de ser verificada no estudo de Damião (2008), a maior prevalência do AME por mulheres que não exercem atividade profissional fora do lar, à autora afirmou que embora esse fato seja facilitador a manutenção do AME, o mesmo não a garante.

Em estudo realizado por Barros e outros (2009), no qual a mostra foi composta por 104 crianças, os autores verificaram que 36,5% (n=38) das crianças eram filhos de mães que exerciam atividade profissional fora do lar, e que a prática do AM por essas mulheres apresentou-se mais prevalente, porém não havendo associação significativa do trabalho materno com essa prática.

Faleiros; Trezza; Carandina (2006), não consideram o trabalho materno fora do lar como um fator especificamente associado ao tempo de AM, pois segundo os autores após o parto a maioria das mulheres empregadas deixa o emprego definitivamente, sendo aquelas que permanecem nele prejudicadas somente caso o mesmo não cumpra com os direitos dessas nutrizes.

Na amostra deste estudo, em uma associação do tempo de AME com o trabalho materno é possível observar na Tabela 7 a seguir, que a maioria das mães analisadas exerce atividade profissional fora do lar (n=31), porém a variável trabalhar fora do lar ou não, não influenciou a duração do AME.

Tabela 7 - Comparação entre o tempo de AME e o trabalho materno.

		AME < 6 meses ou não fez AME		AME ≥ 6 meses		Valor p*
		N	%	N	%	
Trabalha fora	Não	10	43,48	14	43,75	0,984
	Sim	13	56,52	18	56,25	

* Teste do qui-quadrado.

Fonte: Autoria própria, 2016.

Na busca pela associação do tempo de AME com a faixa etária materna, como apresentado na Tabela 8 a seguir, verifica-se nesta amostra que não há associação entre o tempo de AME e a faixa etária materna.

Tabela 8 - Comparação entre o tempo de AME com a faixa etária materna.

		AME < 6 meses ou não fez AME		AME ≥ 6 meses		Valor p*
		n	%	n	%	
	Até 19 anos	0	0,00	2	6,25	
Faixa etária materna	20 anos a 34 anos	16	69,57	16	50,00	0,444
	Maior ou igual a 35 anos	7	30,43	14	43,75	

* Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autoria própria, 2016.

Barros e outros (2009), já observaram que é menor a prevalência da prática do AM por mães com idade inferior a vinte anos, sendo suposto pelos autores que essas mães não têm tantas experiências e instrução sobre a prática de amamentar naturalmente.

Já Bernardi, Jordão e Barros Filho (2009), observaram em resultados de seu estudo que o menor tempo de AM, além de ter prevalência em mães com idade inferior a vinte anos também teve prevalência em mães com trinta e cinco anos ou mais.

Considerando que 72,73% das mães participantes desse estudo são casadas ou com uma união estável, foi realizada uma comparação do tempo de AME com o estado civil, como apresentado na Tabela 9 a seguir.

Tabela 9 - Comparação entre o tempo de AME com o estado civil.

		AME < 6 meses ou não fez AME		AME ≥ 6 meses		Valor p*
		N	%	n	%	
	Solteira	6	26,09	4	12,50	
Estado civil	Casada/ União estável	15	65,22	25	78,13	0,444
	Viúva	0	0,00	1	3,13	
	Divorciada	2	8,70	2	6,25	

* Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autoria própria, 2016.

Observa-se que a comparação não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o que não caracteriza relação entre estado civil e o tempo de AME, que segundo Oliveira (2011), ser casada é um fator positivo a manutenção do AM durante tempo

oportuno, pois a presença e apoio paterno atuam como incentivo para realização dessa prática.

Em estudo de Bernardi; Jordão e Barros Filho (2009), realizado com 2.857 crianças, no qual o estado civil das mães foi classificado como com companheiro ou não, verificou-se significância da associação do estado civil com o tempo de AME e AM, sendo observada que crianças com mães sem companheiro tiveram prevalência do tempo de AME e AM menor.

Vasconcelos, Lira e Lima (2006), a partir do resultado de seu estudo, no qual foi observada significativa diferença no tempo de AM entre mães de três distintos grupos de renda familiar por pessoa ($p=0,02$), sugeriram que as mães com menor renda são mais prejudicadas na manutenção do AM pela necessidade de colaborar no sustento familiar, bem como sofrem influencia no seu nível de escolaridade, o que pode caracterizar uma menor exposição a informações sobre amamentação natural, com isso a menor duração da prática do AM, ao contrário das mães com maior renda familiar.

Tabela 10 - Comparação entre o tempo de AME e a renda familiar.

		AME < 6		AME ≥ 6 meses		Valor p*
		meses ou não				
		fez AME				
		N	%	N	%	
Classificação econômica	A	1	4,35	0	0,00	0,575
	B	4	17,39	9	39,13	
	C	15	65,22	18	78,26	
	D - E	3	13,04	5	21,74	

* Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autoria própria, 2016.

Como observada na Tabela 10 acima, a renda familiar da amostra deste estudo não influenciou no tempo de AME, sendo já verificado na Tabela 6 que não há associação do tempo de AME das mães que trabalham com a escolaridade, bem como verificado na Tabela 7 que trabalhar fora ou não, não influenciou a duração do AME.

Volpato e outros (2009) afirmam que a taxa do AM nem sempre é elevada quando as gestantes tem o acesso à informação. Corroborando essa afirmação, observa-se

na Tabela 11 a seguir, que não há relação ($p > 0,05$) entre a decisão de amamentar com as informações sobre a amamentação.

Tabela 11 - Comparação entre a amamentação e as informações sobre a amamentação.

		Amamentação				Valor p*
		Sim		Não		
		N	%	n	%	
Informações sobre AM	Sim, durante a gestação e no pós-parto	44	84,62	2	100,00	0,999
	Sim, somente durante a gestação	1	1,92	0	0,00	
	Sim, somente durante o pós-parto	3	5,77	0	0,00	
	Não foi informada	4	7,69	0	0,00	

* Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autoria própria, 2016.

Vasconcelos, Lira e Lima (2006), verificaram nos resultados de seu estudo composto por uma amostra de 852 crianças com até dois anos de vida, a significativa associação do tempo de AM com o comparecimento das mães em determinado número de consultas de assistência pré-natal, e puderam observar que aquelas que compareceram a seis consultas ou mais de pré-natal (45,8%, n=388) apresentaram um tempo maior de AM, diferente das mães que compareceram a menos de seis consultas ou em nenhuma.

A Tabela 12 a seguir apresenta a relação entre o número de consultas pré-natal com a duração AME, podendo ser observado que na amostra deste estudo não há associação, diferente do estudo de Vasconcelos, Lira e Lima (2006).

Tabela 12 - Comparação entre o tempo de AME com o número de consultas pré-natal.

		AME < 6 meses ou não fez AME		AME ≥ 6 meses		Valor p*
		n		n		
			%		%	
Nº de consultas pré-natal	Menos de 6 consultas	1	4,35	2	6,25	0,756
	6 consultas ou mais	18	78,26	27	84,38	
	Não sabem	4	17,39	3	9,38	

* Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autoria própria, 2016.

O resultado observado na Tabela 12 acima pode ser justificado pela afirmação de Faleiros, Trezza; Carandina (2006), que a qualidade do acompanhamento pré-natal é influenciada pela aptidão dos profissionais que acompanham as gestantes, os quais em grande parte apesar de aconselharem a oferta do AM, muitos aconselham também o seu complemento com fórmulas lácteas infantis, dentre esses profissionais são citados os médicos.

Barbosa e outros (2009), a partir de resultados de seu estudo, realizado com uma amostra composta por 56 crianças entre 9 e 18 meses de vida, verificaram que o tempo de AME nessa, apresentou mediana de dois meses, sendo o principal motivo relatado pela maioria das mães (30,4%) para a introdução de alimentação complementar, a orientação dada por médicos. Com isso, é sugerida pelos autores a necessidade de uma estratégia de atualização do conhecimento sobre AM para esses profissionais.

Com relação ao momento da introdução dos alimentos nas crianças da amostra desse estudo, verifica-se na faixa de menos de 6 meses o início da introdução dos alimentos complementares pelas frutas não cítricas (12,22%) e pelo suco de fruta natural (13,33%), com mais frequentes dentre todas as outras faixas (TABELA 13), o que demonstra o afirmado por Brunken e outros (2006), que apesar de tais alimentos serem considerados apropriados como complemento à alimentação infantil, é possível verificar sua precoce introdução, interrompendo assim o AME .

Tabela 13 – Parte 1 da caracterização do momento da introdução dos alimentos complementares. (continua)

Alimento	< 6 meses		6 a 7 meses		8 a 11 meses		≥ 12 meses		Ainda não foi introduzido	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Cereais refinados	7	7,78	13	3,98	4	4,49	14	6,33	17	8,17
Cereais integrais	5	5,56	8	2,45	3	3,37	10	4,52	29	13,94
Frutas cítricas	7	7,78	23	7,03	7	7,87	8	3,62	10	4,81
Frutas outras	11	12,22	32	9,79	7	7,87	5	2,26	0	0,00
Suco de fruta natural	12	13,33	28	8,56	4	4,49	6	2,71	5	2,40
Arroz	5	5,56	18	5,50	8	8,99	22	9,95	2	0,96
Macarrão	6	6,67	18	5,50	8	8,99	13	5,88	10	4,81
Tubérculos	4	4,44	29	8,87	4	4,49	7	3,17	11	5,29
Carne de boi	4	4,44	24	7,34	3	3,37	19	8,60	5	2,40
Frango	3	3,33	27	8,26	5	5,62	15	6,79	5	2,40
Peixe	1	1,11	13	3,98	7	7,87	15	6,79	19	9,13
Carne de porco	1	1,11	1	0,31	4	4,49	10	4,52	39	18,75
Ovo (gema)	4	4,44	16	4,89	4	4,49	25	11,31	6	2,88

Tabela 13 – Parte 1 da caracterização do momento da introdução dos alimentos complementares. (conclusão)

Alimento	< 6 meses		6 a 7 meses		8 a 11 meses		≥ 12 meses		Ainda não foi introduzido	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ovo (clara)	5	5,56	14	4,28	4	4,49	22	9,95	10	4,81
Legumes/verduras	7	7,78	29	8,87	6	6,74	11	4,98	2	0,96
Leguminosas	7	7,78	28	8,56	10	11,24	7	3,17	3	1,44
Farinha de mandioca	1	1,11	6	1,83	1	1,12	12	5,43	35	16,83

Fonte: Autoria própria, 2016.

Porém, é possível verificar ainda em crianças na faixa de menos de 6 meses, que o leite integral (13,46%) e a fórmula láctea infantil (32,69%) apareceram também com mais frequência dentre todas as outras faixas (TABELA 14), podendo a oferta da fórmula láctea infantil também ser justificada pela afirmação de Faleiros, Trezza; Carandina (2006), sobre o conselho de complementação do AM com esse alimento, vindo de profissionais de saúde que fazem acompanhamento materno infantil.

Tabela 14 – Parte 2 da caracterização do momento da introdução dos alimentos complementares.

Alimento	< 6 meses		6 a 11 meses		12 a 23 meses		≥ 24 meses		Ainda não foi introduzido	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leite integral	7	13,46	11	5,53	20	6,25	4	8,70	13	2,69
Leite semi-desnado/desnatado	0	0,00	0	0,00	1	0,31	1	2,17	53	10,97
Fórmula láctea infantil	17	32,69	9	4,52	0	0,00	0	0,00	29	6,00
Adição de açúcar	1	1,92	9	4,52	19	5,94	1	2,17	25	5,18
Suco industrializado	1	1,92	3	1,51	19	5,94	4	8,70	28	5,80
Adição de sal	4	7,69	26	13,07	11	3,44	0	0,00	14	2,90
Temperos naturais	2	3,85	2	1,01	10	3,13	2	4,35	39	8,07
Gorduras animais/vegetais	1	1,92	7	3,52	22	6,88	3	6,52	22	4,55
Pão	2	3,85	22	11,06	23	7,19	0	0,00	8	1,66
Bolo	2	3,85	18	9,05	25	7,81	0	0,00	10	2,07
Bolacha simples	4	7,69	20	10,05	20	6,25	1	2,17	10	2,07
Bolacha recheada	1	1,92	6	3,02	21	6,56	2	4,35	25	5,18
Café	0	0,00	5	2,51	10	3,13	6	13,04	34	7,04
Achocolatado	0	0,00	7	3,52	20	6,25	9	19,57	19	3,93
Queijo	0	0,00	6	3,02	20	6,25	4	8,70	25	5,18
Iogurte	5	9,62	25	12,56	16	5,00	1	2,17	8	1,66
Gelatina	2	3,85	11	5,53	18	5,63	1	2,17	23	4,76
Doces	1	1,92	5	2,51	26	8,13	2	4,35	21	4,35
Refrigerante	0	0,00	4	2,01	18	5,63	5	10,87	28	5,80
Papa industrializada	2	3,85	3	1,51	1	0,31	0	0,00	49	10,14

Fonte: Autoria própria, 2016.

Tal resultado assemelha-se ao achado em estudo de Bernardi; Jordão e Barros Filho (2009), que crianças com idade na faixa menor de 6 meses tiveram o AM complementado inicialmente com chá, leite em pó diluído em água e suco de frutas, sendo concluído pelos autores a precoce introdução desses líquidos.

Caetano e outros (2010), em seu estudo composto por 179 crianças entre 4 meses e 1 ano de vida, observaram que dessas, 50,3% não recebiam mais AM, as quais 12,00% eram menores de seis meses, sendo o AM substituído por fórmulas lácteas infantis e/ou leite integral. Considerando a introdução do leite integral na alimentação de crianças menores de 6 meses da amostra do presente estudo, é válido ressaltar que Caetano e outros (2010), ao verificarem um elevado percentual da oferta desse alimento para crianças com idade igual ou inferior a um ano, destacaram a potencial influencia da oferta precoce desse alimento no desencadeamento da anemia ferropriva e de enfermidades crônicas nessas crianças.

Observou-se com maior frequência, em crianças na faixa de 6 a 7 meses, a introdução de tubérculos (8,87%), frango (8,26%) e legumes/verduras (8,87%), em crianças na faixa de 8 a 11 meses as frutas cítricas (7,87%), o macarrão (8,99%) e as leguminosas (11,24%), já em crianças na faixa maior ou igual a 12 meses o arroz (9,95%), a carne de boi (8,60%), a gema do ovo (11,31%) a clara do ovo (9,95%) apresentaram maior quantidade (TABELA 13).

Bernardi; Jordão e Barros Filho (2009), observaram em crianças na faixa de 6 meses o início da oferta de verduras, legumes e carnes, já em crianças na faixa de 12 meses observou-se mais frequente o início da introdução do ovo inteiro, sendo esse tempo referido pelos autores como tardio para oferta desse alimento a criança, que no presente estudo, como citado anteriormente, obteve-se resultado semelhante.

Diferente dos resultados observados em estudo de Brunken e outros (2006), na amostra do presente estudo, a maior parte das crianças, aos oito meses, já estavam gradativamente recebendo a alimentação da família, de acordo com o recomendado. Porém foi possível verificar que algumas crianças ainda não tiveram introduzidos em sua alimentação determinados alimentos, sendo os cereais refinados (8,17%), cereais integrais (13,94%), peixe (9,13%), carne de porco (18,75%) e a farinha de mandioca (16,83%) os que apresentaram as maiores quantidades (TABELA 13).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), o retardo da introdução da alimentação complementar após os 6 meses de vida é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de alergias alimentares na criança.

Com relação à consistência dos alimentos complementares introduzidos na alimentação das crianças dessa amostra, esses não foram apresentados em tabelas, porém foi verificado que os alimentos inicialmente ofertados foram em 88% (n=44) dos casos na consistência pastosa (alimentos amassados), passando gradativamente para a consistência da família, como recomendado no quinto passo estabelecido pelo MS e OPAS/OMS, nos “Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de dois anos” (QUADRO 2).

Em um estudo realizado por Vitolo e outros (2013), com uma amostra composta por 1151 crianças entre 6 e 15 meses de idade, foi analisado e encontrada uma elevada prevalência do consumo de alimentos com pequeno valor de nutrientes e alto valor calórico, os quais são considerados como não recomendados antes dos dois anos de vida da criança, sendo destacada pelos autores a importância de um consumo alimentar adequado nos primeiros 12 meses de vida, visto ser fundamental na construção de um estilo alimentar saudável.

Como apresentado na Tabela 14, na faixa de 6 a 11 meses de idade das crianças observou-se com mais frequência dentre todas as outras faixas, a adição de sal (13,07%), pão (11,06%), bolo (9,05%), bolacha simples (10,05%) e o iogurte (12,56%).

Em crianças na faixa de 12 a 23 meses a introdução de gorduras animais/vegetais (6,88%), a bolacha recheada (6,56%), a gelatina (5,63%) e os doces (8,13%), foram mais frequentes (TABELA 14), confirmando assim resultados de Bernardi; Jordão e Barros Filho, (2009), que observaram a frequente introdução de guloseimas por volta de 12 meses da criança, sendo a mesma não recomendada durante os primeiros anos de vida da criança, apresentando-se precoce.

Vitolo e outros (2013), observaram na alimentação complementar de crianças entre 6 e 9 meses (n=619), com maior frequência, a adição de açúcar (76,9%, n=475), o iogurte (74,2%, n=459), e a gelatina (73%, n=451), já em crianças entre 12 a 15 meses (n=532), a adição de açúcar (95,4%, n=501), o iogurte (94,7%, n=497), a

gelatina (95,2%, n=501), a bolacha recheada (88,2%, n=464), e os doces 87,7%, n=462) apresentaram maior frequência.

Também na Tabela 14, na faixa de crianças com 24 meses ou mais, é possível verificar que entre os alimentos mais frequentes dentre todas as outras faixas, está o suco industrializado (8,70%), café (13,04%), achocolatado (19,57%) e o queijo (8,70%). Quanto aos alimentos que ainda não foram introduzidos, destacaram-se o leite semi-desnatado/desnatado (10,97%), a adição de açúcar (5,18%), os temperos naturais (8,07%) e a papa industrializada (10,14%).

A Tabela 15 a seguir leva em consideração que após a introdução da alimentação complementar, o AM é recomendado no mínimo até que a criança complete dois anos de vida, sendo na amostra em questão a duração da amamentação menor que 24 meses a mais observada (65,12%).

Tabela 15 - Caracterização da amamentação na faixa de crianças com idade igual ou superior a 2 anos.

		n	%
Duração do AM	< 24 meses	28	65,12
	≥ 24 meses	15	34,88

Fonte: Autoria própria, 2016.

Tal valor observado (65,12%) demonstra o não cumprimento do segundo passo das recomendações estabelecidas pelo MS e OPAS/OMS, nos “Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de dois anos” (QUADRO 2) na maior parte das crianças desta amostra.

Barbosa e outros (2009), afirmam com base em resultados de seu estudo que o tempo de AM total está associado à introdução de novos alimentos no consumo da criança, visto que em sua amostra foi observada uma mediana de tempo de dois meses para o desmame após introdução da alimentação complementar.

5 CONCLUSÃO

Considerando os objetivos deste estudo, em uma análise dos resultados encontrados, foi possível verificar nessa amostra que apesar da maior parte das mães terem praticado o AM (94,55%, n=52), muitas não o fizeram exclusivamente durante o tempo recomendado (36,36%, n=20).

Dos fatores associados à interrupção precoce do AME, conclui-se que o fato das mães não trabalhar e terem Ensino fundamental completo/Médio incompleto é um fator protetor à prática do AME durante o tempo recomendado. Foram realizadas também associações desse tempo com o trabalho e o grau de instrução materno, trabalho materno fora do lar ou não, faixa etária materna, estado civil materno, renda familiar, informações sobre AM e número de consultas pré-natal, porém não apresentaram significância.

Com relação aos alimentos ofertados durante a introdução da alimentação complementar, foi possível observar com maior frequência uma alimentação variada em tipos de alimentos, sendo esses ricos em nutrientes e em consistência adequada, porém também foi verificada considerável oferta de leite integral e fórmula láctea infantil em crianças menores de 6 meses de vida, assim também como a adição de sal na alimentação de crianças com idade inferior a 1 ano, bem como a tardia introdução de ovo na alimentação dessas.

Assim como apresentado em diversas pesquisas recentes, quando questionadas sobre o principal fator influente no desmame precoce nas crianças menores de seis meses de vida, o principal motivo relatado foi o leite fraco ou insuficiente, sendo a partir desse relato sugerido que profissionais da saúde que fazem acompanhamento materno infantil promovam ações com objetivo de disseminar a importância do AME, sendo esse até seis meses de vida da criança, o alimento ideal e efetivo no suprimento de sua demanda nutricional.

Tendo em vistas os benefícios indiscutíveis da prática do AME quando realizado em tempo oportuno, considerando uma limitação do presente estudo a utilização de uma amostra pequena (n=55), mais estudos para avaliar fatores associados há esse tempo devem ser realizados, caracterizando uma fonte de informação para a

avaliação e implementação de políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao AM.

REFERENCIAS

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de; NOVAK, Franz Reis; SILVA, Danielle Aparecida da. **Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31899.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ARAÚJO, Olívia Dias de et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm**, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ARAÚJO, Natalúcia Matos et al. **Corpo e sexualidade na gravidez**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.3, pp. 552-558. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/04.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critérios de classificação econômica**. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/01_cceb_2015.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

ASSUNÇÃO, Maria Cecília F.; SANTOS, Iná S. Efeito da fortificação de alimentos com ferro sobre anemia em crianças: um estudo de revisão. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 269-281, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/03.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso et al. Efeito da fortificação de farinhas com ferro sobre anemia em pré-escolares, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 539-548, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6218.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

AZEREDO, Catarina Machado et al. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Rev. paul. pediatr**, v. 26, n. 4, p. 336-344, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

BAPTISTA, Gerson Henrique; ANDRADE, Adriano Herbert H. K. Gonçalves de; GIOLO, Suely Ruiz. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/14.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BARBOSA, Marina Borelli et al. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev Paul Pediatr**, v. 27, n. 3, p. 272-81, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/07.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BARCELOS, Giovanna Tedesco; RAUBER, Fernanda; VITOLO, Márcia Regina. Produtos processados e ultraprocessados e ingestão de nutrientes em crianças. **Ciência & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 155-161, 2014. Disponível em:

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rO5NbKPgyVQJ:revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/download/19755/12525+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BARROS, Viviane de Oliveira et al. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr**, v. 34, n. 2, p. 101-114, 2009. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/237.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BERNARDI, Julia Laura Delbue; JORDÃO, Regina Esteves; BARROS FILHO, Antônio Azevedo. **Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n5/04.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BERTOLDO, Bárbara Bellocchio; CORRÊA, Natyelle Fernanda Silva Bellocchio. Influência do Aleitamento Materno no Estabelecimento de Microrganismos Cariogênicos e Desenvolvimento de Cárie. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde= Journal of Health Sciences**, v. 15, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/646/616>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BERVIAN, Juliane; FONTANA, Marilea; CAUS, Bruna. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais-revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 13, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://download.upf.br/editora/revistas/rfo/13-02/14.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BORTOLINI; VITOLO. Importância das práticas alimentares no primeiro ano de vida na prevenção da deficiência de ferro. **Rev. nutr**, v. 23, n. 6, p. 1051-1062, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n6/11.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a. 58 p. : il. – (Série I. História da Saúde) ISBN Nº 978-85-334-1806-6. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de**

Suplementação de Vitamina A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 34 p. : il. ISBN 987-85-334-2021-2. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. 24 p. : il. ISBN 978-85-334-2042-7. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Aleitamento_Complementar_MS.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1695-6. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/enpacs10passos.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação**: um guia para o profissional de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 114 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_marketing_produtos_amamentacao.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011b. 204 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1782-3. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/mtcanguri%202ed.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BRUNKEN, Gisela S. et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 6, p. 445-451, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n6/v82n6a09.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

CAETANO, Michelle Cavalcante et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de pediatria**, v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n3/a06v86n3.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/03.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; COSTA, Marilene Plácido da. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu - SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 62-69, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a10.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

CASTILHO, Silvia Diez; ROCHA, Marco Antônio Mendes. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **J Pediatr**, v. 85, n. 6, p. 480-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n6/v85n6a03.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

CHAVES, Roberto G.; LAMOUNIER, Joel A.; CÉSAR, Cibele C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a09.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

CYRILLO, Denise Cavallini et al. Duas décadas da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes: há motivos para comemorar?. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 2, p. 134-140, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a06.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

CORRÊA, Elizabeth Nappi et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev Paul Pediatr**, v. 27, n. 3, p. 258-64, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/05.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

DAMIÃO, Jorginete de Jesus. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. epidemiol**, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al. Prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica em mães de lactentes menores de seis meses de idade. **Rev Paul Pediatr**, v. 27, n. 4, p. 361-5, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a03.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

DEMÉTRIO, Franklin; PINTO, Elizabete de Jesus; ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de

coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 641-55, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/04.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. nutr**, v. 23, n. 3, p. 475-486, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, p. 623-630, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/13235/S1415-52732006000500010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 02 out. 2016.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 137-145, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/14.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 10, n. 3, p. 61-67 2009b. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a07v10n3.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 895-901, 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a22v43n4.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1 : histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 78 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1513-3 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

GOLIN, Christine Kochi et al. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Rev. paul. pediatr**, v. 29, n. 1, p. 35-40, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n1/06.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

GOMES, Fabio da Silva; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de; MONTEIRO, Carlos Augusto. Publicidade de alimentos no Brasil: avanços e desafios. **Ciência e Cultura**, v. 62, n. 4, p. 48-51, 2010. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400015>. Acesso em: 25 ago. 2016.

JUNGES, Carolina Frescura et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 343, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/20.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

KACHANI, Adriana T. et al. Aleitamento materno: quanto o álcool pode influenciar na saúde do bebê. **Pediatria (São Paulo)**, v. 30, n. 4, p. 249-256, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/238097835_Aleitamento_materno_quanto_o_alcool_pode_influenciar_na_saude_do_bebe_Breast-feeding_to_which_extent_alcohol_can_affect_the_baby's_health_Lactancia_Materna_cuanto_el_alcohol_puede_influenciar_la_salud>. Acesso em: 25 ago. 2016.

LAMOUNIER, Jose Alves et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu**, p. 401-14, 2006. Disponível em: <<http://prosaudetocantins.org/wp-content/uploads/2012/08/Os-Dez-Passo-para-ser-Hospital-Amigo-da-Crian%C3%A7a-Miracema-1.docx>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

LEAL, Dalila Teixeira et al. O perfil de portadores de diabetes tipo 1 considerando seu histórico de aleitamento materno. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 68-74, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/10.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

LEMOS, Leticia Vargas Freire Martins et al. Cariogenicidade do leite materno: mito ou evidência científica. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, p. 273-278, 2012. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1180/843>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena. Manual de aleitamento materno. **Lisboa: Comité Português para a UNICEF**, 2008. Disponível em: <https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Impacto de alimentos ultraprocessados sobre o teor de micronutrientes da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049006211.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

MACÊDO, E. M. C. et al. Efeitos da deficiência de cobre, zinco e magnésio sobre o sistema imune de crianças com desnutrição grave. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 3, p. 329-36, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n3/12.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

MARCHI-ALVES, Leila Maria et al. Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 238-44, 2011. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3514/art_MARCHI-ALVES_Obesidade_infantil_ontem_e_hoje_importancia_da_2011.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 ago. 2016.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 656-665, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0656.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

MONDINI, Lenise et al. Evolução dos preços de alimentos em São Paulo, Brasil, 1980-2009: considerações sobre o acesso à alimentação saudável. **Informações Econômicas**, v. 42, p. 47-55, 2012. Disponível em: <<http://www.iea.sp.gov.br/ftp/iea/publicacoes/IE/2012/tec5-03-04-2012.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. **Ciência e Cultura**, v. 61, n. 4, p. 56-59, 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14093/art_MONTEIRO_Por_qu_e_e_necessario_regulamentar_a_publicidade_2009.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 ago. 2016.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

NETTO, Michele Pereira et al. Fatores associados à anemia em lactentes nascidos a termo e sem baixo peso. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 5, p. 550-558, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n5/v57n5a14.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

OLIVEIRA, Ana Paula Pereira Bezerra de Menêzes e. **Conhecimento de mães atendidas no ISEA a respeito da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade**. 2011. 53 f. TCC (Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, 2011. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/758/1/PDF%20-%20Ana%20Paula%20Pereira%20Bezerra%20de%20Menezes%20e%20Oliveira.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

OLIVEIRA, Débora Rocha et al. Crenças alimentares no aleitamento materno. Um estudo entre gestantes e nutrizes atendidas em uma maternidade pública no município de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 67-71, 2011. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/62/60>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

OLIVEIRA FILHO, Paulo Messias de et al. Importância da amamentação no desenvolvimento da criança. Conhecimento básico para o cirurgião-dentista. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 4, n. 2, p. 76-80, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/File/1265/1327>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz:** Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra, 2013a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/9/9789248501999_por.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. **Diretriz:** Suplementação de vitamina A em bebês e crianças de 6-59 meses de vida. Genebra, 2013b. Disponível em: . Acesso em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44664/31/9789248501760_por.pdf> 25 ago. 2016.

OSÓRIO, Cácia Mônica; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 2, p. 261-67, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a12>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

PAIVA, Adriana de Azevedo et al. Prevalência de deficiência de vitamina A e fatores associados em pré-escolares de Teresina, Piauí, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 9, p. 1979-1987, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/22.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. Estado nutricional relativo ao zinco de crianças que frequentam creches do estado da Paraíba. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 4, p. 539-552, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n4/v24n4a03.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SALES, Márcia Cristina. Deficiência de zinco: diagnóstico, estimativas do Brasil e prevenção. **Nutrire**. 40(3):397-408. dez. 2015. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/487.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo. Maringá. Vol. 13, n. 1 (jan./mar. 2008), p. 63-72**, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

POLIDO, Carolina Guizardi et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paulista de Enfermagem**, p. 624-630, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/05v24n5.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

PONTES, Cleide M.; ALEXANDRINO, Aline C. e OSÓRIO, Mônica M.. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2008, vol.84, n.4, pp.357-364. ISSN 1678-4782. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n4/v84n4a12.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

REIS, Marlene Ramos et al. Concepção de nutrizes sobre as práticas de aleitamento materno no município de Coari (AM). **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 2, n. 1, p. 144-149, 2010. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/279441489_Concepcao_de_nutrizes_sobre_as_praticas_de_alimentacao_materna_no_municipio_de_Coari_AM_The_concept_of_nursing_mothers_regarding_breastfeeding_practices_in_the_municipality_of_Coari_AM>. Acesso em: 25 ago. 2016.

RIBEIRO, Karla Danielly da Silva; ARAÚJO, Katherine Feitosa de; DIMENSTEIN, Roberto. Efeito da suplementação com vitamina A sobre a concentração de retinol no colostro de mulheres atendidas em uma maternidade pública. **Rev. Assoc. Med. Bras.(1992)**, v. 55, n. 4, p. 452-457, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n4/a22v55n4.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ROCHA, Rebeca Silveira et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n2/v34n2a05.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SALES, Márcia Cristina; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Parâmetros Bioquímicos do Estado Nutricional de Micronutrientes e seu Significado para as Ações de Saúde Pública. **Revista Espaço para a Saúde**: Londrina, v. 14, n. 1 e 2, p. 94-103, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/12065/pdf_9>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SALIBA, Nemre Adas et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, p. 481-490, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/26698/S1519-38292008000400014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SALUSTIANO, Letícia Pacífico de Queiroz et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a06v34n1.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SANCHES, Maria Teresa Cera et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/13.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SANTANA, Jerusa da Mota; BRITO, Sheila Monteiro; SANTOS, Djanilson Barbosa dos. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 37, n. 3, p. 259-267, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/amamentacao_conhecimento_praticas_gestantes.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SANTOS, Jander Neves dos et al. A orientação de enfermagem a gestantes que fazem uso de álcool e tabaco. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, n. 10, p. 5-11, 2014. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/63/122>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SEPKA, Georgia Carina et al. Promoção do aleitamento materno com mães adolescentes: acompanhando e avaliando essa prática. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10025/6886>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SILVA, Adriana PR et al. Efeito da suplementação de zinco a crianças de 1 a 5 anos de idade. **J. pediatr.(Rio J.)**, v. 82, n. 3, p. 227-231, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n3/v82n3a13.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SILVA, Bruna Turaça; SANTIAGO, Luciano Borges; LAMONIER, Joel Alves. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SILVA, Ligia Mara Parreira; VENÂNCIO, Sônia Isoyama; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 6, p. 983-992, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n6/05.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SILVA, Wellington Wagner da; ALCÂNTARA, Silvano Alves. Desafios na gestão do programa bolsa família na saúde. **Caderno Gestão Pública**, v. 1, n. 1, p. 8-25, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/151-372-1-SM.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SIMON, Viviane Gabriela Nascimento; SOUZA, José Maria Pacheco de; SOUZA, Sonia Buongiorno de. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6990.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação**: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo, 2006. 64 p. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/img/manuais/manual_alim_dc_nutrologia.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria.** Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p. ISBN: 978-85-88520-22-6. Disponível em: < <http://www.sbp.com.br/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SOUZA, Carolina Belomo de; ESPÍRITO SANTO, Lilian Córdova do; GIUGLIANI Elsa Regina Justo. Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil. **Rev. fran. A Saúde Humana**, [S.l.], n. 408, p. 34-36, jul./out. 2010. Disponível em: <http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2418.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SOUZA, Marilei de Melo Tavares; RODRIGUES, Lilia Marques Simões. Desafios da mulher trabalhadora diante amamentação. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2010. Disponível em: <<http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouniversus/artigos/4-Desafios-da-mulher-trabalhadora-diante-da-amamentacao.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SZARFARC, Sophia C. Políticas públicas para o controle da anemia ferropriva:[revisão]. **Rev. bras. hematol. hemoter**, v. 32, n. supl. 2, p. 2-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop65010.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

TAKEMOTO, Angélica Yukari et al. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 10, n. 3, p. 444-451, 2011. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:M0pATAJVCPUJ:ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/17362/pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

TAKUSHI, Sueli Aparecida Moreira et al. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Rev. nutr**, v. 21, n. 5, p. 491-502, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n5/a02v21n5.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

TARRAFA, Cristiana Correia. **A Mulher, a Política e os Media**. 2015. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30610/1/Tese%20de%20mestrado.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

TEIXEIRA, Marizete Argolo; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; SILVA, Luzia Wilma Santana da. A prática da amamentação no cotidiano familiar - um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 14, p. 205-221, 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6501/4713>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

TINOCO, Sandra Manzato Barboza et al. Importância dos ácidos graxos essenciais e os efeitos dos ácidos graxos trans do leite materno para o desenvolvimento fetal e neonatal. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 525-34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/11.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

TOLONI, Maysa Helena de Aguiar et al. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n1/v24n1a06.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad Saude Publica**, v. 24, p. S235-46, 2008. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-332.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; LIRA, Pedro Israel Cabral de; LIMA, Marília de Carvalho. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 6, n. 1, p. 99-105, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a12v6n1.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

VELÁSQUEZ-BARAHONA, Gloria. Comparación entre la ganancia de peso de neonatos prematuros alimentados con lactancia materna exclusiva (con énfasis en la fracción emulsión) y los de lactancia mixta o sucedáneos. **Rev. Fac. Med**, v. 62, n. Supl 1, p. 29-34, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62s1/v62s1a04.pdf> >. Acesso em: 25 ago. 2016.

VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 10, p. 2403-2409, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/15.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

VITOLLO, Márcia Regina et al. Consumo precoce de alimentos não recomendados por lactentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 25-28, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/11023/8899>>. Acesso em: 09 out. 2016.

VITÓRIA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes para manuseio da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na rede de saúde pública**. 1 ed. 2008.

VOLPATO, Solange Emanuelle et al. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). **Arq Catarin Med**, v. 38, n. 1, p. 49-55, 2009. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/625.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

WENZEL, Daniela; SOUZA, Sônia Buongermino de. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online]. 2011, vol.21, n.2, pp. 251-258. ISSN 0104-1282. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n2/08.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

APÊNDICE A – Carta de aceite**CARTA DE ACEITE**

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar as dependências desta Instituição, para o desenvolvimento de atividades referentes à Pesquisa, intitulada: “Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: um estudo realizado em crianças frequentadoras de uma instituição religiosa”, sob a responsabilidade da pesquisadora Alessandra Rodrigues Garcia, professora do curso de Nutrição da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, orientadora da aluna Daniely Correia Oliveira, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Vitória, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do responsável pela instituição

CPF: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Titulo da pesquisa: Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: um estudo realizado em crianças frequentadoras de uma instituição religiosa.

Pesquisadores responsáveis: Alessandra Rodrigues Garcia, professora do curso de Nutrição do Centro Universitário Católico de Vitória, orientadora da aluna Daniely Correia Oliveira.

O Centro Universitário Católico de Vitória, localizado na Avenida Vitória, Nº 950, Forte São João, Vitória-ES, CEP 29017, Telefone 3331-8500, responsável por essa pesquisa, o convida a participar da pesquisa acima citada.

Objetivo: Identificar possíveis fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em crianças da amostra em questão.

Metodologia: A pesquisadora aplicará um questionário composto por perguntas sobre amamentação, início da introdução de alimentos e aquisição de bens de consumo. Serão feitas perguntas como número de consultas pré-natal, fatores que influenciam no desmame, idade da criança ao receber determinados alimentos, conhecimento sobre direitos da mulher que amamenta, recebimento de informação e orientação sobre o aleitamento materno, tempo de aleitamento, renda familiar, idade e escolaridade materna.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa: Como a pesquisa será realizada por meio da aplicação de questionário o risco é do individuo se sentir constrangido com algumas das perguntas.

Benefícios da pesquisa: Sua participação irá contribuir para o aprendizado das pessoas que trabalharão desenvolvendo essa pesquisa, bem como, para todos que tiverem acesso a ela, pois tanto os resultados, como toda a pesquisa será exposta, mas sua identidade será preservada. Após a análise dos resultados a instituição religiosa, onde a pesquisa está sendo realizada, poderá desenvolver atividades de orientação a hábitos alimentares saudáveis para crianças.

Forma de assistência: Quando necessário, em caso de constrangimento, você tem a liberdade e o direito de desligar-se da pesquisa. Para isso, basta procurar o Centro Universitário Católico de Vitória, localizada na Avenida Vitória, Nº 950, Forte São João, Vitória-ES, CEP 29017, Telefone 3331-8500 estando à pesquisadora responsável a disposição para qualquer esclarecimento.

Esclarecimentos e direitos: Sua participação será de caráter voluntário, sendo isento de qualquer forma de remuneração. A qualquer momento você poderá obter esclarecimento sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

Confidencialidade e avaliação dos registros: A sua identidade será mantida em total sigilo pelo executor da pesquisa, e nem mesmo a instituição religiosa será informada sobre a identidade do participante. Os resultados dos procedimentos executados serão analisados e alocados em tabelas ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódicos científicos ou outras formas de

divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional.

Consentimento pós-informação: Por me considerar devidamente informada e esclarecida sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente, declaro meu consentimento para inclusão na participação como sujeito da pesquisa.

O voluntário receberá uma via de igual teor à via disponibilizada ao pesquisador e assinada por ambos.

Vitória, _____ de _____ de 2016

Assinatura do participante voluntário

Assinatura da pesquisadora do estudo

ANEXO A – Questionário

QUESTIONÁRIO

DADOS GERAIS

1. Identificação da criança (Iniciais): _____
2. Qual o sexo da criança? (1) F (2) M
3. Data de nascimento da criança: ____ / ____ / _____
4. Qual o peso ao nascer da criança? _____
5. Qual a sua idade (da mãe da criança) em anos completos? _____
6. Grau de instrução da mãe da criança: _____
7. Quantas pessoas moram na residência da criança? _____
8. Qual o estado civil da mãe da criança?
(1) Solteira (2) Casada/ união estável (3) Viúva (4) Separada (88) Não sabe
9. Atividade ocupacional da mãe ou responsável: _____
10. Horas trabalhadas por dia: _____
11. Quem cuida da criança a maior parte do tempo?
(1) mãe (2) pai (3) avó (4) amigo/familiar < 15 anos (5) amigo/familiar >15anos (6) professor (7) empregada (8) outros (88) não sabe (99) ignorado
12. Quanto tempo esta pessoa passa com a criança (em horas)? _____
13. A criança foi amamentada? (1) sim (2) não
14. Por quanto tempo a criança recebeu leite materno exclusivamente (sem água, sem chás, sem mamadeiras, sem frutas...) _____
15. Por quanto tempo a criança continuou recebendo leite materno mesmo depois de introduzir outros alimentos? _____
16. A comida sólida oferecida, geralmente era:
(1) Em pedaço (2) Amassada (3) Passada pela peneira (4) Liquidificada (5) Não sabe (6) Não se aplica
17. A mãe da criança compareceu em quantas consultas de pré-natal? Em rede pública ou privada?
(1)____, em rede pública (2)____, em rede privada (3) ____, em rede pública e ____ em rede privada (88) Não sabe (99) Ignorado

18. Principal fator influente no desmame (interrupção total do aleitamento materno):

(1) Retorno ao mercado de trabalho (2) Trauma mamilar (3) Leite fraco ou insuficiente (4) Uso de tabaco ou álcool (5) Choro do bebê (6) Opinião da família/comunidade (7) Outro fator: _____ (8) Não se aplica (88) Não sabe (99) Ignorado

19. Caso o principal fator influente no desmame tenha sido o retorno ao trabalho responda:**A. A mãe da criança conhece os direitos da mulher para manutenção do aleitamento materno?**

(1) Sim (2) Não

B. Usufruiu algum deles? Se sim, qual (s)?

(1) Sim (2) Não (88) Não sabe

20. Caso a criança não tenha recebido leite materno, qual o motivo?

(1) A criança não pegou (2) Machucou (3) Não teve leite (4) Não foi instruída sobre aleitamento materno (5) Falta de motivação e ajuda (6) Recomendação médica (7) Outro motivo: _____ (88) Não sabe (99) Ignorado

21. Durante a gestação e/ou no pós-parto, a mãe da criança foi informada sobre aleitamento materno? Se sim, por quem?

(1) Sim, durante a gestação e no pós-parto (2) Sim, somente durante a gestação (3) Sim, somente durante o pós-parto (4) Não foi informada (88) Não sabe

(1) Enfermeiro (2) Médico de Família (3) Pediatra (4) Obstetra (5) Familiares e amigos (6) Livros e Revistas (7) Profissional de saúde assistente no pré-natal (8) Em programa de incentivo ao aleitamento materno. Qual (s)? _____ (9) Outro, quem? _____

22. Durante a gestação e/ou no pós-parto, a mãe da criança foi orientada sobre técnicas adequadas na prática do aleitamento materno? Se sim, por quem?

(1) Sim, durante a gestação e no pós-parto (2) Sim, somente durante a gestação (3) Sim, somente durante o pós-parto (4) Não foi orientada (88) Não sabe

(1) Enfermeiro (2) Médico de Família (3) Pediatra (4) Obstetra (5) Familiares e amigos (6) Livros e Revistas (7) Profissional de saúde assistente no pré-natal (8) Em programa de incentivo ao aleitamento materno. Qual (s)? _____ (9) Outro, quem? _____

INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES

Preencher, o espaço em branco, com a idade da criança (em meses) quando o alimento foi oferecido a ela pela primeira vez:

1	Leite integral (caixinha/ pó/ saquinho)		21	Leguminosas (feijão, lentilha, ervilha...)	
2	Leite semi-desnatado /desnatado		22	Sal	
3	Leite modificado (NAN, Bebelac, nestogeno...)		23	Temperos (pimenta, orégano, gengibre...)	
4	Cereais refinados (maisena, mucilon, cremogema, farinha láctea, arrozina...)		24	Óleo / margarina / manteiga / requeijão / maionese	
5	Cereais integrais (aveia, neston, farinha integral, granola)		25	Farinha de mandioca (pirão, com leite, na comida...)	
6	Açúcar (branco ou mascavo)		26	Pão	
7	Fruta cítrica (laranja, tangerina, limão...)		27	Bolo	
8	Frutas outras (banana, mamão, maçã, manga...)		28	Bolacha simples (doce/salgada)	
9	Suco de fruta natural		29	Bolacha recheada / wafer	
10	Suco industrializado (pó, garrafinha...)		30	Café preto	
11	Arroz		31	Achocolatado (Nescau, toddy...)	
12	Macarrão / massinha		32	Queijo	
13	Tubérculos (batata/aipim/batata-doce...)		33	logurte / “danoninho”	
14	Carne de boi		34	Pudim / gelatina / flan	
15	Frango		35	Doces (bala / chocolate /pirulito /mel...)	
16	Peixe		36	Refrigerante	
17	Carne de porco		37	Papa industrializada	
18	Ovo (gema)		38	Outros 1	
19	Ovo (clara)		39	Outros 2	
20	Legumes/verduras				

CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Marque um "X" de acordo com a quantidade dos bens de consumo presentes em sua residência/ escolaridade da pessoa de referência da família/ serviços públicos acessíveis em seu bairro:

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputador					
Lava louca					
Geladeira					
Freezer					
Lava roupa					
DVD					
Micro-ondas					
Motocicleta					
Secadora roupa					

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	
Fundamental II completo / Médio incompleto	
Médio completo / Superior incompleto	
Superior completo	

	Serviços públicos	
	Não	Sim
Água encanada		
Rua pavimentada		

Obrigada pela Colaboração.