

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

MARIA EMILIANA TEIXEIRA

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM PRÉ-ESCOLARES DE ACORDO COM  
O TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO NA PASTORAL DA CRIANÇA DA  
PAROQUIA DE JARDIM LIMOEIRO SERRA-ES**

VITORIA

2016

MARIA EMILIANA TEIXEIRA

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM PRÉ-ESCOLARES DE ACORDO COM  
O TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO NA PASTORAL DA CRIANÇA DA  
PAROQUIA DE JARDIM LIMOEIRO SERRA-ES**

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.<sup>a</sup> : Ana Cristina de Oliveira Soares

VITORIA

2016

MARIA EMILIANA TEIXEIRA

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM PRÉ-ESCOLARES DE ACORDO COM  
O TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO NA PASTORAL DA CRIANÇA DA  
PAROQUIA DE JARDIM LIMOEIRO SERRA-ES**

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. Cristina de Oliveira Soares - Orientador

---

Jorge De Vit Monti

---

Gabriela de Oliveira Rebello

Dedico a um grande companheiro e amigo que sempre esteve ao meu lado durante esses quatro anos, tendo paciência e compreensão em todos os momentos.

A Leandro Miranda da Costa.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a DEUS por ter me amparado até aqui, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos. Agradeço a Nossa Senhora, por estar sempre me cobrindo com seu manto sagrado e intercedendo a Deus por mim.

Quero agradecer também a todos os meus professores que fizeram parte da construção de conhecimentos ao longo desses quatro anos, não citarei o nome de todos, pois são muitos, mas quero deixar registrado o nome de algumas professoras que estiveram desde o início com a turma de nutrição 2013/1: Kelly Amichi, Paula Regina Campos, Luciene Rabello, Mirian Patrícia C.P Paixão, Ana Cristina Soares e a coordenadora Alessandra Garcia.

Agradeço de forma especial a minha orientadora de TCC professora Ana Cristina Soares, pela paciência e dedicação na construção desse trabalho.

Agradeço a Leandro que esteve ao meu lado durante esses quatro anos sempre me apoiando e me encorajando nas horas de desespero. Agradeço de forma especial minha família que é meu porto seguro, obrigada por todo amor e carinho.

Agradeço ao sr. Tião coordenador da Pastoral da criança de Jardim Limoeiro que abriu as portas para que eu pudesse realizar meu trabalho. Quero agradecer também aos líderes da pastoral da criança em especial da comunidade Menino Jesus que me ajudaram nesse processo de coletas de dados.

Agradeço também a minha irmã Mirian Cristina, meu irmão Lucas Joaquim, minha cunhada Letícia Negrini e meu pai Ideito Lucas Teixeira pelo apoio na coleta dos dados, vocês foram de fundamental importância para a realização desse trabalho.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente me apoiaram durante estes quatro anos.

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos.”

Provérbios 16:3

## RESUMO

O leite materno é o alimento essencial para a criança após o parto, nele estão presentes todos os nutrientes necessários para nutrir o bebê. É um alimento completo que previne a criança de várias doenças futuras. O presente estudo teve o objetivo de avaliar o perfil alimentar e nutricional em crianças na fase pré-escolar de acordo com o tempo de aleitamento materno, atendidas pela pastoral da criança da Paróquia de Jardim Limoeiro Serra (ES). Para a realização do estudo foi realizada pesquisa de campo, transversal, descritiva, observacional de base populacional com aplicação de questionário estruturado, validado contendo perguntas abertas e fechadas, para averiguar o tempo de aleitamento materno exclusivo, identificar associação entre tempo de aleitamento materno exclusivo e sobrepeso e obesidade na idade pré-escolar, bem como a introdução da alimentação complementar, avaliando o perfil nutricional e alimentar de cada criança. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com medidas de média, medida de frequência e estatística não paramétrica com teste Qui-quadrado, considerando nível de significância de 95% e margem de erro de 5%. Aos resultados do presente estudo foi verificado que o tempo de aleitamento materno exclusivo é influenciado pela renda da mãe, sendo que quanto maior o nível de renda, maior o tempo de aleitamento materno exclusivo. Evidenciou-se também que para esta amostra não existiu relação direta entre tempo de aleitamento materno exclusivo e estado nutricional da criança, provavelmente pelo tamanho da amostra. Foi identificado também um percentual muito alto da introdução precoce de alimentos ultraprocessados o que pode criar uma predisposição para distúrbios nutricionais na vida adulta. Conclui-se que outros estudos possam ser desenvolvidos a fim de se comprovar mais efeitos protetores do aleitamento materno.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Desmame Precoce, Alimentação Complementar.

## ABSTRACT

Breast milk is the essential food for the child after delivery, it is present all the nutrients needed to nourish the baby, is a complete food that prevents the child from several diseases in the future. The present study aimed to evaluate the profile of food and nutritional status in preschool children in accordance with the duration of exclusive breastfeeding, answered by the Child Pastoral in the parish of Garden Limoeiro Serra (ES). To perform the study was conducted field research, cross-sectional, descriptive, observational population-based implementation of a structured questionnaire, validated containing open and closed questions, to ascertain the duration of exclusive breastfeeding, identify an association between duration of exclusive breastfeeding and overweight and obesity in pre-school age, as well as the introduction of complementary feeding, evaluating the nutritional profile and feed of each child. The data analysis was performed by means of descriptive statistics with measures of media, measurement of frequency and statistical parametric not with chi -square test, considering a significance level of 95% and a margin of error of 5%. The results of this study it was found that the duration of exclusive breastfeeding is influenced by income of the mother, and that the higher the level of income that is greater the duration of exclusive breastfeeding. There was also that for this sample there was a direct relationship between duration of exclusive breastfeeding and nutritional status of the child probably by the size of the sample. It was also identified a percentage too high of the early introduction of food ultra processed what can create a predisposition for nutritional disorders in adult life. It is concluded that other studies might be developed to ensure more protective effects of breastfeeding.

**Keywords:** Breastfeeding, Weaning Early, Complementary Feeding

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Amostra determinante do sexo e idade dos pré-escolares avaliados....	61
Tabela 02 – Estado nutricional dos 70 pré-escolares com relação A/I.....	63
Tabela 03 – Estado nutricional dos 70 pré-escolares com relação ao IMC/I.....	64
Tabela 04 – IMC e Classe social.....	65
Tabela 05 – Tempo de aleitamento materno exclusivo e idade da mãe .....	68
Tabela 06 – Tempo de aleitamento materno e renda.....	68
Tabela 07 – Tempo de aleitamento materno exclusivo e classe social.....	70
Tabela 08 – Tempo de aleitamento materno exclusivo e escolaridade da mãe .....	71

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Peso por idade de acordo com o sexo dos pré-escolares .....	62
Gráfico 02 – Tempo de aleitamento materno exclusivo .....	66
Gráfico 03 – Percentual em relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo com estado civil das mães dos pré-escolares.....	72
Gráfico 04 – Estado nutricional dos pré-escolares quanto ao IMC.....	73
Gráfico 05 – Tipo de alimento oferecido na alimentação complementar .....	75
Gráfico 06 – Início da alimentação complementar de 0 a 6 meses dos pré-escolares avaliados .....	76

## **LISTA DE SIGLAS**

- AAP – Academia Americana de Pediatria
- AGPI-CL – Ácidos Graxos Poli-Insaturados de Cadeia Longa
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CNBB – Cofederação Nacional dos Bispos do Brasil
- E/I – Estatura por Idade
- IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- IMC/I – Índice de Massa Muscular por Idade
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- P/I – Peso por Idade
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>2 REFERENCIAL TEORICO</b> .....	27
2.1 GESTAÇÃO .....	27
2.2 FISIOLÓGIA DA LACTAÇÃO .....	28
2.3 HORMÔNIOS DA LACTAÇÃO .....	29
2.4 LEITE MATERNO .....	30
2.5 ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇAS .....	31
2.6 LEITE MATERNO E SEUS BENEFÍCIOS PARA MÃE E FILHO .....	34
2.7 ALEITAMENTO MATERNO E OBESIDADE .....	35
2.8 ALEITAMENTO MATERNO E O INCENTIVO FAMILIAR .....	37
2.9 DIFICULDADES DAS LACTANTES DURANTE A AMAMENTAÇÃO .....	38
<b>2.9.1 Ingurgitamento mamário</b> .....	39
<b>2.9.2 Fissura mamilar</b> .....	40
<b>2.9.3 Mastite lactacional</b> .....	40
<b>2.9.4 Candidiase e abscesso mamário</b> .....	42
<b>2.9.5 Mamilos planos ou invertidos</b> .....	42
2.10 DESMAME PRECOCE.....	43
2.11 ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	47
2.12 ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR .....	49
2.13 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA FASE PRÉ-ESCOLAR .....	51
2.14 CLASSE SOCIAL E PADRÃO ALIMENTAR .....	54
2.15 PASTORAL DA CRIANÇA .....	55
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	57
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	57
3.2 AMOSTRA.....	57
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	57
3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS .....	57
3.5 INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	58

3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
3.7 MATERIAIS E MÉTODOS.....	59
<b>3.7.1 Avaliação Antropométrica .....</b>	<b>59</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
4.1 AMOSTRA ESTUDADA .....	61
4.2 ESTADO NUTRICIONAL DOS PRÉ-ESCOLARES .....	62
4.3 IMC/I E CLASSE SOCIAL .....	64
4.4 QUANTO AO TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	66
<b>4.4.1 Tempo de aleitamento materno exclusivo e idade da mãe.....</b>	<b>67</b>
<b>4.4.2 Tempo de aleitamento materno exclusivo e renda .....</b>	<b>68</b>
<b>4.4.3 Tempo de aleitamento materno exclusivo e classe social .....</b>	<b>69</b>
<b>4.4.4 Tempo de aleitamento materno exclusivo e escolaridade da mãe .....</b>	<b>71</b>
<b>4.4.5 Tempo de aleitamento materno exclusivo e estado civil .....</b>	<b>72</b>
<b>4.4.6 Tempo de aleitamento materno exclusivo e IMC/I .....</b>	<b>73</b>
4.5 QUANTO AO INICIO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR .....	74
<b>4.5.1 Tipo de alimento introduzido na alimentação complementar .....</b>	<b>74</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APENDICE A .....</b>	<b>91</b>
<b>APENDICE B .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO C .....</b>	<b>101</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é o alimento essencial para a criança após o parto. No leite materno estão presentes todos os nutrientes necessários para nutrir o bebê, é um alimento completo no qual previne a criança de varias doenças futuras. Alimentar a criança com leite materno é um ato de amor e carinho. É na fase da amamentação que será criado um vinculo entre mãe e filho no qual a criança se sentirá protegida. O leite materno deve ser oferecido ate os seis meses para que a criança possa se beneficiar de suas propriedades protetoras contra varias doenças (OLIVEIRA et al., 2013).

O leite materno é fundamental para a criança, pois auxilia na saúde da mesma, prevenindo contra morbidade e mortalidades causadas por varias doenças infecciosas. Sabe-se que o bebê antes de completar seis meses ainda esta em processo de formação do sistema imunológico sendo de extrema importância oferecer exclusivamente o leite materno, o qual também atua na proteção contra doenças crônicas, alergias e diarreia (BARROS et al., 2009).

O aleitamento materno além de exercer vários benefícios para o bebe também é o responsável por auxiliar na saúde da mãe protegendo-a contra doenças como câncer de mama, endometriose, osteoporose e a beneficia com a perda de peso pós-parto. O ato de amamentar faz com que mãe e filho possam sempre estar em contato gerando assim uma relação de apego amor e carinho entre ambos (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

A falta de conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno, a falta de apoio da família quanto ao aleitamento materno e o desejo de voltar para o trabalho faz com que as mães desmamem seus filhos antes do tempo, fator que favorece a introdução de alimentos complementares antes do tempo (ANDRADE et al., 2009).

A transição alimentar e nutricional na qual a obesidade vem aumentando de forma alarmante, vem provocando mudanças drásticas no comportamento de vida da sociedade, de modo que a mulher ao ingressar no mercado de trabalho dificulta a pratica da amamentação exclusiva, para não ficar fora do mercado de trabalho acaba introduzindo a alimentação complementar fora do tempo que deveria ser ofertado à criança. Assim começa oferecer formula artificial e alimentos

industrializados para a criança contribuindo para o crescimento do sobrepeso e da obesidade (RINALDI et al., 2008).

Dados da literatura demonstram que a obesidade infantil pode estar relacionada ao tempo de aleitamento materno. Siqueira e outros (2007) em um estudo feito com crianças em idade escolar verificou que as crianças que não receberam o leite materno tiveram um maior risco a obesidade, mas a relação amamentação exclusiva e obesidade ainda tem algumas controvérsias.

A obesidade e o aumento de peso decorrem independentes das classes sociais. Estudos demonstram que a obesidade infantil em classes sociais baixas é mais danosa à saúde do que em classes sociais mais altas em função da própria condição socioeconômica (SIMON et al., 2009).

Alguns estudos feitos sobre o efeito protetor do aleitamento materno em crianças na fase pré-escolar ainda demonstram dúvidas, sendo assim necessários mais estudos na área da nutrição que possam associar duração do tempo de aleitamento materno com a obesidade (SIQUEIRA et al., 2007).

Estudos evidenciam que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses tem um efeito protetor contra a obesidade em crianças na fase pré-escolar. Estudos sugerem que o aleitamento materno exclusivo tem efeito protetor durante a infância contra sobrepeso e obesidade, independente da idade ou classe social ao qual a criança se encontra, sendo mais um valor que se agrega ao leite materno diante de vários benefícios evidenciados em vários estudos recentes (SIMON et al., 2009).

Nesse sentido várias organizações trabalham para suprir as necessidades dessas crianças. O presente trabalho foi realizado na pastoral da criança que faz um trabalho voltado para a promoção da saúde em crianças de zero a seis anos e gestantes, por meio de líderes voluntários.

Este estudo teve o objetivo de averiguar o tempo de aleitamento materno exclusivo, identificar associação entre tempo de aleitamento materno exclusivo e sobrepeso e obesidade na idade pré-escolar, bem como a introdução da alimentação complementar, avaliando o perfil nutricional e alimentar de cada criança atendida na Pastoral da Criança de uma Paróquia localizada na cidade da Serra – ES.

Este trabalho foi organizado da seguinte forma, inicia-se a apresentação com a introdução, logo após a revisão da literatura dividida em tópicos para facilitar o entendimento do leitor, metodologia, resultados e discussão que também foram organizados em tópicos e finalizando com as considerações finais.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 GESTAÇÃO

O período de gravidez faz com que a mulher passe por várias transformações fisiológica, tais como metabólicas e hormonais e também pelas mudanças do corpo da mulher, tendo alterações tanto físicas quanto emocional demandando várias formas de equilíbrio pertinentes a essa fase, podendo esse período compreende entre 37 a 42 semanas (ARAÚJO et al., 2012).

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 vômitos, fazendo que a gestante tenha uma redução do apetite, mas que não é prejudicial ao feto, que nesse trimestre começa a ser gerado continuamente até a 12<sup>o</sup> semana. A partir da 13<sup>o</sup> semana caracteriza-se o segundo trimestre, indo até a 27<sup>o</sup> semana, iniciando o terceiro trimestre que vai até o final da gestação, comumente na 40<sup>o</sup> semana. São esses dois trimestres cruciais para o adequado desenvolvimento e crescimento do feto, a qual essa adequação recebe influencia direta do meio externo influencia essa exercida pelo hábito de vida da gestante (VASCONCELOS et al., 2011).

Com relação às transformações hormonais decorrentes da gestação, a fim de suprir as demandas dessa fase, pode-se citar alguns principais hormônios, entre eles, os secretados pela placenta, que é um órgão existente durante a gestação, responsável pela passagem de oxigênio e nutrientes da gestante para o feto e eliminação de substâncias residuais. Primeiramente apresenta-se o hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG) que tem função de impedir que o embrião seja recusado, devido a resposta imune; é também capaz de assegurar a produção de outros hormônios importantes no início da gestação, como a progesterona cuja principal função é garantir que o feto não seja expulso ao relaxar a musculatura lisa uterina, e conseqüentemente pode acometer o trato gastrointestinal, contribuindo na constipação intestinal, bem como depósito de gordura, e também tem participação na mamogênese, assim como o hormônio estrogênio, esse por sua vez apresenta funções como a promoção da elasticidade uterina, além de influenciar na função tireoidiana e baixar os níveis de proteínas séricas (VITOLLO, 2012).

Pode-se dizer que o lactogênio placentário humano (hPL) e o hormônio de crescimento (Gh), secretado na pituitária anterior, têm ações parecidas ao favorecerem o depósito de proteína nos tecidos, bem como ao serem antagonistas a ação da insulina, essa secretada em maior produção pelo pâncreas no período da gravidez, consequência do aumento na produção de glicose devido a garantia do suprimento da maior demanda energética (VASCONCELOS et al., 2011).

Diante as várias mudanças no corpo da mulher no transcorrer da gestação, associadas a vários fatores de risco existentes, que podem ser desde a sociodemográficos, psicossociais, histórico reprodutivo anterior, condições clínicas já existentes, fatores esses que podem criar condições favoráveis ou complicações que consequentemente surgem no decorrer da gestação, como exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos e intercorrências clínicas, algumas gestantes têm grandes chances de apresentarem resultados desfavoráveis, o que consequentemente pode ocasionar riscos de morbidade ou saúde da mãe e/ou do feto; mostrando-se assim a importância do acompanhamento pré-natal, que é o acompanhamento a gestante por profissionais de saúde, que a submetem anamnese, exame físico geral e gineco-obstétrico, objetivando o processo da prevenção ou tratar quadros patológicos indesejáveis, garantindo assim mãe e filho saudáveis (BRASIL, 2010a).

## 2.2 FISILOGIA DA LACTAÇÃO

Assim como a gestação, a lactação é marcada por muitos processos fisiológicos, entre eles encontram-se os fatores hormonais aos quais controlam todo o processo da lactação, sendo os de maior importância os que são originados pela hipófise, pois sua produção é derivada dos sentimentos maternos e estímulos externos (VITOLLO, 2012).

A mama é formada por tecido conjuntivo, gordura e unidades independentes glandulares aos quais são chamados de lobos, este subdividem em lóbulos que são constituídos pelos os alvéolos onde o leite é produzido, sendo levado até os seios lactíferos, tendo para cada lobo mamário um seio lactífero com saídas independentes no mamilo (BRASIL, 2009).

No processo da lactação há o desenvolvimento da glândula mamaria ao qual é dividido em três estágios a mamogênese que é o crescimento da glândula mamaria, tendo dois estágios de crescimento, o primeiro acontece na puberdade e o segundo momento na gestação; a lactogênese pela qual é dada o início da lactação tem início nos três últimos meses da gravidez; e a galactopoiese ao qual é feita a manutenção da lactação. Para que o processo da manutenção aconteça de forma natural é preciso que o eixo hipotálamo-hipófise continue a produzir os hormônios prolactina e ocitocina (VITOLLO, 2012).

### 2.3 HORMÔNIOS DA LACTAÇÃO

A lactação é controlada por dois hormônios: a ocitocina e a prolactina. O hormônio ocitocina é localizado no hipotálamo ao qual é responsável por auxiliar nas contrações uterinas, sendo essas no momento do parto e na ejeção do leite materno durante a amamentação, sendo os movimentos de sucção feitos pelo bebê durante a mamada ou simplesmente o cheiro que estimula esse hormônio fazendo com que o leite saia (DACOME; GARCIA, 2008).

O hormônio prolactina é sintetizado pela hipófise aos quais seus processos fisiológicos estão ligados principalmente com a reprodução, tendo como função principal participar da manutenção durante o período da lactação (SILVA; ANDRADE, 2008).

A prolactina é um hormônio que age nas células alveolares, produzindo assim o leite materno e principalmente a proteína. Nos primeiros quatro dias da amamentação a prolactina não tem influência na decida do leite, pois neste período o leite é produzido independente do estímulo que o bebê faz para sugar o mesmo, após passar os quatro dias a sucção é de extrema importância para a ativação da prolactina para a produção do leite, desse modo à boa pega do bebê ao peito é um fator de extrema importância para a produção do leite (VITOLLO, 2012).

## 2.4 LEITE MATERNO

O leite materno é um alimento completo para os bebês até os seis meses de idade nele têm todos os nutrientes necessários para nutrir a criança até que a alimentação complementar seja introduzida (OLIVEIRA et al., 2013).

O leite materno é fundamental para nutrir o bebe principalmente nos primeiros seis meses de vida da criança, pois auxilia na saúde da criança, prevenindo esse contra morbidade e mortalidades causadas por varias doenças infecciosas, pois se sabe que o bebe nesta fase ainda esta em processo de formação do sistema imunológico, o leite materno também atua na proteção contra doenças crônicas, alergias e diarreia (BARROS et al., 2009).

Estudos mostram que além do leite materno atuar no beneficio e proteção contra varias doenças o ato de amamentar também ajuda na formação da dentição da criança, sendo o peito da mãe um aparelho ortodôntico natural, desenvolvendo assim uma boa formação neuro muscular da boca de uma forma natural (BERVIAN; FONTANA; CAUS, 2010).

O leite materno passa por três etapas pela qual se divide em: colostro, leite de transição e leite maduro. O colostro é secretado por um período de uma semana aproximadamente após o parto, sabe-se que é o primeiro leite disponível após o nascimento, é um liquido amarelado e fino sendo rico em proteína, menos teor de lactose e gordura e contém varias propriedades imunológicas como IgA, IgM e IgG, vitaminas lipossolúveis como a vitamina A, E e carotenoides aos quais são responsáveis pela cor amarelada do primeiro leite. O leite de transição permanece por até duas semanas, passando deste período para o leite maduro (VITOLO, 2012).

Segundo a cartilha para mãe trabalhadora que amamenta do Ministério da Saúde, afirma que:

O leite materno é o alimento mais completo que existe para o bebê. Nos primeiros seis meses, ele contém tudo que o bebê precisa até mesmo água! Portanto, você não precisa dar chá, água, outros leites, mingaus ou suquinhos enquanto ele estiver mamando só no peito, o que traz também grande economia para a família (BRASIL, 2010b, p.10).

De acordo com Vasconcelos e outros (2011), o leite materno possui em sua composição 87,5% de água, o que faz com que o bebê não tenha a necessidade de

receber água durante os primeiros seis meses, pois a água presente no leite hidrata a criança nesse período de sua vida.

Segundo Vitolo (2012), o leite materno maduro tem mais calorias em comparação ao colostro, sendo 71 Kcal/dl e 67 Kcal/dl respectivamente, o leite materno também tem todas as vitaminas necessárias para a criança, estando em quantidades necessárias atendendo assim as demandas do bebê, sendo a vitamina D a única que não está presente no leite materno.

O leite materno tem como principal fonte de carboidrato a lactose ao qual fornece 40% das necessidades energéticas, mas em sua formulação pode ser encontrado pequenas quantidades de frutose e oligossacarídeos. A lactose ajuda na absorção do ferro e cálcio, promovendo a nutrição e a colonização do intestino, a proteína do leite materno é composta por 20% de caseína e 80% de proteínas presentes no soro, já o lipídio é o macronutriente que oferece mais energia a criança, por este motivo é importante que se faça o esvaziamento total das mamas pra que o bebê consiga se beneficiar do leite mais rico em gordura (VASCONCELOS et al., 2011).

## 2.5 ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇAS

Segundo Antunes e outros (2008), amamentar significa um ato de amor e carinho tanto para a mãe quanto para o bebê, ao qual promove vantagem futuras para os mesmos, pois a cada mamada o leite materno atua como uma vacina para o bebê. Além de proporcionar uma aproximação de afeto e carinho entre mãe e filho, o aleitamento materno exclusivo é rico em todos os nutrientes necessários para nutrir o lactente.

Estudos demonstram que o aleitamento materno exclusivo protege o lactente de possíveis alergias, pois o leite materno tem alguns constituintes que tem esse efeito protetor e outros são importantes na formação de IgE, tendo um maior acúmulo no leite de lactantes atópicas, aumentando o risco do lactente ser atópico (SILVA; SCHNEIDER; STEIN, 2009).

Em um estudo sobre a importância dos ácidos graxos essenciais, concluíram que os lipídios que são ofertados aos bebês nos primeiros meses de vida são determinantes no desenvolvimento e no crescimento infantil, bem como na resposta imunológica do bebê em combate a agentes infecciosos e prevenindo de

complicações na vida adulta. Nesse sentido, recomenda-se que a alimentação da lactante tenha quantidades significativas de ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (AGPI-CL) para atender basicamente as necessidades maternas e a do lactente, prevenindo assim de possíveis alergias e/ou infecções (TINOCO et al., 2007).

As alergias podem se manifestar em crianças menores de seis meses de idade, devido à falta do aleitamento materno exclusivo ao qual se interrompe a amamentação antes mesmo da criança completar quatro meses de vida, pois nesse período o trato digestivo do recém-nascido ainda encontra-se em formação. Durante a gestação as gestantes alérgicas a alimentos devem evitar o consumo dos alimentos alergênicos, a fim de evitar que a criança tenha algum tipo de alergia alimentar, ressalta-se também a importância de não consumir esses alimentos durante o período da amamentação para que não passe para a criança por meio do leite materno (PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

Schneider, Stein, Fritscher (2007), evidenciam que mais estudos a cerca do efeito protetor do leite materno contra alergias em lactentes, devem ser mais estudados para definir o real efeito dos fatores imunomoduladores entre mãe e filho.

Estudos também mostraram que o leite materno pode prevenir contra doenças respiratórias, um estudo feito com mais de 15.000 crianças entre 2000 e 2002, que buscou objetivar e medir o efeito do aleitamento materno em crianças hospitalizadas com infecções respiratórias agudas nos primeiros meses de vida comprovou o efeito protetor do aleitamento materno exclusivo por tempo prolongado contra doenças respiratórias (QUIGLEY; KELLY; SACKER, 2007).

Em um estudo transversal feito com filhos de 139 mulheres selecionadas em fase de acompanhamento de pré-natal na rede básica de atenção a saúde de São Paulo entre 2005 a 2006, ao qual foi avaliada a vacina pneumocócica polissacarídica e o aleitamento materno, obteve como resultado que a vacina não teve um efeito de proteção eficaz contra infecções que são causadas por pneumococo, contudo, o leite materno exclusivo ate os seis meses de idade atuou na proteção desses lactentes contra infecções respiratórias (LOPES; BEREZIN, 2009).

Araújo e outros (2008), em um estudo realizado com 121 crianças, entre os meses de junho e julho de 2005 no serviço da rede de atenção básica de saúde de

Fortaleza, ao qual foram verificadas a prevalência de diarreia em crianças ao qual foi oferecido leite materno por menos de seis meses e não amamentadas exclusivamente no peito, verificou-se que as crianças que não receberam o leite materno por tempo correto tiveram um alto índice de diarreia. Concluiu-se nesse estudo que o leite materno apresenta constituintes imunológicos que previne a diarreia, sendo a amamentação até os seis meses de idade um fator que contribui para a saúde da criança.

Vasconcelos e outros (2011) reforça a importância do aleitamento materno e seus benefícios contra várias doenças que podem surgir devido à falta do aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê.

Segundo a revisão da Academia Americana de Pediatria (AAP), o aleitamento materno também diminui a incidência de alergias, otites, amigdalites, asma, infecções do trato urinário, diabetes tipo I e II, hipercolesterolemia, linfomas, leucemia, doenças de Hodgkin, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, enterocolite necrosante e doença celíaca (VASCONCELOS et al., 2011, p. 163).

Estudos feitos a cerca da proteção do aleitamento materno na promoção e prevenção contra o diabetes mellitus tipo 1 e 2, ainda é um pouco controverso em alguns trabalhos de ordem científica. Todavia, evidências mostram que não ofertar o leite materno exclusivamente pode agir como risco para o desenvolvimento do DM 1 e DM 2, pois as vantagens do leite materno estão atribuídas a substâncias bioativas que atuam no sistema imunológico que tem por função promover a maturação do mesmo, reduzindo a resistência à insulina e protegendo contra o excesso de peso na infância (PERREIRA et al., 2014).

Avanços em pesquisas sobre a Síndrome Metabólica evidenciam que o seu crescimento na infância de alguma forma possa esta ligada ao aleitamento materno, sendo a amamentação exclusiva um dos principais fatores que protege na vida adulta de doenças cardiovasculares. Pelo fato do leite materno não ter custos, deve ser uma prática incentivada pelas políticas de saúde pública com o intuito de se ter um incentivo ao aleitamento materno, pois no Brasil as doenças cardiovasculares estão crescendo a níveis epidêmicos (LEAL et al., 2008).

Estudo feito com o objetivo de examinar a alimentação precoce nos primeiros doze meses de vida da criança e controle da deficiência de ferro, concluiu que o aleitamento materno até os seis meses de idade e depois complementando com a alimentação saudável é de extrema importância no controle e prevenção da

deficiência de ferro, sendo associado a outras medidas uma das formas de se ter um grande sucesso quando acompanhados por profissionais da saúde (BORTOLINI; VITTOLO, 2010).

Oliveira e outros (2010), em estudo de seguimento onde foram avaliadas 150 crianças após o nascimento por um período de seis meses, tendo como objetivo avaliar os efeitos do aleitamento materno exclusivo e complementar sobre os níveis de hemoglobina, concluiu que a pratica alimentar inadequada nos primeiros seis meses de vida contribuíram para deficiência de ferro nesta fase da vida. Assim, é de fundamental importância a pratica da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida para que o leite materno com seus benefícios possa atuar na proteção contra anemia ferropriva.

A suplementação medicamentosa de ferro para lactentes até os dois anos de idade é de extrema importância para a prevenção da deficiência de ferro. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhece que é necessário que se tenha a suplementação do mesmo (MORAIS; SIGULEM, 2006).

Com todos os benefícios do aleitamento materno apresentados por vários autores, sabe-se também que a amamentação é responsável pela formação bucal do recém-nascido, com o ato da amamentação forma-se o sistema estomatognático que é responsável pela deglutição, respiração, fala e mastigação, sendo a sucção a primeira função realizada por este sistema, assim garantindo com a amamentação um bom desenvolvimento muscular e ósseo do lactente (BERVIAN; FONTANA; CAUS, 2010).

## 2.6 LEITE MATERNO E SEUS BENEFICIOS PARA MÃE E FILHO

O aleitamento materno além de exercer vários benefícios contra varias doenças também auxilia na saúde da mãe protegendo-a contra doenças como câncer de mama, endometriose, osteoporose e beneficia com a perda de peso pós-parto. A amamentação faz com que mãe e filho possam sempre estar em contato gerando assim uma relação de apego amor e carinho entre ambos (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

A falta de conhecimento sobre os benefícios da amamentação para a nutriz é uma das praticas que faz com que a mulher não sinta o desejo de amamentar, ao qual

associa o aleitamento materno com a desfiguração do corpo. Nesse sentido, incentivar a mulher a alimentar seu filho é de extrema importância, trabalho esse que deve ser feito por profissionais da saúde, a fim, de mostrar para as nutrizes que além de estar nutrindo a criança com leite materno o ato de amamentar também auxilia na saúde da mãe (AZEVEDO et al., 2010).

Para a criança o aleitamento materno é o melhor remédio e alimento, pois nele está presente todos os nutrientes necessários para o bebê é nesse período de aleitamento que a criança cria resistência para o seu desenvolvimento. O leite materno protege a criança contra várias doenças que surgem durante a infância ou na vida adulta, como diabetes, hipertensão, obesidade, infecções e possíveis alergias, além de ter muitos outros benefícios (VASCONCELOS et al., 2011).

## 2.7 ALEITAMENTO MATERNO E OBESIDADE

A obesidade tem sido considerada nos últimos anos uma doença de proporções epidêmicas, com uma prevalência que atinge e varia entre pessoas de diferentes idades e níveis socioeconômicos, sendo desenvolvida precocemente na infância e na adolescência decorrentes dos hábitos alimentares que estão ligados a vida moderna (ARAÚJO; BESERRA; CHAVES, 2006).

Trata-se de uma doença que está associada a outras, ou devido o excesso de gordura, o indivíduo obeso, pode desenvolver decorrente do excesso de lipídeo armazenado nos adipócitos, interferindo em vários aspectos fisiológicos realizados no organismo, entre elas, dislipidemias, diabetes, osteoporose, cardiopatias, enfim diversas alterações metabólicas (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Existem dois tipos de obesidade: a exógena e a endógena. A obesidade exógena na infância é decorrente da prática alimentar inadequada, como a ingestão calórica acima do que realmente o indivíduo precisa, desmame precoce, distúrbio nutricional, baixa renda familiar e histórico de sobrepeso na família, esse problema pode-se reverter com adequação na dieta e hábitos alimentares saudáveis. Já a obesidade endógena está atrelada a problemas hormonais ou doenças endócrinas, ao qual deve ser diagnosticado o problema de base e tratá-lo (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009).

Estudos a cerca do aleitamento materno mostraram os vários benefícios que o leite materno tem sobre a saúde da criança, um dos benefícios é o efeito protetor contra o sobrepeso e obesidade, ao qual vários estudiosos sugerem que crianças que foram amamentadas exclusivamente com leite materno tem a probabilidade de ser uma criança eutrofica na infância e mantendo hábitos alimentares saudáveis terá grandes chances de ser um adulto eutrofico (SIQUEIRA et al., 2007).

Estudo feito com 134 pré-escolares de três e cinco anos de idade em Brasília em uma escola particular teve como objetivo relacionar o tempo de aleitamento materno exclusivo com excesso de gordura corporal, evidenciando que a relação do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade tem grande relação com a menor prevalência de sobrepeso e obesidade em relação às crianças que não foram amamentadas de forma exclusiva no peito. Notou-se também uma correlação inversa entre o perímetro da cintura e o tempo de aleitamento materno com efeitos na distribuição da gordura corporal (MORAES; GIUGLIANO, 2011).

Simon e outros (2009), em um estudo transversal realizado com 566 crianças de uma escola particular de São Paulo no período de 2004 e 2005, com o propósito de avaliar o tempo de aleitamento materno e a alimentação complementar em relação ao sobrepeso e obesidade em pré-escolares, sugeriram que o aleitamento materno exclusivo tem efeito protetor durante a infância contra sobrepeso e obesidade, independente da idade ou classe social ao qual se encontra, sendo mais um valor que se agrega ao leite materno diante de vários benefícios evidenciados em vários estudos recentes.

Estudiosos a fim de detectar a ação e os efeitos benéficos do leite materno nos desvios antropométricos em crianças na fase pré-escolar em região semiárida de Alagoas, concluíram que o leite materno ofertado por no mínimo trinta dias representou um fator de proteção contra sobrepeso infantil dos pré-escolares que fizeram parte do estudo (FERREIRA et al., 2010).

Um estudo realizado em Fortaleza com o objetivo de investigar a ineficácia do aleitamento materno na obesidade em escolares, quando comparado com outras literaturas, percebeu-se que o aleitamento materno interrompido antes dos seis meses é um forte indicio para o desenvolvimento da obesidade na infância o que pode prolongar até a vida adulta (ARAÚJO; BESERRA; CHAVES, 2006).

Estudo transversal realizado com 555 crianças de uma escola particular de São Paulo, a fim de avaliar o efeito protetor do leite materno, levando em consideração o tempo que o leite foi ofertado exclusivamente e a obesidade na idade escolar, foi verificado que as crianças que não receberam o leite materno tiveram um maior risco a obesidade, mas a relação amamentação exclusiva e obesidade ainda tem algumas controvérsias, sugerindo assim mais estudos que envolvam a relação aleitamento materno e obesidade (SIQUEIRA et al., 2007).

A obesidade vem crescendo de forma alarmante, sendo considerado um problema de saúde pública pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma crescente no sobrepeso infantil. Em adultos o controle da obesidade mostrou-se uma grande dificuldade, pois os hábitos alimentares já estão instalados. Assim, considera-se a necessidade de criar bons hábitos alimentares na infância para que o mesmo possa levar ao longo de sua vida e o controle da obesidade possa ser eficaz, pois bons hábitos são criados de forma gradual, sendo assim começa-se a construí-los ainda na infância (BERTIN, et al., 2010).

## 2.8 ALEITAMENTO MATERNO E O INCENTIVO FAMILIAR

A gestação é um período de muita alegria para a familiar, pois a chegada de uma criança renova o ambiente, sendo a família uma figura encorajadora para que a amamentação ocorra de forma espontânea, favorecendo o apego entre mãe e filho mostrando que a chegada de um novo membro é motivo de muitas expectativas para a construção de valores e metas (BEM; WAGNER, 2006).

O laço afetivo desenvolvidos no ambiente familiar principalmente no contato entre pais e filhos contribui para que a criança se desenvolva saudavelmente, podendo assim agir interativamente em todos os ambientes ao qual participará (DESSEN; POLONIA, 2007).

Segundo Olayemi e outros (2007), a figura do pai é de grande relevância para o estímulo a amamentação, seja no emocional ao qual a mulher passa durante a gestação e pós-parto ou quanto a situação financeira, desse modo o incentivo da figura paterna acarreta grandes chances do aleitamento materno exclusivo ser mais duradouro.

Pontes, Alexandrino e Osório (2008), reforçam que o pai tem a obrigação de sempre quando for possível estar presente em todos os momentos que envolva a família, quebrando o tabu de que amamentar é algo que só pertence à mãe e o bebê. Reforçam ainda que o pai é um dos maiores incentivos para que a nutriz amamente com dedicação aceitando com naturalidade todas as modificações presentes em seu corpo durante a gestação e no processo da amamentação.

Assim como o pai a avó também tem um papel fundamental no incentivo ao aleitamento materno, mostrando suas experiências e erros durante o período em que amamentou para que possa servir de apoio para a nutriz para que a mesma não os repita, podendo assim sentir mais segurança no momento da amamentação e ter experiências que poderão ser transmitida futuramente (TEIXEIRA et al., 2006).

A família em geral deve estar sempre por perto para incentivar a nutriz no momento da amamentação servindo de apoio para mãe e bebê, podendo assim mostrar que todos os familiares estarão por perto para ajudar em todas as dificuldades dando amor e carinho, mostrando que todos serão um porto seguro para que o aleitamento materno exclusivo aconteça de forma natural (PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2008).

## 2.9 DIFICULDADES DAS LACTANTES DURANTE A AMAMENTAÇÃO

As nutrizes encontram ao longo do caminho no processo da amamentação grandes dificuldades para amamentar, principalmente em se tratando de mães de primeiro filho, pois são inexperientes e muitas não tem o devido acompanhamento para que se possa ter uma boa pratica no momento da amamentação, orientações devem ser dadas as nutrizes nas consultas de pré-natal por profissionais da saúde para que se tenha o devido sucesso no aleitamento materno (SOUZA et al., 2009).

Para mulheres que são mães de crianças prematuras, há uma grande dificuldade para amamentar seus filhos, fato que as crianças que nascem prematuras têm que ficar internadas por um tempo e muita das vezes a mãe não pode estar todo tempo com o filho, o que dificulta o contato mãe e filho prejudicando a lactação (SILVA et al., 2009).

Varias dificuldades surgiram durante o período da amamentação, pois o que era para ser simples para a lactante acaba tornando algo doloroso. Mas são dificuldades

que poderão ser contornadas buscando varias formas para que a mulher não interrompa o período lactacional, podendo assim garantir o aleitamento materno para o bebê garantindo que esse receba todos os benefícios proporcionados pelo leite materno. Sabe-se também que o acompanhamento de profissionais da saúde a lactante é de extrema importância para que a mãe possa passar por essas dificuldades sem que desmame o bebê precocemente (JOCA et al., 2005).

### **2.9.1 Ingurgitamento mamário**

O ingurgitamento mamário é devido a uma maior produção do leite e a má adequação quanto aos estímulos da mama na ejeção do mesmo é caracterizado pelos seios endurecidos, inchaço, dor, rubor, pode causar febre na gestante e dores de cabeça. Para prevenir a melhor forma é não deixar que a ejeção do leite demore acontecer e massagear bem as mamas (VITOLLO, 2012).

Segundo Souza (2010), a falta de orientação às nutrizes faz com que o processo da amamentação seja um processo doloroso, pelo fato de pouco conhecimento e por vez alguns momentos o acesso às informações pelos profissionais de saúde ser escassas, evidenciando assim a importância de profissionais bem treinados que possam auxiliar a nutriz na forma correta da pega do bebê ao peito, para que o processo da amamentação não seja um ato de sofrimento para mãe, mas sim um ato prazeroso para lactante e lactente.

Trauma mamilar parece ser comum em nutrizes que não tiveram um bom treinamento sobre a pega correta dos bebês ao peito, com o intuito de amenizar a dor as nutrizes introduzem chupetas e mamadeiras para que possa retardar a hora da mamada, esse processo pode levar a pouca produção do leite contribuindo assim para a oferta continua da mamadeira (ESPIRITO; KÖHLERVI; BONILHAV, 2008).

Dentre os vários problemas enfrentados por lactantes, ressalta-se o ingurgitamento mamário ao qual acontece pelo fato de não se fazer o esvaziamento total das mamas e as nutrizes passarem um longo tempo sem oferecer o peito para a criança causando o entupimento dos canais que leva o leite para o mamilo ficando com o aspecto de leite empedrado, causando muita dor a lactante. Nesse sentido, mostra-se a grande importância de capacitar profissionais da saúde para que possam atuar

de forma coerente na orientação e treinamento na prática da amamentação para que as mães sintam prazer em alimentar seus filhos. (CASTRO et al., 2009).

### **2.9.2 Fissura mamilar**

As fissuras mamilares acontece logo após o parto são comuns no primeiro mês de aleitamento, as causas mais comuns e a pega inadequada do bebê ao mamilo e preparo inadequado do mesmo no período gestacional. As gestantes devem ser orientadas por profissionais de saúde quanto aos cuidados que devem ser tomados para amenizar as fissuras mamilares, orienta-se que a gestante no final de sua gravidez não passe creme ou óleos nos mamilos para que a mãe não remova a proteção natural da pele, expor os mamilos e a aréola ao sol, esse processo ajuda a fortalecer a pele, em caso da fissura já instalada orienta-se que a nutriz seque bem a área afetada começando a amamentar pela mama mais afetada e evitar o uso de protetores para o mamilo (VITOLLO, 2012).

Muitas lactantes param de amamentar seus filhos pelo fato de não suportarem a dor, por este motivo introduzem a mamadeira com intuito de aliviar as feridas, dessa forma ocorre o desmame precoce. Ao parar de amamentar não se tem mais o estímulo da sucção da criança ao peito para que ocorra a produção do leite, assim a mãe acaba interrompendo o processo da amamentação antes mesmo do bebê completar seis meses de vida (VIEIRA et al., 2006).

O acompanhamento das gestantes por profissionais da saúde é muito importante para que possíveis dúvidas na hora da amamentação sejam sanadas. O profissional da área de saúde é o responsável por orientar a gestante quanto às dificuldades que a nutriz encontrará ao longo do período da amamentação e assim evitar o desmame precoce (VAUCHER; DURMAN, 2006).

### **2.9.3 Mastite lactacional**

A mastite lactacional caracteriza-se por um processo inflamatório que afeta a mama, se não tratado pode evoluir para uma infecção causada pela bactéria *Staphylococcus áureos*. Consideram-se as fissuras mamilares ou rachaduras a porta de entrada para que a bactéria se instale no local afetado. A mastite também esta

relacionada com a forma incorreta da amamentação aos quais a puerpera não deixa que a mama seja completamente esvaziada ou o bebê não faz a pega correta do mamilo (VASCONCELOS et al., 2011).

Os sintomas da mama com mastite são calor excessivo, a mama fica dolorida e edemaciada ocasionando febre, ao qual se dá pelo processo inflamatório instalado. O entupimento dos ductos lactíferos modifica as células alveolares ao qual fica um espaço vago no interstício levando o enchimento dos mesmos com leite ocasionando a inflamação (VIEIRA, 2006).

O aleitamento materno não deve ser interrompido, as mamas devem ser esvaziadas pelo bebê para que ocorra a manutenção da amamentação, pois durante esse período não se tem nenhuma restrição, e o processo inflamatório instalado não oferece nenhum risco a criança. É recomendado que a nutriz ofereça primeiramente o seio que não esteja afetado e logo após o esvaziamento do mesmo, ofertar o que esta afetado, a nutriz pode também esvaziar a mama manualmente se por ventura a mesma não for esvaziada completamente durante a mamada do bebê (VASCONCELOS et al., 2011).

Segundo Corazza e outros (2010), a mastite após o parto afeta varias mulheres e é umas das principais causas para o desmame precoce. A falta de informação faz com que a mãe pare de amamentar seu filho devido o desconforto seguido de dor, dessa forma é de extrema importância que os profissionais da enfermagem oriente as nutrizes sobre a forma correta de amamentar bem como a higiene adequada das mãos ao manusear as mamas. Ressalta-se também a importância de programas para gestantes e nutrizes para que as mesmas sintam-se de alguma forma amparadas e amamente seus filhos até o tempo certo.

O processo de tratamento da mastite pode ser algo doloroso tanto para a lactante quanto para o lactente, pois a recuperação pode ser lenta ocasionando desconforto para ambos. Como o tratamento e lento exigirá a nutriz repouso absoluto, sendo essa ficando restrita a algumas atividades da vida diária, a produção de leite materno durante esse processo pode diminuir, tornando difícil para a lactante alimentar seu filho ocasionando o desmame precoce (JAHANFAR; TENG, 2012).

#### **2.9.4 Candidíase e abscesso mamário**

A candidíase mamaria ocorre pela infecção da mama pelo fungo *Candida*, ao qual pode afetar superficialmente as mamas ou também chegar aos ductos lactíferos. A *Candida* pode ser encontrada na boca, anus e vagina, o contato da boca do bebê ao mamar pode ser uma das maneiras ao qual a lactante pode contrair o fungo. Os sintomas se manifestam por meio de coceiras, pontadas nos mamilos que podem persistir após o bebê ter mamado e sensações de queimação. A infecção das mamas pelo fungo pode levar ao desenvolvimento da mastite lactacional (VASCONCELOS et al., 2011).

Para prevenir contra a candidíase a lactante deve higienizar bem as mamas, manter sempre os mamilos secos para que não ocorra nenhuma proliferação de microrganismos, manter a higienização bucal da criança, ao qual pode ser contaminada por uso de chupetas bem como pela falta de higienização das mãos do bebê, assim como todos os materiais utilizados devem ser bem esterilizados (OLIVEIRA et al., 2012).

O abscesso mamário na maioria das vezes é causado pelo tratamento incorreto ou incompleto da mastite lactacional, pode ocorrer comumente após a nutriz parar de ofertar a mama para a criança ou a ordenha incompleta do peito afetado pela mastite. Para o tratamento do abscesso é necessário que se faça o esvaziamento das mamas por completo e parar de amamentar a criança no peito afetado, fazendo uso de medicação bem como a drenagem do abscesso, nesse período a nutriz continua a amamentar o bebê na mama sadia (VASCONCELOS et al., 2011).

#### **2.9.5 Mamilos planos ou invertidos**

Os mamilos planos ou invertidos são um grande problema para mães de primeiro filho, sendo um fator que dificulta a amamentação, pois as nutrizes acham que pelo fato de não terem o bico do peito não poderão amamentar. Ter mamilos planos ou invertidos não é sinônimo de dificuldade para amamentar, o bebê abocanha a aréola formando um bico com a mesma. Para a nutriz que tem este problema é recomendado que logo após o parto o bebê tenha acesso ao peito da mãe (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Para garantir que a nutriz consiga amamentar, durante a gestação há a necessidade de identificar o formato do mamilo para que a gestante possa ser orientada quanto aos exercícios que a mesma deverá fazer para estimular o aparecimento dos mamilos. Caso não ocorra esse estímulo, o problema poderá ser superado, ao grau que a criança suga com o tempo os mamilos vão se tornando adequados para a amamentação (MOURA et al., 2011).

Em um estudo aos quais as gestantes foram acompanhadas por fonoaudiólogos, concluíram que após o parto as mães não tiveram dificuldades na amamentação de seus filhos. Nesse sentido, ressalta-se a importância do acompanhamento dos profissionais da saúde as gestantes, independente de qual profissional irá atuar, as orientações serviram de apoio para que o aleitamento materno ocorra de forma natural (LEITE; MUNIZ; ANDRADE, 2009).

## 2.10 DESMAME PRECOCE

O desmame precoce ocorre quando a nutriz para de amamentar o bebê no peito antes dos seis meses, prática que pode ocasionar em várias consequências maléficas para a criança como aparecimento de alergias e mortes por diarreia (PINHEIRO; PRATES, 2011).

A falta de conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno faz com que as mães desmamem seus filhos antes do tempo ou até mesmo devido aos fatores socioeconômicos ao qual a nutriz faz o desmame precoce porque precisa voltar ao trabalho. Como consequência do desmame precoce há a introdução de mamadeiras e chupetas o que pode influenciar na estrutura anatomia da boca da criança interferindo na alimentação complementar e podendo causar problemas futuros para a mesma (ANDRADE et al., 2009).

O desmame precoce pode ocorrer por vários motivos um desses é a introdução de fórmula artificial antes de a criança completar seis meses, o que promove o desmame precoce pelo fato das fórmulas terem um sabor mais doce, sendo assim a criança começa a recusa pelo peito. A falta de informação a nutriz sobre os benefícios de amamentar seu filho até os seis meses também é um dos fatores que leva ao desmame precoce (CASAGRANDE et al., 2008).

A busca pela proteção e apoio ao aleitamento materno fez com que fosse criada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), sendo a base à elaboração de dez passos que incentive o aleitamento materno. Os dez passos é uma forma de capacitar os profissionais de saúde quanto a prática e incentivo ao aleitamento materno, procurando sempre orientar as puerperas sobre a importância de amamentar evitando assim o desmame precoce (ARAÚJO; SCHIMITZ, 2007). Segue no quadro 1 os dez passos referente ao aleitamento materno:

Quadro 01- Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2- Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar essa norma.
3- Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
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-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7- Praticar o alojamento conjunto e permitir que as mães e seus bebês permaneçam juntos 24h por dia.
8- Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9- Não dar bico artificial ou chupeta a crianças amamentadas ao seio.
10- Incentivar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para os quais as mães deverão se encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Fonte: adaptado de Vitolo (2012).

A preocupação com a volta ao trabalho, da criança rejeitar algum tipo de alimento quando este for ofertado é uma prática que antes dos seis meses de idade faz com que aconteça o desmame precoce, pois muitas mães para que não percam seus trabalhos acabam introduzido a alimentação complementar antes do tempo (AMORIM; ANDRADE, 2014).

Em um estudo realizado com o objetivo de determinar o tempo do aleitamento materno, concluiu que o desmame precoce tem mais prevalência do que o próprio aleitamento materno exclusivo ficando abaixo do recomendado o que aumenta a morbimortalidade de crianças, sobretudo as que se encontram em situações

precárias aos quais as doenças infecciosas são mais predominantes (OLIVEIRA et al., 2013).

Segundo Faleiros, Trezza e Carandina (2006), o desmame precoce esta ligada aos sentimentos das mães, situação emocional com a família, marido e até mesmo o próprio ambiente que a lactente se encontra. Os autores citados, ainda enfatizam a importância do acompanhamento do profissional da saúde para que a lactante sintase segura na hora de amamentar seu filho, podendo esclarecer suas duvidas e tornar o ato da amamentação algo prazeroso tanto para a mãe quanto para o filho.

Estudo transversal realizado no Mato Grosso em 2004, feito com 920 crianças que se encontravam com menos de dose meses de idade, atendidas no sistema básico de saúde para vacinação foram avaliados fatores do desmame precoce e risco do encerramento da amamentação antes do primeiro ano de vida. Obteve-se como resultado que o uso de chupeta, introdução de chá nos primeiros dias de vida, baixa escolaridade da nutriz e mãe de primeiro filho, foram fatores que levaram ao desmame precoce (FRANÇA et al., 2007).

Em um estudo ao qual buscou-se avaliar o tempo do aleitamento materno e o conhecimento das nutrizes sobre o mesmo, mostrou que mesmo a lactante sabendo dos benefícios do aleitamento materno e a importância de oferecê-lo até o tempo certo não foram suficientes para que as nutrizes conduzissem uma pratica adequada quanto a amamentação. Ainda foi possível observar que o acompanhamento profissional não deve ser somente no pré-natal, mas também pós-parto pelo menos até o período de aleitamento para que as nutrizes se sintam incentivadas para que não prevaleça o desmame precoce (ANDRADE et al., 2009).

Já outro estudo longitudinal realizado com 246 mulheres acompanhadas em uma maternidade no Hospital de Itaúna (MG), sendo o acompanhamento realizado logo após o parto durante um ano ou até o desmame, foi avaliado o tempo de aleitamento materno, teve se como conclusão que a amamentação no município avaliado estava abaixo do estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ressaltando a extrema importância de políticas publicas para melhorar os índices do aleitamento materno exclusivo ate os meses de idade (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

O incentivo ao aleitamento materno e a realização da alimentação saudável na infância, tendo como base o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de

idade e complementando até aos vinte e quatro meses de idade, torna-se um artifício de baixo custo com efeito positivo, acarretando uma melhor qualidade de vida para a criança no decorrer de sua vida (PERREIRA; ALFENAS; ARAUJO, 2014).

Resultados encontrados no estudo de Silveira e Lamounier (2006) mostra que a figura paterna é de essencial importância para que não ocorra o desmame precoce, pois o acompanhamento do pai desde as consultas de pré-natal, cursos destinados às nutrizes, entre outras ações destinadas à amamentação é um fator encorajador para a mãe, sendo uma prática que deveria ser estimulada pelos profissionais de saúde.

Faleiros, Trezza e Carandina (2006), reforçam que o pai é o apoio fundamental, pois nele está englobado o apoio social, emocional e econômico, que também podem ser ofertados por outras pessoas da família, mas visando a figura paterna como a figura de maior peso.

Existem muitas evidências a cerca dos mitos e crenças durante o período da amamentação, o que faz com que haja o desmame precoce, muitas lactantes acham que o seu leite é fraco, leite materno não mata a sede do bebê, os seios ficam flácidos depois da amamentação, entre outras crenças, fazendo com que a mulher fique insegura durante a amamentação, assim, é de fundamental importância ter um acompanhamento de um profissional da saúde junto às lactantes, para que possa atuar na promoção e proteção do aleitamento materno, desmistificando as crenças e os mitos construídos ao longo do tempo pelo “senso comum” (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Outro fator existente que também acarreta ao desmame precoce é a depressão pós-parto, que muitas das vezes quando não diagnosticada e tratada a tempo pode afetar no aleitamento materno, bem como no convívio afetivo entre mãe e bebê, podendo afetar também o estado emocional dos familiares e da figura paterna (RUSCHI et al., 2007).

Em um estudo realizado com o intuito de avaliar o vínculo entre a depressão pós-parto e o desmame precoce, evidenciaram que as mães com depressão pós-parto não chegam a amamentar seus bebês por mais de dois meses, assim as mães interrompem o aleitamento materno e nesse processo introduzem outros alimentos

que podem afetar na saúde da criança quando adultos (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008).

Muitas nutrizes param de amamentar antes dos seis meses por pensarem que seu leite é fraco e que o mesmo não está alimentando seu filho, é neste momento que o acompanhamento pós-parto faz a diferença para que não aconteça o desmame precoce e as mães possam ser estimuladas a não pararem de amamentar seus filhos, podendo assim amamentar exclusivamente o bebê até o sexto mês de vida (ANDRADE et al., 2009).

Segundo Vasconcelos e outros (2011), muitas mães param de amamentar devido a falta de instruções quanto ao mesmo ou até mesmo pelas condições biológicas que a puerpera possa estar passando, seja por falta de apoio da família ou condições socioeconômicas tendo assim que voltar logo para o emprego. Ainda segundo Vasconcelos e outros um grande fator que leva ao desmame precoce é a competição do aleitamento materno com produtos que fazem com que aconteça o desmame precoce, pode-se citar os leites artificiais e as chupetas que fazem com que a criança deixe o peito precocemente.

O uso de mamadeiras é uma das principais causas que levam ao desmame precoce, o hábito de introduzir a mamadeira juntamente com o aleitamento materno faz com que a criança fique confusa na hora da amamentação, pois no peito a força que o bebê faz para sugar é maior que ao esforço feito para sugar o bico da mamadeira ao qual a criança exige o mínimo de força, por ser mais fácil a opção pela mamadeira acaba prevalecendo. A criança quando tem acesso à mamadeira não mama o suficiente no peito e logo após a cada mamada choram criando uma impressão nas mães de que o leite materno é fraco, assim acaba por desmamar o filho introduzindo o leite artificial (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

## 2.11 ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Várias são as estratégias para a promoção do aleitamento materno dentre elas várias leis e decretos foram criados para que a nutriz possa ter um maior tempo com seu filho, podendo assim amamentar exclusivamente seu filho. A Constituição Brasileira de 1988, no Capítulo II, Artigo 7º, ao qual se trata da licença para a

gestante, dispõem o seguinte “[...] XVIII. licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias [...]” (BRASIL, 1988).

Amamentar é um direito de toda mãe assim como também é direito de toda criança receber o leite materno. A sociedade tem por obrigação garantir o aleitamento materno, mesmo à mulher trabalhando fora do lar, políticas de governo tem que garantir e proteger as mães, bem como garantir a prática da lactação, pois o aleitamento materno é o principal alimento que a criança precisa nos primeiros seis meses de vida (VIANNA et al., 2007).

A amamentação exclusiva até os seis meses de idade é o que preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS) e O Ministério da Saúde (MS), mas a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), lei essa que determina a licença maternidade por 120 dias, ou seja, quatro meses. A CLT é uma legislação que sofreu mudanças, sendo substituído pelo decreto nº 5.452 a fim de fazer melhorias na lei trabalhista. A Lei nº 11.770 de 2008, amplia a licença maternidade para 180 dias para servidoras públicas federais e trabalhadoras de empresas privadas mediante a concessão de incentivo fiscal, o que determina o programa empresa cidadã. Essa lei apenas autoriza o prolongamento da licença, mas não obriga nenhum setor público ou privado a conceder o benefício (MORAIS et al., 2011).

No Brasil, em 1940, o governo preocupado com a saúde materno infantil, remonta políticas de saúde com estratégia para a criação do Departamento Nacional da Criança, que além de focar os cuidados nas crianças, também dá ênfase às mães durante a gravidez e amamentação, dando início à implantação e implementação das estratégias de saúde pública voltadas para a atenção materno 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).

O programa de incentivo ao aleitamento materno foi criado em 1981, sendo responsável, deste período até hoje, pela oferta de leite materno para crianças recém-nascidas que precisam dessa oferta principalmente os que se encontram em UTI neonatal. O Brasil é responsável pela melhor política de aleitamento materno do

mundo, pelas suas tecnologias empregadas e pelo incentivo, sendo estes essenciais para o sucesso do programa (BRASIL, 2010a).

Os programas de incentivo ao aleitamento materno são importantes para que as lactantes possam amamentar seus filhos até os seis meses, evitando assim o desmame precoce. Em um estudo realizado com lactantes que voltaram a trabalhar depois do parto que fazem parte de algum programa de incentivo à amamentação e lactantes que voltaram a trabalhar não participantes de programas de incentivo ao aleitamento. Foi constatado neste estudo que mães que participavam de programas de incentivo ao aleitamento materno tiveram maior durabilidade quanto à amamentação, sendo de extrema importância o acompanhamento de profissionais da saúde para que se tenha a manutenção do aleitamento materno (BRASILEIRO et al., 2010).

Outro programa que incentiva o aleitamento materno é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criado em 1990 pela OMS e a UNICEF, ao qual está em diversas partes do mundo com estratégias para o incentivo do aleitamento materno. A IHAC tem o objetivo de atuar em hospitais e maternidades na melhoria e treinamento dos profissionais de saúde para aumentar a taxa de amamentação. Para que o hospital ou maternidade se torne parceiro do Hospital Amigo da Criança é necessário que o mesmo cumpra os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” e ao fazer parte da iniciativa recebe do governo incentivo financeiro (LAMOUNIER et al., 2008).

Os dez passos tem o objetivo de ajudar os profissionais da saúde quanto ao treinamento para que se possa dar um suporte adequado às gestantes e lactantes na amamentação, bem como garantir que informações sejam passadas às mesmas, com a finalidade de incentivar, mostrar os benefícios da amamentação e a forma correta de se realizar a amamentação, evitando assim, que nutrizes desmamem seus filhos antes do tempo adequado (CALDEIRA; AGUIAR; FAGUNDES, 2008).

## 2.12 ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Para discutir sobre o aleitamento materno e alimentação complementar é importante saber quais as definições dos mesmos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou as seguintes definições:

Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (WHO, 2007 apud BRASIL, 2009, p.12).

O aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do recém-nascido é de fundamental importância, sendo o leite materno oferecido exclusivamente até os seis meses, pois nele tem todos os nutrientes que a criança necessita nesta fase da vida, bem como a água e fatores de proteção contra várias doenças. Após seis meses de idade é necessário que a criança tenha a alimentação complementar, pois nesse período o leite materno somente não supre as necessidades energéticas do lactente (VIEIRA et al., 2010).

Para que aconteça a alimentação complementar de forma correta é necessário que a família tenha o acompanhamento de profissionais da saúde, para orientar quanto ao aleitamento materno exclusivo à forma que se deve fazer a introdução da alimentação complementar em tempos adequados de forma que venha complementar o aleitamento materno. É importante que a mãe seja orientada na quantidade de sal, gordura e/ou açúcar, bem como na orientação de não se fazer uso de condimentos e a consistência que o alimento deverá ser servido a essa criança (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Para a introdução da alimentação complementar os alimentos oferecidos à criança devem ser iniciados com a consistência pastosa, fazendo a preparação de modo que seja separados dos alimentos que forem de preparo para a refeição da família, esses alimentos são chamados de alimentação de transição ao qual a mãe vai introduzindo o alimento aos poucos sem que a criança abandone o peito, sendo indicado que a consistência dos alimentos seja aumentada de forma gradativa até

que se chegue ao padrão da alimentação da família, devendo ocorrer entre os oito meses de idade (CORRÊA et al., 2009).

A prática inadequada e a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses do lactente pode levar a criança futuramente a sérios problemas de saúde dentre eles várias doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, a obesidade, hipertensão, diabetes entre outras doenças causadas pela introdução de alimentos fora do tempo adequado (CAETANO et al., 2012).

Em 2002 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), um guia alimentar contendo dez passos explicativos para a introdução da alimentação após os seis meses de idade, sendo esse criado para crianças de 6 a 23 meses de idade (BARBOSA; SALLES-COSTA; SOARES, 2006). Os dez passos encontram-se descritos no quadro abaixo:

Quadro 02 - Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos.

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

Fonte: adaptado de Brasil (2013).

## 2.13 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA FASE PRÉ-ESCOLAR

A idade pré-escolar é compreendida entre 2 a 6 anos de idade, é uma fase ao qual se deve dar uma grande importância, pois a criança nesse período começa a criar seus próprios hábitos alimentares, além de ser uma fase em que a criança está em desenvolvimento sócio-psicomotor e encontra-se em maturação biológica. O hábito alimentar é construído no decorrer da vida, mas a idade pré-escolar é um período importante para que a criança comece a desenvolver hábitos alimentares saudáveis para que assim possa ser o próprio provedor de sua saúde na fase adulta. Nesse sentido programas de educação alimentar e nutricional é de extrema importância para que se estabeleça a alimentação saudável nesta fase da vida (MARIN; BERTON; SANTO, 2009).

A fase pré-escolar é um período de muitas mudanças na vida da criança, caracteriza-se por uma fase aos quais as escolhas alimentares são feitas pelas próprias crianças. Vitolo explica em seu livro as características nutricionais do pré-escolar:

Esse período caracteriza-se por diminuição na velocidade de crescimento e, portanto, diminuição do apetite. Associa-se a esses aspectos a atenção desviada para outras atividades, como andar e mexer em objetos espalhados pela casa. Assim, cabe aos profissionais orientar os pais de que a falta de interesse pela alimentação, nessa fase, é natural e que se deve evitar as famosas chantagens e artifícios para obrigar a criança a comer. As atitudes mais comuns, como disfarçar alimentos, distrair a criança com brincadeiras ou televisão na hora das refeições, podem gerar desestruturação alimentar anormal (VITULO, 2012).

Segundo estudos os hábitos alimentares das crianças começam durante a gestação, nesse período os alimentos consumidos pelas mães serão possivelmente os alimentos que as crianças iram consumir durante sua infância. Estudos realizados com animais evidenciaram a preferência dos filhotes quanto à alimentação realizada pelas fêmeas durante o período reprodutivo (QUAIOT; ALMEIDA, 2006).

A alimentação adequada na fase pré-escolar é de extrema importância para o desenvolvimento do crescimento apropriado e cognitivo das crianças nessa fase da vida. A alimentação saudável na idade pré-escolar ajuda na prevenção de várias doenças ocorridas na vida adulta, ao qual ocorre pela má alimentação e o consumo inadequado de nutrientes necessários para o desenvolvimento infantil (NUNES et al., 2012).

Quando a criança chega à fase do desmame, ao qual já se encontra com mais de seis meses a variação alimentar é muito grande, fato esse que gerará as preferências alimentares da criança, pois os hábitos alimentares da família que demonstrará o que a criança será no futuro com relação à alimentação. Assim cabe a família criar hábitos alimentares saudáveis na criança. Nessa fase da vida a criança já faz suas próprias escolhas alimentares e o incentivo familiar na alimentação adequada fará com que a criança crie bons hábitos (QUAIOT; ALMEIDA, 2006).

A mídia é um dos principais meios que influenciam hábitos alimentares inadequados, as propagandas com cores chamativas aos quais brilham os olhos do telespectador, faz com que o consumo de alimentos calóricos cresça de uma forma alarmante. Pelo fato da criança na idade pré-escolar já fazer suas próprias escolhas alimentares a mídia televisiva influencia quanto a essas escolhas. Nesse sentido, há uma grande necessidade de estratégias educacionais para o incentivo de hábitos alimentares saudáveis, aos quais sugere-se que mídia faria uma grande diferença na vida das pessoas divulgando a alimentação saudável e sinalizando quanto ao consumo indiscriminado de alimentos que fazem mal a saúde (SANTOS et al., 2012).

A criação de bons hábitos alimentares na idade pré-escolar é de fundamental importância para o desenvolvimento da criança. Para que a alimentação ocorra de uma forma natural Vitolo (2012), traz algumas recomendações para a prática correta da alimentação do pré-escolar descritas no quadro abaixo:

**Quadro 03 - Recomendações para a prática dietética do pré-escolar.**

1. Intervalo de 2 a 3h entre a ingestão de qualquer alimento e horário das principais refeições.
2. Volume pequeno de alimentos nas refeições.
3. Fracionamento da dieta: 6 refeições diárias incluindo lanches. Biscoitos e guloseimas devem ser contemplados nos lanches.
4. Se houver recusa da refeição principal, não substituir por leite ou outros produtos lácteos. Oferecer mais tarde.
5. Manter a presença de verduras e legumes nas refeições mesmo que a criança não os aceite, mas sem a obrigatoriedade do consumo e sem comentários, caso sobrem no prato.
6. Servir as refeições sem a presença de sucos, refrigerantes, ou líquidos açucarados. Esses líquidos podem ser servidos após o término da refeição.
7. Retirar o que sobrou do prato sem fazer comentários para que a criança não se sinta pressionada.
8. As guloseimas não devem ser utilizadas como recompensas ou castigos.

Fonte: Adaptado de Vitolo (2012).

## 2.14 CLASSE SOCIAL E PADRÃO ALIMENTAR

Do ponto de vista econômico o leite materno esta sempre ao alcance das nutrizes, não geram custo algum sempre servindo as necessidades do bebê não necessitando a manipulação ou preparo do leite, poupa a família com os gastos de formulas artificiais ou ate mesmo a alimentação artificial o que contribui pra a obesidade infantil, além do aleitamento proteger a criança contra varias doenças previne também a morbidade infantil (VASCONCELOS et al., 2011).

Com a transição alimentar e nutricional ao qual a obesidade vem aumentando de forma alarmante, provocando mudanças drásticas no comportamento de vida da sociedade, de modo que a mulher ao ingressar no mercado de trabalho dificulta a pratica da amamentação exclusiva até os seis meses de idade, as alimentações praticamente são feitas fora de casa o que ocasiona maior consumo de industrializados, pois a mulher não tem tempo de preparar refeições em casa tendo como decorrência do aumento no consumo de sal, gorduras e açucares. Com acesso a computadores e a televisão, o padrão de vida das crianças foram totalmente modificados, pois gastam seu tempo na frente desses, promovendo assim uma vida sedentária, pois com desmame precoce, alimentação desregrada e a falta de atividades físicas são ambientes favoráveis para sobrepeso e obesidade (RINALDI et al., 2008).

A família é de fundamental importância para a formação dos hábitos alimentares nas crianças, mas além da família destaca-se a convivência nas escolas, redes sociais, a própria condição socioeconômica e cultural da família, são fatores que influenciam na criação dos hábitos alimentares na infância, cabem aos pais monitorar e buscar incentivar hábitos alimentares saudáveis. Destacam-se os pais como peça fundamental na formação desses hábitos, pois são os pais que compram e preparam os alimentos para as crianças, contudo depende dos pais a formação de hábitos alimentares saudáveis nos filhos, bem como o incentivo a atividades físicas, prevenindo assim o sedentarismo (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Em um estudo ao qual foi avaliado o consumo de sal no Brasil em todas as classes sociais, com o propósito de investigar o consumo de sal e os alimentos que favorecem esse consumo. Teve-se como conclusão que no Brasil o consumo de

sódio ingerido por diferentes classes socioeconômicas excede de uma forma alarmante a quantidade preconizada para cada indivíduo (SARNO et al., 2009).

A televisão é uma das formas ao qual a informação chega até as pessoas. Crianças que passam a maioria do tempo na frente da TV esta sujeita a aprender conceitos errados sobre a alimentação, pois a maioria das propagandas que envolvem alimentos tem em sua composição altos teores de gordura, açúcar e sal, tendo em vista que as propagandas incentivam as crianças no consumo desses alimentos. Cabe aos pais criar bons hábitos alimentares em seus filhos ensinando-os a diferenciar um alimento saudável de um não saudável (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009).

Quando a criança começa a receber a alimentação complementar, essa começa a criar suas próprias preferências alimentares que geralmente são gostos por alimentos que apresentam um maior teor de açúcar. Cabe aos pais criar hábitos alimentares saudáveis nos seus filhos, oferecendo varias vezes de formas diferentes o alimento que a criança rejeitar, sem oferecer recompensas em troca de ela comer toda a refeição, pois as crianças acabam criando gosto pela recompensa. Os hábitos alimentares é uma questão social, pois a criança ira comer aquilo que será oferecido a ela, tendo em vista que os pais são responsáveis por comprar e oferecer o alimento a criança (VIANA; GUIMARÃES, 2008).

## 2.15 PASTORAL DA CRIANÇA

O trabalho voluntário no Brasil e regulamentado pela Lei nº 9.608, que dispõe sobre o serviço voluntario, ao qual foi sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso em 1988. A lei trata-se sobre o serviço voluntario ao qual diz que o serviço devera ser realizado sem remuneração e fins lucrativos, visando o bem estar dos que necessitam ser atendidos por obras sociais (CARVALHO; SOUZA, 2007).

A pastoral da criança foi fundada em 1983 pela Dra. Zilda Arns Neumann, que era medica sanitaria e pediatra e pelo arcebispo Dom Geraldo Majella Agnelo arcebispo de Londrina, iniciaram o trabalho da pastoral na cidade de Florestópolis no estado do Paraná, pelo fato da cidade apresentar um maior índice de morte infantil. A pastoral da criança esta em 17 países e em todos os estados do Brasil. A Pastoral da Criança é uma organização social criado pela Confederação Nacional dos Bispos

do Brasil (CNBB), a missão da pastoral é acompanhar gestantes e crianças de zero a seis anos, promovendo o desenvolvimento das crianças da gestação aos seis anos de idade, proporcionando orientações básicas de saúde, educação e cidadania, nutrição e fundamentos cristãos (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2013).

A Pastoral da criança se divide pela seguinte estrutura hierárquica: coordenação comunitária, coordenação Paroquial, Coordenação de Setor que são as dioceses, Coordenação Estadual e Nacional. A coordenação comunitária é formada por líder comunitário que é responsável por levar as ações da pastoral a cada comunidade. Os líderes passam por uma formação, ao qual participam de um curso de capacitação e a partir daí começar a acompanhar as crianças e as gestantes, fazendo visitas domiciliares as famílias cadastradas na pastoral e buscando novas crianças e gestantes que queiram fazer parte da mesma (CARVALHO; SOUZA, 2007).

O objetivo da Pastoral da criança é promover a saúde humana, combatendo a mortalidade infantil, a desnutrição e trabalhar quanto ao incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, visto que o maior problema de saúde da atualidade é a obesidade. Nesse sentido a Pastoral da criança busca incentivar o consumo de alimentos saudáveis, ao qual tenta rever o quadro que antes era de desnutrição e hoje da obesidade (CAVALCANTE et al., 2011).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Este trabalho tratou-se de uma pesquisa de campo de base populacional com coletas de dados primários, descritiva quantitativa de caráter transversal, observacional.

#### **3.2 AMOSTRA**

A amostra foi obtida por conveniência, totalizando 70 pré-escolares atendidos pela pastoral da criança de Jardim Limoeiro Serra - ES, de ambos os sexos com idade de 2 a 6 anos que compreendem a fase pré-escolar.

#### **3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram incluídas no estudo, mães e crianças de 2 anos completos a 6 anos e onze meses de idade acompanhadas pela pastoral da criança da Paróquia de Jardim Limoeiro localizado no município da Serra (ES). Foram excluídos da pesquisa mães e crianças que não tinham nenhum vínculo com a pastoral da criança.

#### **3.4. INSTRUMENTO DE COLETAS DOS DADOS**

A coleta dos dados foi obtida por meio de questionário validado (ANEXO A) contendo perguntas abertas e fechadas, aplicado pelo próprio pesquisador às mães dos pré-escolares. O tempo para aplicação do questionário foi em media de 10 minutos para cada mãe com intuito de saber por quanto tempo a criança foi amamentada exclusivamente no peito, em que idade foi introduzida à alimentação complementar a fim de estabelecer relação se a criança que amamentou exclusivamente até os seis meses de idade é mais eutrófica do que a criança que não amamentou exclusivamente, bem como a relação do leite materno como efeito protetor contra sobrepeso e obesidade na fase pré-escolar. Foi aplicado também um questionário de caracterização socioeconômica de acordo com a ABEP (Associação

Brasileira de Empresas de Pesquisa) para ser avaliada a classe econômica em que os participantes da pesquisa se encontram (ANEXO B).

### 3.5 INSTRUMENTO DE ANALISES DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft® Excel (2013), por meio desse foram confeccionados tabelas e gráficos, a fim de ter uma melhor compreensão dos resultados obtidos. O *software* utilizado para o cruzamento das variáveis foi o IBM SPSS *Statistics version 22*.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com medidas de média, medida de frequência, máximo mínimo e estatística não paramétrica com teste Qui quadrado considerando nível de significância de 95% e margem de erro de 5%. As variáveis utilizadas para análise cruzada foram sexo, IMC, tempo de aleitamento materno exclusivo, classe social, idade da mãe, renda, escolaridade da mãe, estado civil, idade que foi introduzida à alimentação complementar e tipos de alimentos que foram oferecidos às crianças. Os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a entrada no campo de pesquisa foi entregue uma carta de anuência (APENDICE A) para o coordenador da Pastoral da criança, para liberação do local ao qual foi realizada a pesquisa.

Como se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, a mesma seguiu os princípios éticos de pesquisa com seres humanos do código de Nuremberg e declaração de Helsinque, ao qual foi enviado para avaliação do CEP (comitê de ética e pesquisa).

Foi formulado um termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (APENDICE B), que foi assinado pelas mães dos pré-escolares, visto que os mesmos ainda não respondem por si próprios. Os participantes da pesquisa conheceram o termo ao qual autorizaram a publicação dos dados dos pré-escolares que foram usados no presente estudo, sendo por aspectos éticos a não divulgação dos nomes, assim como a desistência a qualquer momento durante a realização do trabalho.

### 3.7 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.7.1 Avaliação Antropométrica

Para a avaliação do estado nutricional dos pré-escolares foram utilizados os dados antropométricos peso e altura que foram mensurados com a balança e o estadiometro da pastoral da criança, bem como a idade, ao qual foram avaliados: Peso por Idade (P/I), Estatura por Idade (E/I) e Índice de Massa Muscular por Idade (IMC/I), que foram aplicados na curva de crescimento da WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) (ANEXO C), que foram classificados de acordo com o quadro 4 de avaliação do estado nutricional de crianças de 0 a 10 anos incompletos (BRASIL, 2008).

Quadro 4 - Classificação do estado nutricional de crianças de 0 a 10 incompletos:

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade <sup>2</sup>	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade <sup>2</sup>
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1							
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso			Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade <sup>1</sup>	Sobrepeso	Sobrepeso	Peso elevado para a idade <sup>1</sup>	Obesidade		
> Percentil 99,9	> Escore-z +3		Obesidade	Obesidade		Obesidade grave		

Fonte: (BRASIL, 2008).

Para pesar as crianças foi usada a balança D Peso® que é um tipo de balança utilizada pela pastoral da criança, seu peso mínimo é de um quilograma e o máximo 30kg. Para a pesagem das crianças a balança foi amarrada em um lugar seguro, sendo assim, importante o teste da balança antes de colocar a criança certificando-se de que a mesma aguentaria o peso da criança. Para a pesagem da criança a mesma se encontrava descalça sendo pesada com a roupa que estava vestida no dia, à criança foi colocada em uma bolsa de pesagem, sendo essa pendurada juntamente com a criança na balança, após esse processo o peso foi lido e anotado para que se fosse avaliado o estado nutricional da mesma. Em casos especiais ao qual a criança ultrapassasse o peso máximo da balança outra balança poderia ser utilizada.

Para aferir a altura das crianças também foi usado o estadiometro da pastoral da criança Altorexata® no qual a criança estava descalça com os pés juntos e os braços juntamente ao corpo, sempre olhando para o horizonte quando mensurada a altura. Os procedimentos antropométricos foram realizados pelo próprio pesquisador.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 AMOSTRA ESTUDADA

A amostra estudada foi composta por 70 crianças com idade de 2 a 6 anos de idade completos participantes da pastoral da criança da paróquia de Jardim Limoeiro Serra-ES, que compreendem a fase pré-escolar, sendo do sexo feminino 51,4% (n=36) e sexo masculino 48,6% (n=34), a maioria das crianças avaliadas estavam entre a faixa etária de 3 a 4 anos e 5 a 6 anos, 28,6% (n=20) e 30,0% (n=21) respectivamente, conforme representados na Tabela 1.

Tabela 1- Amostra determinante do sexo e idade dos pré-escolares avaliados.

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	36	51,4
Masculino	34	48,6
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>IDADE (ANOS)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2 – 3	15	21,4
3 – 4	20	28,6
4 – 5	14	20,0
5 – 6	21	30,0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria.

Foi observado que na população estudada há uma prevalência do sexo feminino em relação ao sexo masculino. Em um estudo de Oliveira e outros (2005), ao qual objetivou-se o estudo da duração do aleitamento materno com relação a condição sócio econômica e a condição de moradia de 811 crianças residentes na cidade de Salvador, Bahia, foi observado que o sexo feminino foi predominante na pesquisa.

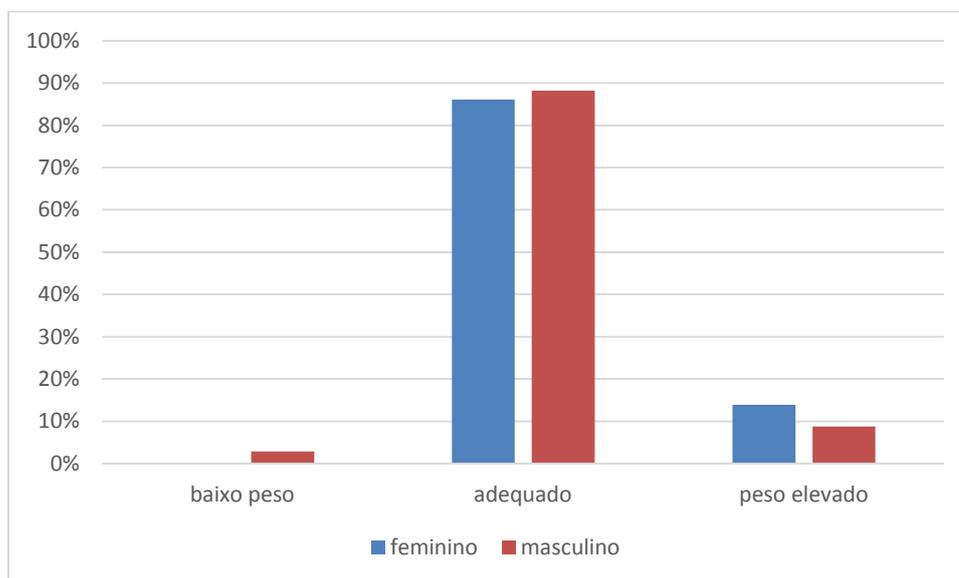
No estudo de Simon e outros (2009), com o objetivo de averiguar a prevalência de sobrepeso e obesidade de acordo com o tempo de aleitamento materno em pré-escolares em escolas particulares de São Paulo, ao qual foram estudadas 806 crianças, foi observado que o sexo masculino foi predominante ao sexo feminino na pesquisa.

Em relação à caracterização da amostra os estudos conduzidos anteriormente mostram que o sexo não é um fator relevante para estudos que envolvem populações, visto que em um estudo teve a predominância do sexo feminino e no outro do sexo masculino.

#### 4.2 ESTADO NUTRICIONAL DOS PRÉ-ESCOLARES

Para a avaliação do estado nutricional dos pré-escolares foram usadas as variáveis P/I (peso por idade), A/I (altura por idade) e IMC/I (IMC por idade). Em relação ao estado nutricional peso por idade (P/I), foi observado que ambos os sexos encontravam-se com peso adequado para a idade sendo para o sexo feminino 86,1% e sexo masculino 88,2%. Os pré-escolares classificados com peso elevado estava mais frequente no sexo feminino 13,9% e 8,8% para masculino e baixo peso para a idade prevalente somente no sexo masculino (2,9%), como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1- Peso por idade de acordo com o sexo dos pré-escolares.



Fonte: Elaboração própria.

Em estudo feito por Jesus e outros (2010), em Feira de Santana, Bahia, realizado com 793 crianças com o objetivo de determinar os fatores e prevalência de obesidade em crianças menores de 4 anos, foi verificado que a prevalência de sobrepeso no sexo feminino era de 11,2% e no sexo masculino de 13,7%, resultado

este que corrobora o presente estudo mesmo com tamanhos diferentes de amostra, mostrando valores próximos no percentual da variável “peso”.

Para o presente estudo não foi encontrada significância no teste de Qui-quadrado no cruzamento das variáveis P/I e sexo, sendo ( $p=0,482$ ).

Em relação a A/I foi observado que o sexo feminino encontrava-se com 8,3% para baixa estatura para a idade, 80,6% adequado e 11,1% grande para a idade e no sexo masculino foi observado que 14,7% estavam com baixa estatura para a idade, 73,5% adequado e 11,8% grande para a idade. Pode-se observar que o sexo feminino encontrava-se com um percentual maior em relação à altura adequada do que o sexo masculino, conforme descritos na tabela 2. Não foi encontrado na literatura estudos relacionados com altura e sexo.

Tabela 2 - Estado nutricional dos 70 pré-escolares com relação A/I.

SEXO	A/I			
	Pequeno para a idade % (N)	Adequado % (N)	Grande para a idade % (N)	TOTAL % (N)
Feminino	8,3 (3)	80,6 (29)	11,1 (4)	100 (36)
Masculino	14,7 (5)	73,5 (25)	11,8 (4)	100 (34)
<b>TOTAL (%)</b>	11,4 (8)	77,1 (54)	11,4 (8)	100 (70)

Fonte: Elaboração própria.

Aos resultados do IMC/I foi observado que o sexo feminino encontrava-se com 8,3% de magreza, 61,1% eutroficadas, 30,6% risco de sobrepeso, já no sexo masculino 11,8% magreza, 47,1% eutroficados, 35,3% risco de sobrepeso e 5,8% com sobrepeso. Em relação às variáveis utilizadas (sexo e IMC/I) não existiu significância estatística no teste de Qui-quadrado ( $p=0,380$ ), mas tendo um risco de sobrepeso em ambos os sexos na descritiva da amostra com um percentual de 32,9% dos pré-escolares como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Estado nutricional dos 70 pré-escolares com relação ao IMC/I.

SEXO	IMC/I				TOTAL % (N)
	Magreza % (N)	Adequado % (N)	Risco de sobrepeso % (N)	Sobrepeso % (N)	
Feminino	8,3 (3)	61,1 (22)	30,6 (11)	0,0 (0)	100 (36)
Masculino	11,8 (4)	47,1 (16)	35,3 (12)	5,8 (2)	100 (34)
<b>TOTAL (%)</b>	10 (7)	54,3 (38)	32,9 (23)	2,8 (2)	100 (70)

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de não ter sido encontrado nível de significância estatística para as variáveis IMC/I e sexo, pode-se considerar um percentual alto na descritiva do total de crianças com risco de sobrepeso para essa amostra, no qual o presente estudo reafirma os estudos de Bertin e outros (2010), o que mostrar que a obesidade vem crescendo de forma alarmante, sendo considerado um problema de saúde pública pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma crescente no sobrepeso infantil.

O presente estudo corrobora Araujo, Beserra e Chaves (2006), mostrando que a obesidade tem sido considerada nos últimos anos uma doença de proporções epidêmicas, com uma prevalência que atinge e varia entre pessoas de diferentes idades e níveis socioeconômicos, sendo desenvolvida precocemente na infância e na adolescência decorrentes dos hábitos alimentares que estão ligados a vida moderna.

#### 4.3 IMC/I E CLASSE SOCIAL

Ao cruzamento das variáveis IMC/I e classe social, encontrou-se relação estatística significativa sendo ( $p= 0,029$ ). Para este estudo foi verificado que quanto maior a classe social, mais adequado o IMC e quanto menor a classe social aumenta o risco de sobrepeso. Pode-se dizer que para essa população estudada o distúrbio nutricional relacionado ao risco de sobrepeso esta mais relacionada com as classes sociais mais baixas, (Tabela 4).

Tabela 4 - IMC e Classe social

CLASSE SOCIAL	IMC/I				TOTAL
	Magreza	Adequado	Risco de sobrepeso	Sobrepeso	
B1 (%) Contagem	0,0 0	100 2	0,0 0	0,0 0	100 2
B2 (%) Contagem	16,7 2	75 9	8,3 1	0 0,0	100 12
C1 (%) Contagem	10,0 2	45 9	45 9	0,0 0	100 20
C2 (%) Contagem	7,4 2	48,1 13	44,4 12	0 0,0	100 20
D (%) Contagem	11,1 1	55,6 5	11,1 1	22,2 2	100 9
<b>TOTAL (%) Contagem</b>	10 7	54,3 38	32,9 23	2,9 2	100 70

Fonte: Elaboração própria.

Teste Qui-quadrado  $p=0,029$

A obesidade e o aumento de peso segundo estudos decorrem independentes das classes sociais. Estudos demonstram que a obesidade infantil em classes sociais baixas é mais danosa à saúde do que em classes sociais mais altas em função da própria condição socioeconômica (SIMON et al., 2009), o que de acordo com o estudo citado não é algo que foge da realidade da população estudada sendo 32,9% ( $n=23$ ) com risco de sobrepeso.

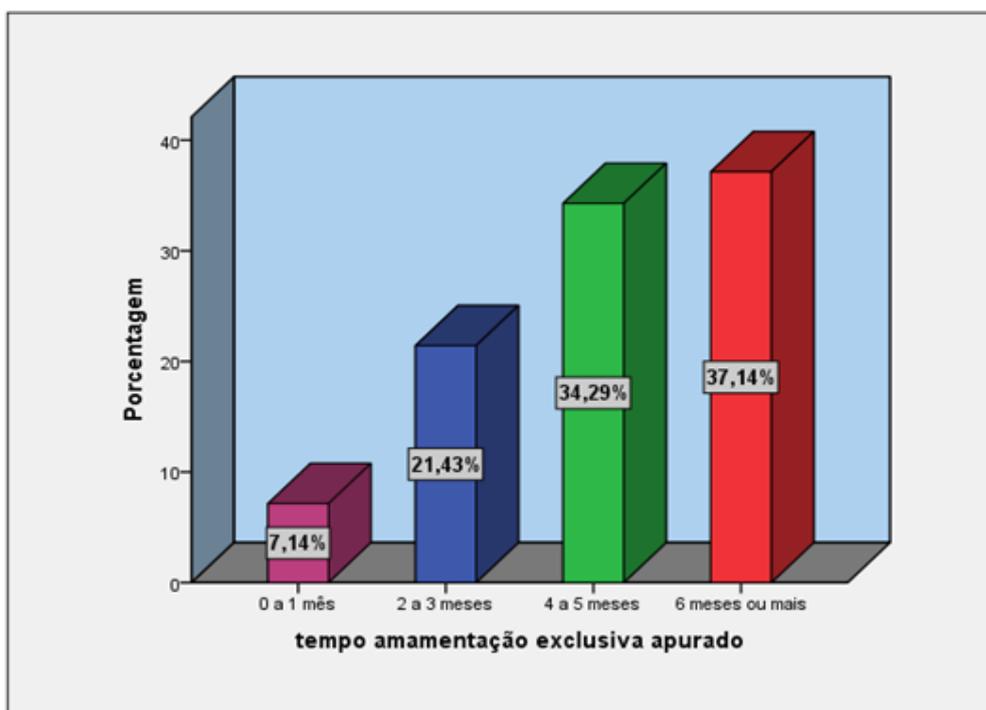
Com a mudança no padrão alimentar aumentou-se o consumo de carboidratos simples, diminuição do consumo de fibras e alto consumo de gorduras. Tal consumo se dá pelo fato de que alimentos que tem uma qualidade nutricional maior são menos acessíveis a classe social mais baixa, o que faz com que indústrias continuem produzindo alimentos de alto valor calórico que tem um valor financeiro condizente com a realidade das classes sociais mais baixas, facilitando assim o consumo destes (SILVA; BALABAN; MOTTA, 2005).

Em um estudo publicado pelo IBGE no início de 2005, no qual foram analisados 95,5 milhões de participantes, mostrou-se que 20 a 26% de excesso de peso são encontrados em famílias de baixa renda (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003).

#### 4.4 QUANTO AO TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Para a análise do tempo de aleitamento materno exclusivo verificou-se que na população estudada 37,14% (n=26) receberam aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade (Gráfico 2), o que para esse estudo é um percentual relevante, visto que o aleitamento materno exclusivo trás vários benefícios tanto para a criança quanto para a mãe.

Gráfico 2- Tempo de aleitamento materno exclusivo.



Fonte: Elaboração própria.

Moraes e Giugliano (2011) realizaram um estudo com 134 pré-escolares de três e cinco anos de idade em Brasília em uma escola particular que teve como objetivo relacionar o tempo de aleitamento materno exclusivo com excesso de gordura corporal, evidenciando que a relação do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade tem grande relação com a menor prevalência de sobrepeso e obesidade em relação às crianças que não foram amamentadas de forma exclusiva no peito.

Leal e outros (2008) mostram que avanços em pesquisas sobre a Síndrome Metabólica evidenciam que o seu crescimento na infância de alguma forma possa

está ligada ao aleitamento materno, sendo a amamentação exclusiva um dos principais fatores que protege na vida adulta de doenças cardiovasculares.

Araújo e outros (2008), em um estudo no qual foi verificada a prevalência de diarreia em crianças, verificou que as crianças que não receberam o leite materno por tempo correto tiveram um alto índice de diarreia. Concluiu-se nesse estudo que o leite materno apresenta constituintes imunológicos que previne a diarreia, sendo a amamentação até os seis meses de idade um fator que contribui para a saúde da criança.

#### **4.4.1 Tempo de aleitamento materno exclusivo e idade da mãe**

Com relação ao cruzamento das variáveis (tempo de aleitamento materno e idade da mãe) para a população estudada não houve significância estatística no teste Qui-quadrado sendo ( $p=0,855$ ), o que para este estudo evidencia que a idade da mãe não influencia no tempo de aleitamento exclusivo. Mas outros estudos mostram que o fato da mãe ser menor de vinte anos é um fator predominante para o desmame precoce, ou seja, amamentar seus filhos por pouco tempo em relação às mulheres adultas (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2000).

Como se pode identificar na Tabela 5, para a população pesquisada as mulheres adultas são as que mais amamentam em relação às mulheres adolescentes e jovens, sendo um total de 37 mulheres adultas nos quais 57,7% ( $n=15$ ) amamentaram exclusivamente até os seis meses de idade.

Segundo Chaves, Lamounier e Cesar, (2007), o fato da mulher adulta amamentar exclusivamente por mais tempo, deve-se ao fato de que essas são mais experientes e tem um maior conhecimento dos benefícios do aleitamento materno tanto para o bebe quanto para ela. Esse fato reforça a necessidade de orientação, acompanhamento, bem como dar assistência as mães adolescentes e jovens quanto ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

Tabela 5 - Tempo de aleitamento materno exclusivo e idade da mãe.

TEMPO DE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA	IDADE DA MÃE			TOTAL
	Adolescente 12 a 19 anos (%)	Jovem 20 a 30 anos (%)	Adulta 31 a 50 anos (%)	
0 a 1 mês (%)	0	40	60	100
Contagem	0	2	3	5
2 a 3 meses (%)	0	53,3	46,7	100
Contagem	0	8	7	15
4 a 5 meses (%)	8,3	41,7	50	100
Contagem	2	10	12	24
6 meses ou mais (%)	3,8	38,5	57,7	100
Contagem	1	10	15	26
<b>TOTAL (%)</b>	4,3	42,9	52,9	100
<b>Contagem</b>	3	30	37	70

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.4.2 Tempo de aleitamento materno exclusivo e renda

Quanto ao cruzamento das variáveis (tempo de aleitamento materno exclusivo e renda), evidenciou-se relação estatística significativa no teste Qui-quadrado ( $p=0,001$ ), o que significa que para a população estudada quanto maior a renda maior o tempo de aleitamento materno (Tabela 6).

Tabela 6 – Tempo de aleitamento materno e renda.

TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	RENDA					TOTAL
	Menos de 1 salário mínimo	1 salário mínimo	1 salário mínimo e meio	2 salários mínimos	3 salários mínimos ou mais	
0 a 1 mês Contagem	0	1	4	0	0	5
%	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%	0,0%	100,0%
2 a 3 meses Contagem	1	8	4	1	1	15
%	6,7%	53,3%	26,7%	6,7%	6,7%	100,0%
4 a 5 meses Contagem	4	1	5	8	6	24
%	16,7%	4,2%	20,8%	33,3%	25,0%	100,0%
6 meses ou mais Contagem	7	3	11	5	0	26
%	26,9%	11,5%	42,3%	19,2%	0,0%	100,0%
<b>TOTAL Contagem</b>	12	13	24	14	7	70
<b>%</b>	17,1%	18,6%	34,3%	20,0%	10,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria.

Teste Qui-quadrado  $p=0,001$

Este resultado corrobora Neu e outros (2011) em estudo realizado com 141 mães de alunos de escolas municipais de Agudo – RS, no qual foi avaliado o tempo de aleitamento materno e as condições socioeconômicas dessas mães, foi verificado que quanto menor a renda menor o tempo de aleitamento materno.

No estudo de Faleiros, Trezza e Carandina (2006) chegou-se a mesma conclusão do estudo citado acima que quanto menor a renda menor o tempo de aleitamento materno exclusivo, explicando esse fato pelas mães viverem com poucas condições socioeconômicas e então assim procurando mais tardiamente serviços de pré-natal ou até mesmo às vezes não o procurando, o que resulta em um tempo menor de aleitamento materno. Mas nesse mesmo estudo viu-se também que a partir do seis meses de idade a situação inverte, o índice de aleitamento diminui para mães de maior renda e aumenta para mães de baixa renda o que explica essa inversão segundo os autores citados acima é o fato dessas mães não terem condições de ter outros alimentos que complementariam o leite materno.

#### **4.4.3 Tempo de aleitamento materno exclusivo e classe social**

Para as variáveis (tempo de aleitamento materno exclusivo e classe social), não foi encontrado significância para essas variáveis sendo ( $p=0,805$ ), mas para o estudo dessa população de pré-escolares na descritiva mostra que quanto menor a classe social maior o tempo de aleitamento materno exclusivo. Pode-se observar na Tabela 7, que dos 70 pré-escolares avaliados mostra que somente 22 receberam aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, sendo esses categorizados na classe econômica social C e D e 4 categorizados na classe B segundo o critério de avaliação da ABEP. Para a amostra foram totalizados 26 (37,14%) crianças que receberam exclusivamente o leite materno.

Tabela 7 - Tempo de aleitamento materno exclusivo e classe social

TEMPO DE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA	CLASSE SOCIAL					TOTAL
	B1	B2	C1	C2	D	
0 a 1 mês (%) Contagem	0,0 0	20 1	40 2	20 1	20 1	100 5
2 a 3 meses (%) Contagem	0,0 0	13,3 2	33,3 5	46,7 7	6,7 1	100 15
4 a 5 meses (%) Contagem	8,3 2	20,8 5	16,7 4	41,7 10	12,5 3	100 24
6 meses ou mais (%) Contagem	0,0 0	15,4 4	34,6 9	34,6 9	15,4 4	100 26
<b>TOTAL (%)</b> <b>Contagem</b>	2,9 2	17,1 12	28,6 20	38,6 27	12,9 9	100 70

Fonte: Elaboração própria.

No cruzamento das variáveis tempo de aleitamento materno exclusivo e renda verificou-se que quanto maior a renda maior o tempo de aleitamento materno exclusivo, mas quando esses dados foram categorizados conforme os critérios da ABEP não foi possível encontrar essa relação para o cruzamento das variáveis tempo de aleitamento materno exclusivo e classe social. Ao recolher as informações do questionário a situação muda, mostrando que embora tenha uma variação de renda, a maioria da população estudada encontra-se em uma mesma classe social econômica segundo a caracterização socioeconômica da ABEP, o que justifica a variação destes resultados.

Em estudo de revisão bibliográfica ao qual foram avaliados os fatores que podem influenciar no tempo de aleitamento e no desmame precoce em países não industrializados, observou-se que mulheres de classe social mais baixa amamentam mais que as mães de classe social mais alta (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Mascarenhas e outros (2006) mostram em sua pesquisa que as crianças de baixa classe social não tiveram riscos quanto à permanência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, supondo-se que esse fato acontece devido o não recurso de se ter um substituto para o leite materno.

#### 4.4.4 Tempo de aleitamento materno exclusivo e escolaridade da mãe

Embora trabalhos mostrem que o tempo de aleitamento esta relacionado com a escolaridade da mãe, para a população estudada não foi possível encontrar significância no teste de Qui-quadrado para o cruzamento das variáveis (tempo de aleitamento materno e escolaridade da mãe) sendo ( $p=0,068$ ), resultado esse que provavelmente se trata pelo fato de serem mães que estão ligadas a uma pastoral ao qual o nível de escolaridade tende a ser mais baixo. Como representado na Tabela 8, o numero de mães com um nível de escolaridade mais alto é mais baixo em relação às mães de nível escolaridade mais baixa.

Tabela 8 - Tempo de aleitamento materno exclusivo e escolaridade da mãe.

ESCOLARIDADE DA MÃE		TEMPO DE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA				TOTAL
		0 a 1 mês	2 a 3 meses	4 a 5 meses	6 meses ou mais	
Fundamental incompleto	Contagem	2	3	5	9	19
	%	10,5%	15,8%	26,3%	47,4%	100,0%
Fundamental completo	Contagem	1	2	3	5	11
	%	9,1%	18,2%	27,3%	45,5%	100,0%
Ensino médio incompleto	Contagem	2	2	3	0	7
	%	28,6%	28,6%	42,9%	0,0%	100,0%
Ensino médio completo	Contagem	0	8	6	11	25
	%	0,0%	32,0%	24,0%	44,0%	100,0%
Superior incompleto	Contagem	0	0	1	0	1
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Superior completo	Contagem	0	0	6	1	7
	%	0,0%	0,0%	85,7%	14,3%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>Contagem</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>70</b>
	<b>%</b>	<b>7,1%</b>	<b>21,4%</b>	<b>34,3%</b>	<b>37,1%</b>	<b>100,0%</b>

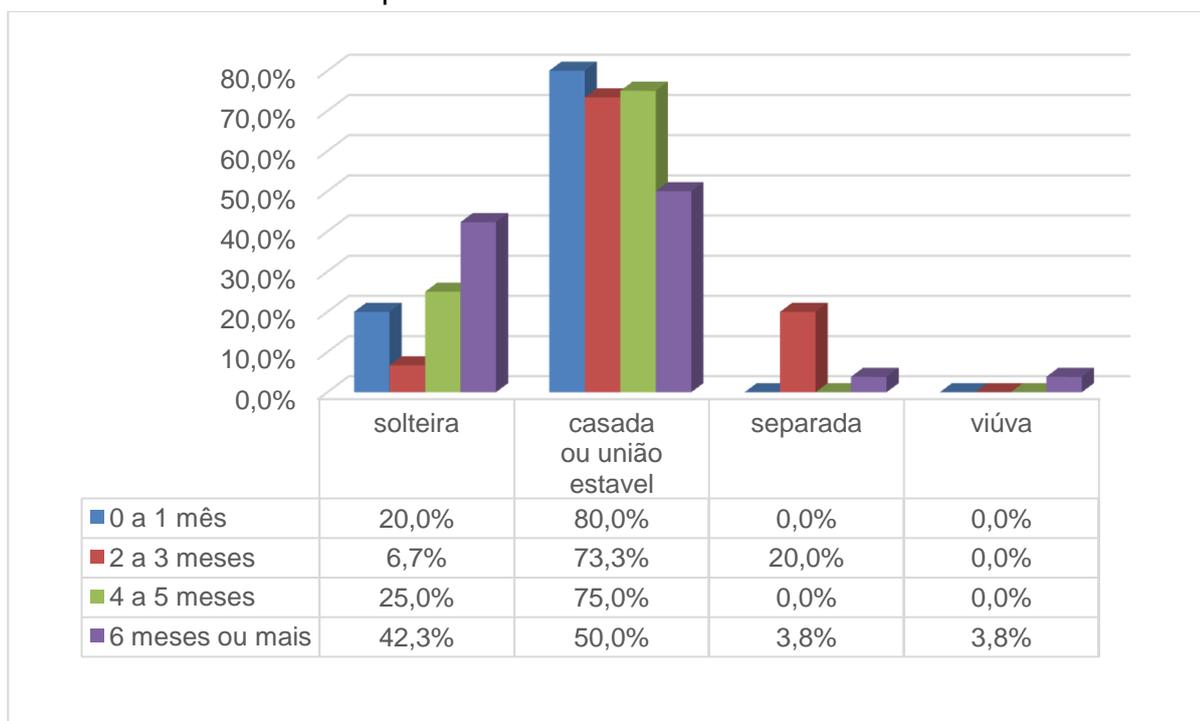
Fonte: Elaboração própria.

Em um estudo realizado por Silva e Souza (2005), ao qual foi avaliada a prevalência do aleitamento materno em consultórios particulares e em postos de atendimento no município de Lins em São Paulo, foi verificado que o maior índice de aleitamento encontrava-se em mães com um nível de escolaridade maior. Já na população participante do estudo em questão vê-se uma realidade diferente o que pode ser justificado pelo tamanho da amostra e por ser uma população que tem o acompanhamento de uma pastoral.

#### 4.4.5 Tempo de aleitamento materno exclusivo e estado civil

Em relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo e estado civil, não existiu significância neste estudo sendo ( $p=0,088$ ), mas foi observado que na descritiva as mulheres casadas ou em união estável amamentaram exclusivamente por mais tempo em relação às mulheres solteiras, separadas e viúvas. (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Percentual em relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo com estado civil das mães dos pré-escolares.



Fonte: Elaboração própria.

Para este estudo embora não tenha apresentado relação estatística entre as variáveis tempo de aleitamento materno exclusivo e estado civil, foi possível identificar que entre as mulheres que amamentavam mais a maioria se encontrava em relação estável, o que pode-se perceber em dados da literatura.

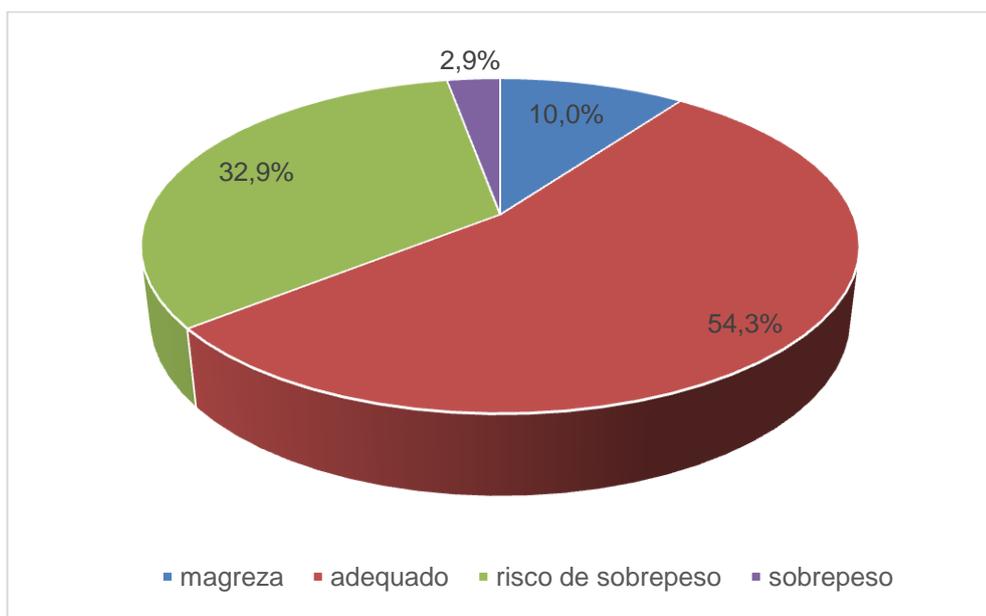
A figura do pai é de grande relevância para o estímulo a amamentação, seja no emocional ao qual a mulher passa durante a gestação e pós-parto ou quanto a situação financeira, desse modo o incentivo da figura paterna acarreta grandes chances do aleitamento materno exclusivo ser mais duradouro (OLAYEMI et al., 2007).

Pontes, Alexandrino e Osório (2008), corroboram com este estudo mostrando que o pai tem a obrigação de sempre quando for possível estar presente em todos os momentos que envolva a família, quebrando o tabu de que amamentar é algo que só pertence à mãe e o bebê. Reforçam ainda que o pai é um dos maiores incentivos para que a nutriz amamente com dedicação aceitando com naturalidade todas as modificações presentes em seu corpo durante a gestação e no processo da amamentação.

#### 4.4.6 Tempo de aleitamento materno exclusivo e IMC/I

Sendo uma das propostas da pesquisa avaliar o tempo de aleitamento materno exclusivo e o efeito protetor do mesmo contra sobrepeso e obesidade, não foi encontrado um nível de significância ( $p=0,460$ ) para as variáveis (Tempo de aleitamento materno exclusivo e IMC/I). Mas foi observando na descritiva que para esse estudo teve um nível maior de adequação quanto ao IMC/I (Gráfico 4), representando o total de 38 crianças (54,3%) que foram amamentadas, o que representa um percentual significativo para a população estudada, visto que há vários estudos que reforçam os benefícios do aleitamento materno contra sobrepeso e obesidade.

Gráfico 4 - Estado nutricional dos pré escolares quanto ao IMC.



Fonte: Elaboração própria.

Este estudo corrobora com Ferreira e outros (2010) mostrando que os efeitos benéficos do leite materno nos desvios antropométricos em crianças na fase pré-escolar na região semiárida de Alagoas por no mínimo trinta dias representou um fator de proteção contra sobrepeso infantil dos pré-escolares que fizeram parte do estudo.

Também corrobora Siqueira e outros (2007) mostrando os vários benefícios que o leite materno tem sobre a saúde da criança sendo um desses o efeito protetor contra o sobrepeso e obesidade, ao qual vários estudiosos sugerem que as crianças que foram amamentadas exclusivamente com leite materno tem a probabilidade de ser uma criança eutrofica na infância e mantendo hábitos alimentares saudáveis terá grandes chances de ser um adulto eutrofico.

Em outro estudo transversal realizado com 566 crianças de uma escola particular de São Paulo, com o propósito de avaliar o tempo de aleitamento materno e a alimentação complementar em relação ao sobrepeso e obesidade em pré-escolares, sugeriram que o aleitamento materno exclusivo tem efeito protetor durante a infância contra sobrepeso e obesidade (SIMON et al., 2009).

Em outro estudo envolvendo 409 pré-escolares, no qual foi avaliado o tempo de aleitamento materno exclusivo, foi verificado que as crianças que receberam o leite materno por menos de quatro meses encontravam-se com o índice de massa corporal maior ou igual ao percentil 85, o que caracteriza sobrepeso (BALABAN et al., 2004).

Em relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo da população estudada os estudos conduzidos anteriormente sugerem que o leite materno tem efeito protetor contra sobrepeso e obesidade, colaborando assim para os resultados encontrados na estatística descritiva do presente estudo.

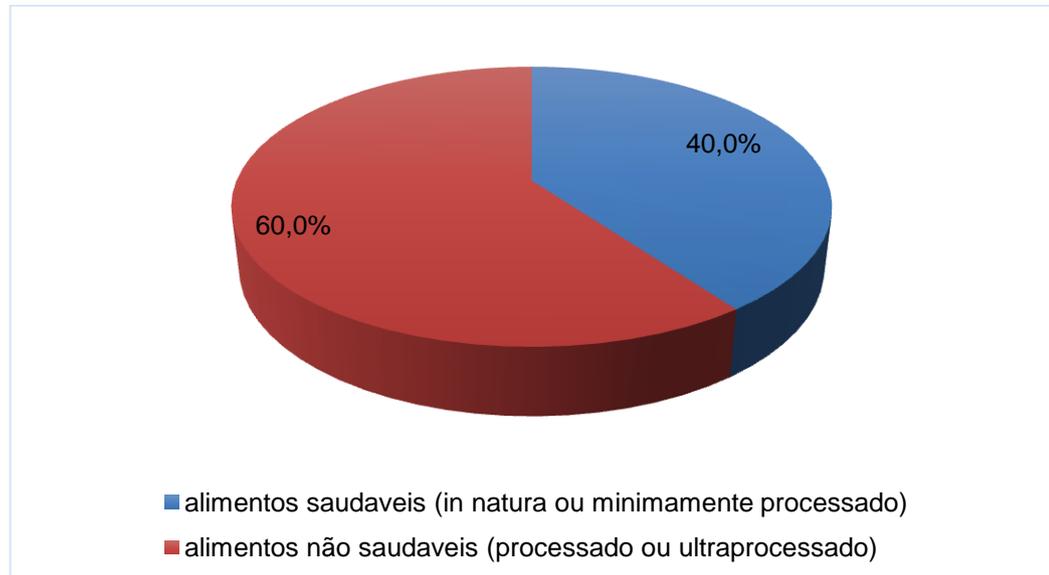
#### 4.5 QUANTO AO INICIO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

##### 4.5.1 Tipo de alimento introduzido na alimentação complementar

Para identificar o início da alimentação complementar, foi verificado que tipos de alimentos foram oferecidos aos pré-escolares, classificando-os como alimentos

saudáveis (*in natura* ou minimamente processado) e não saudáveis (processado ou ultraprocessado) (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Tipo de alimento oferecido na alimentação complementar.

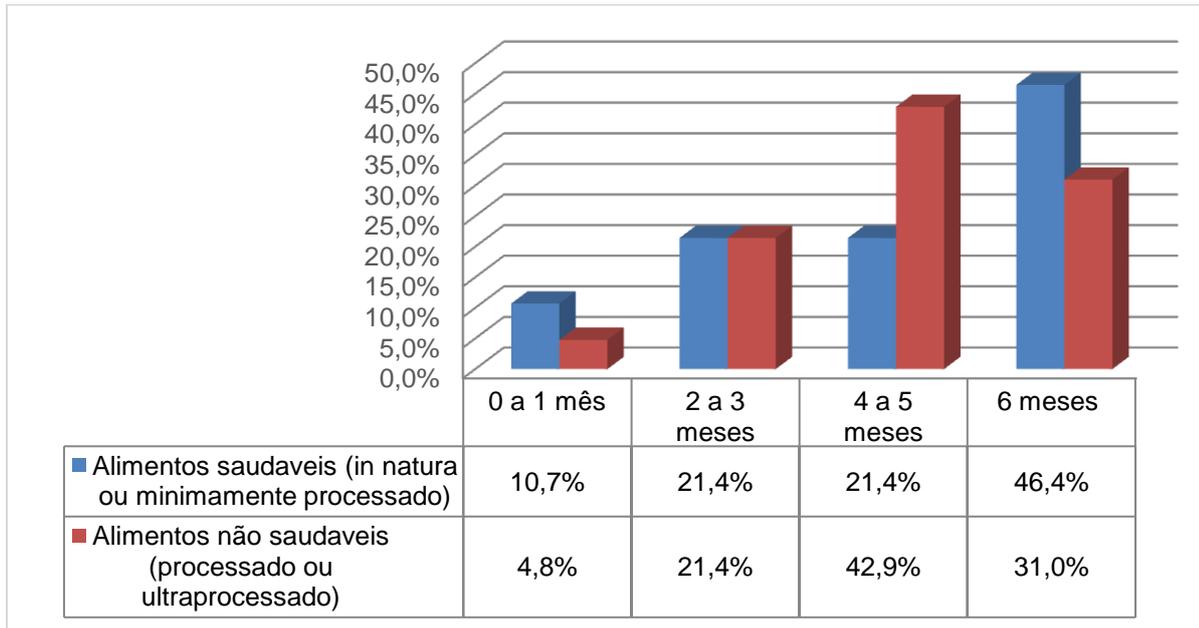


Fonte: Elaboração própria.

Foi verificado na população estudada que 40% (n=28) receberam alimentos saudáveis (*in natura* ou minimamente processado) e 60% (n=42) receberam alimentos não saudáveis (processado ou ultraprocessado) entre 0 a 6 meses como mostra o Gráfico 5.

Para o cruzamento das variáveis (início da alimentação complementar e tipo de alimento introduzido), não foi possível encontrar significância ( $p=0,244$ ) para as variáveis na população estudada. Mas foi possível observar na estatística descritiva (Gráfico 6) que há um número alarmante de crianças que receberam alimentos não saudáveis (processado ou ultraprocessado) entre 0 a 6 meses. Estudos mostram que a introdução de alimentos complementares inadequados antes dos seis meses de vida pode afetar a saúde da criança quando adultos (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008).

Gráfico 6 - Início da alimentação complementar de 0 a 6 meses dos pré-escolares avaliados.



Fonte: Elaboração própria.

Em outro estudo de seguimento em que foram avaliadas 150 crianças após o nascimento por um período de seis meses, com o objetivo de avaliar os efeitos do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar sobre os níveis de hemoglobina, concluiu-se que a prática alimentar inadequada nos primeiros seis meses de vida contribuíram para deficiência de ferro nesta fase da vida (Oliveira et al.,2010).

O presente estudo corrobora com Parada, Carvalhaes e Jamas (2007) mostrando um estudo ao qual foi avaliada a alimentação complementar no primeiro ano de vida da criança, para a população estudada foi verificado que mais da metade das crianças avaliadas receberam líquidos não nutritivos antes dos quatro meses de vida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo que teve como objetivo averiguar o tempo de aleitamento materno exclusivo, identificar associação entre tempo de aleitamento materno exclusivo e sobrepeso e obesidade na idade pré-escolar, bem como a introdução da alimentação complementar, avaliando o perfil nutricional e alimentar de cada criança atendida na Pastoral.

Pode-se concluir nesse estudo que das setenta crianças avaliadas 37,14% (26), receberam leite materno exclusivo, em número pode até ser alto, mas em percentual o número ainda é pequeno o ideal seria que 100% da população pesquisada tivesse recebido aleitamento materno exclusivo, visto que o leite materno tem vários benefícios para a criança. Foi possível concluir também na pesquisa, que o tempo de aleitamento materno exclusivo é influenciado pela renda da mãe, sendo que quanto maior o nível de renda maior o tempo de aleitamento materno exclusivo. Evidenciou-se também que para esta amostra não existiu relação direta entre tempo de aleitamento materno exclusivo e estado nutricional da criança provavelmente pelo tamanho da amostra. Foi identificado também um percentual muito alto da introdução precoce de alimentos ultra processados o que pode criar uma predisposição para distúrbios nutricionais na vida adulta.

Contudo, fica claro que deve se ter mais orientações e acompanhamentos a gestantes e nutrizes por profissionais da saúde, principalmente pelo nutricionista, para que essas possam desde cedo saber os benefícios do aleitamento materno não só para o bebe, mas os benefícios que são agregados a elas também. Sugere-se que outros estudos possam ser desenvolvidos a fim de se comprovar mais efeitos protetores do aleitamento materno.



## REFERÊNCIAS

- AMORIM, Marinete Martins; ANDRADE, Edson Ribeiro de. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. **Perspectivas OnLine 2007-2010**, v. 3, n. 9, 2014. Disponível em: <[http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista\\_antiga/article/view/349](http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/349)>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- ANDRADE, Mônica Pinheiro et al. Desmame precoce: vivencia entre mães atendidas em unidade básica de saúde em Fortaleza-Ceará. **Rev. RENE**, v. 10, n. 1, p. 104-113, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027965012>>. Acesso em: 28 maio. 2016.
- ANTUNES, Leonardo Santos de et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2008. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Lucianne\\_Maia/publication/240622698\\_Amamentao\\_natural\\_como\\_fonte\\_de\\_preveno\\_em\\_sade\\_Breast-feeding\\_as\\_a\\_source\\_of\\_prevention\\_in\\_healthcare/links/0deec531b910d9f309000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lucianne_Maia/publication/240622698_Amamentao_natural_como_fonte_de_preveno_em_sade_Breast-feeding_as_a_source_of_prevention_in_healthcare/links/0deec531b910d9f309000000.pdf)>. Acesso em: 16 abr, 2016.
- ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de; BESERRA, Eveline Pinheiro; CHAVES, Emilia Soares. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 4, p. 450-5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a14>>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- ARAÚJO, Márcio Flávio Moura et al. A prevalência de diarreia em crianças não amamentadas ou com amamentação por tempo inferior a seis meses. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 6, n. 1, p. 76, 2008. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4978/3227>>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 22, n. 2, p. 91-9, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n2/a03v22n2>>. Acesso em: 29 maio, 2016.
- ARAÚJO, Natalúcia Matos et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300004>>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Questionário de Socioeconômico** – Critério de Classificação socioeconômica Brasil, 2005. Disponível em: <[www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=297](http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=297)>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- AZEVEDO, Diana Soares de et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010. Disponível em:

<[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2\\_html\\_site/a06v11n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a06v11n2.htm)>. Acesso em: 20 jun. 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: 20 jun. 2016.

BARBOSA, Roseane Moreira Sampaio; SALLES-COSTA, Rosana; SOARES, Eliane de Abreu. Guias alimentares para crianças: aspectos históricos e evolução. **Rev. nutr**, v. 19, n. 2, p. 255-263, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=429384&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28 maio. 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. Acesso em 26 de mar. 2016.

BALABAN, Geni et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância?. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 4, n. 3, p. 263-268, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300006) [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300006)>. Acesso em: 03 out. 2016.

BEM, LA de; WAGNER, Adriana. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006. Disponível em: <<http://www.institutounipac.com.br/aulas/2012/1/UBSOC05N1/000229/000/Parentalidade.pdf>>. Acesso em: 21 maio, 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://www.upf.edu.br/seer/index.php/rfo/article/view/600/393>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

BERTIN, Renata Labronici et al. Estado nutricional, hábitos alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 3, p. 303-8, 2010. Disponível em: <[http://www.spsp.org.br/spsp\\_2008/revista/RPPV28n3\\_p303-8.pdf](http://www.spsp.org.br/spsp_2008/revista/RPPV28n3_p303-8.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2016.

BORTOLINI, GiSele Ane; VITOLLO, Márcia Regina. 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/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000600011)>. Acesso em: 30 abr, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional–SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_mae\\_trabalhadora\\_amamenta.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf)>. Acesso em: 15 maio. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa\\_guia13.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf)>. Acesso em: 28 maio. 2016.

BRASILEIRO, Aline Alves et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 9, p. 1705-1713, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2010000900004&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000900004&lng=pt)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

CAETANO, Michelle Cavalcante et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Arch Pediatr Urug**, v. 83, n. 3, p. 226-32, 2012. Disponível em: <<http://www.sup.org.uy/revistas/adp83-3/pdf/adp83-3-brasil-complemento.pdf>>. Acesso em: 22 maio. 2016.

CALDEIRA, Antônio Prates; FAGUNDES, Gizele Carmem; AGUIAR, Gabriel Nobre de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1027-1233,

2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102008005000057&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102008005000057&script=sci_abstract)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

CARVALHO, Virgínia Donizete de; SOUZA, Washington José de. Pobres no ter, ricos no ser: trabalho voluntário e motivação na Pastoral da Criança. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 11, n. 2, p. 113-134, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141565552007000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141565552007000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 19 jun. 2016.

CASAGRANDE, Luciano et al. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. **Rev. Fac. Odontol**, v. 49, n. 2, p. 11-7, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/viewFile/3032/8282>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CASTRO, Keila Formiga de et al. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. **Mundo saúde**, v. 33, n. 4, p. 433-39, 2009. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Telma\\_Garcia2/publication/242702905\\_Intercorrncias\\_mamarias\\_relacionadas\\_a\\_lactacao\\_estudo\\_envolvendo\\_puerperas\\_de\\_uma\\_maternidade\\_publica\\_de\\_Joao\\_Pessoa\\_PB\\_Breast\\_intercurrences\\_related\\_to\\_lactation\\_a\\_study\\_involving\\_recent\\_mothers\\_in/links/02e7e52b09bc7635f7000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Telma_Garcia2/publication/242702905_Intercorrncias_mamarias_relacionadas_a_lactacao_estudo_envolvendo_puerperas_de_uma_maternidade_publica_de_Joao_Pessoa_PB_Breast_intercurrences_related_to_lactation_a_study_involving_recent_mothers_in/links/02e7e52b09bc7635f7000000.pdf)>. Acesso em 28 maio. 2016.

CAVALCANTE, Carlos Eduardo et al. Elementos do trabalho voluntário: motivos e expectativas na Pastoral da Criança de João Pessoa/PB. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, v. 10, n. 1, p. 98, 2011. Disponível em: <<http://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/196/117>>. Acesso em: 29 jun. 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/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)><[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000400009)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral da Criança. **Quem somos**. 2013. Disponível em: <<https://www.pastoraldacrianca.org.br/quemsomos>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

CORAZZA, Débora et al. Assistência de enfermagem à mastite puerperal nursing assistance to puerperal mastitis. **Rev. Bras. Ciên. Saúde/Revista de Atenção à Saúde**, v. 6, n. 16, 2010. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/download/376/189](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/376/189)>. Acesso em: 13 jun. 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: <<https://www.unochapeco.edu.br/static/data/portal/downloads/2687.pdf>>. Acesso em: 22 maio. 2016.

DACOME, Ocimar Aparecido; GARCIA, Rosângela Fernandes. Efeito modulador da ocitocina sobre o prazer. **Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 193-200, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/751/608>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

DESSEN, Maria Auxiliadora; POLONIA, A. da C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03>>. Acesso em: 21 maio. 2016.

DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira; FRANCESCHINI, Sylvania 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/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300015)>. Acesso em: 22 maio. 2016.

ESPIRITO, Lilian Cordova; KÖHLERVI, Celina Valderez; BONILHAV, Ana Lucia de Lourenzi. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 4, p. 607-14, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n4/6206>>. Acesso em: 12 jun. 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/handle/11449/13235>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

FERREIRA, Haroldo da Silva et al. Aleitamento materno por trinta ou mais dias é fator de proteção contra sobrepeso em pré-escolares da região semiárida de Alagoas. **Rev. Assoc. Med. Bras.(1992)**, v. 56, n. 1, p. 74-80, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000100020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100020)>. Acesso em: 25 abr. 2016.

FRANÇA, Giovanny Vinícius Araújo de et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32304/34465>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

FREITAS, Andreia Silva de Souza.; COELHO, Simone Côrtes; RIBEIRO, Ricardo Laino. Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. **Saúde & Amb Rev**, v. 4, n. 2, p. 9-14, 2009. Disponível em: <[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/2010/Biologia/artigos/obesoinfantil.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Biologia/artigos/obesoinfantil.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

GIGANTE, Denise Petrucci; VICTORA, Cesar G.; BARROS, Fernando C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 259-265, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v34n3/2227.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

HASSELMANN, Maria Helena; WERNECK, Guilherme L.; SILVA, Claudia Valéria Cardim da. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. s341-s352, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001400019](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400019)>. Acesso em: 21 maio. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Programa de orçamentos familiares (POF) 2002-2003**. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_pof/imc](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_pof/imc)>. Acesso em: 01 out.2016.

JAHANFAR, S.; NG, C. J.; TENG, C. L. Antibióticos para mastite em lactantes. **Tópicos**, 2012. Disponível em:

<<http://www.cochrane.org/pt/CD005458/antibioticos-para-mastite-em-lactantes>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

JESUS, Gilmar M. de et al. Determinants of overweight in children under 4 years of age. **Jornal de pediatria**, v. 86, n. 4, p. 311-316, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000400011&script=sci_arttext)> . Acesso em: 29 set. 2016.

JOCA, Mirella Teixeira et al. Fatores que contribuem para o desmame

precoce. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 356-364, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v9n3/a04v9n3>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

LAMOUNIER, Joel Alves et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma

década no Brasil: repensando o futuro. **Rev Paul Pediatr**, v. 26, n. 2, p. 161-9, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a12v26n2>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

LEAL, Gabriela N. et al. O papel do Aleitamento Materno na prevenção da Síndrome Metabólica. **Pediatria (São Paulo)**, v. 30, n. 2, p. 118-123, 2008. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/profile/Gabriela\\_Leal/publication/238067484\\_Role\\_of\\_breast\\_feeding\\_in\\_metabolic\\_syndrome\\_preclusion\\_El\\_papel\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna\\_en\\_la\\_previncin\\_del\\_Sindroma\\_Metablico/links/00463529ec378a006e000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gabriela_Leal/publication/238067484_Role_of_breast_feeding_in_metabolic_syndrome_preclusion_El_papel_de_la_lactancia_materna_en_la_previncin_del_Sindroma_Metablico/links/00463529ec378a006e000000.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2016.

LEITE, Rebeqa Ferreira Pequeno; MUNIZ, M. C. M. C.; ANDRADE, Izabella Santos

Nogueira de. Conhecimento materno sobre fonoaudiologia e amamentação em alojamento conjunto. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 36-40, 2009. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/364>> . Acesso em: 20 jun. 2016.

LOPES, Claudia Regina Cachulo; BEREZIN, E. M. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 6, p. 1030-1034, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/15.pdf>>.

Acesso em: 17 abr. 2016.

MARIN, Tatiana; BERTON, Priscila; SANTO, LKRE. Educação nutricional e alimentar: por uma correta formação dos hábitos alimentares. **Revista F@ ciência**, v. 3, n. 7, p. 72-78, 2009. Disponível em: <[http://fap.com.br/fapciencia/003/edicao\\_2009/007.pdf](http://fap.com.br/fapciencia/003/edicao_2009/007.pdf)>. Acesso em: 19 jun, 2016.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Sílvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno Myths and beliefs surrounding breastfeeding. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf/>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J Pediatr (Rio J)**, v. 82, n. 4, p. 289-94, 2006.

MORAES, J. F. V. N.; GIUGLIANO, Rodolfo. Aleitamento materno exclusivo e adiposidade. **Rev Paul Pediatric**, v. 29, n. 2, p. 152-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n2/a04v29n2>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

MORAIS, Ana Márcia Bustamante de et al. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 1, p. 66-71, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100010)>. Acesso em: 26 jun. 2016.

MORAIS, Mauro Batista de; SIGULEM, Dirce Maria. Leite de vaca integral, fórmula para lactentes e anemia por deficiência de ferro. **J Pediatr (Rio J)**, v. 82, n. 2, p. 161-4, 2006. Disponível em: <[http://www.jped.com.br/conteudo/06-82-02-161/port\\_print.htm](http://www.jped.com.br/conteudo/06-82-02-161/port_print.htm)>. Acesso em: 22 maio. 2016.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira et al. Lactação com amenorreia: experiência de enfermeiros e a promoção dessa opção contraceptiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 40-46, 2011.

NEU, Aline Prade et al. Relação entre tempo de aleitamento materno e características socioeconômicas das mães. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 2, n. 3, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/extensaoesociedade/article/view/1200>>. Acesso em: 12 out. 2016.

NUNES, Maria Madalena de Jesus Cunha et al. Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 6, p. 55-68, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000100006&script=sci_arttext)> Acesso em: 18 jun. 2016.

OLAYEMI, O. et al. The influence of social support on the duration of breast-feeding among antenatal patients in Ibadan. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 27, n. 8, p. 802-805, 2007. Disponível em:

<<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443610701666876>>. Acesso em: 28 maio. 2016.

OLIVEIRA, Andréa Silva de et al. Efeito da duração da amamentação exclusiva e mista sobre os níveis de hemoglobina nos primeiros seis meses de vida: um estudo de seguimento Effect of length of exclusive breastfeeding and. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 409-417, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3476/1/43AE7AA9d01.pdf>>. Acesso em: 01 maio. 2016.

OLIVEIRA, Geraldo dos Santos et al. Contaminação fúngica no leite humano e em sítios anatômicos de lactantes e lactentes. **Revista do Instituto Adolfo Lutz (Impresso)**, v. 71, n. 3, p. 450-455, 2012. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0073-98552012000300003&lng=pt&nrm=iso=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0073-98552012000300003&lng=pt&nrm=iso=pt)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

OLIVEIRA, Lucivalda P. Magalhães de et al. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad saúde pública**, v. 21, n. 5, p. 1519-30, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n5/25.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

OLIVEIRA, Mirella Gondim Ozias Aquino de et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 178-189, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0178.pdf>>. Acesso em: 29 maio. 2016.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; JAMAS, Milena Temer. Complementary feeding practices to children during their first year of life. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 282-289, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200014&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200014&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 04 out. 2016.

PARIZOTTO, Janaína; ZORZI, Nelci Terezinha. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 466-74, 2008. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/65/08\\_Aleitamento\\_baixa.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/08_Aleitamento_baixa.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

PEREIRA, Ana Carolina da Silva; MOURA, Suelane Medeiros; CONSTANT, Patrícia Beltrão Lessa. Alergia alimentar: sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 189-200, 2008. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/download/IMUNOLOGIA/leitura%20anexa%202.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

PEREIRA, Patricia Feliciano; ALFENAS, Rita de Cassia G.; ARAÚJO, Raquel Maria A. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. **Jornal de pediatria**, v. 90, n. 1, p. 7-15, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572014000100007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572014000100007&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 23 abr. 2016.

PINHEIRO, Adriana; PRATES, Sara. Alergia alimentar múltipla. **Acta Medica Portuguesa**, v. 24, n. 3, p. 453-6, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1115/1/Acta%20Med%20Port%202011\\_24\\_453.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1115/1/Acta%20Med%20Port%202011_24_453.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

PONTES, Cleide M.; ALEXANDRINO, Aline C.; OSÓRIO, Mônica M. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. **J. pediatr.(Rio J.)**, v. 84, n. 4, p. 357-364, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572008000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000400012)>. Acesso em: 28 maio. 2016.

QUAIOTI, Teresa Cristina Bolzan; ALMEIDA, Sebastião de Sousa. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p. 193-211, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a11>>. Acesso em: 18 jun, 2016.

QUIGLEY, Maria A.; KELLY, Yvonne J.; SACKER, Amanda. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. **Pediatrics**, v. 119, n. 4, p. e837-e842, 2007. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/119/4/e837.short>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

RINALDI, Ana Elisa M. et al. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 3, p. 271-277, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n3/12>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

ROSSI, Alessandra; MOREIRA, Emília Addison Machado; RAUEN, Michelle Soares. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr**, v. 21, n. 6, p. 739-748, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000600012)>. Acesso em: 30 abr, 2016.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 29, n. 3, p. 274-80, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06>>. Acesso em: 21 maio, 2016.

SANTOS, Cíntia da Conceição et al. A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. **Cogitare enferm**, v. 17, n. 1, p. 65-71, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewArticle/26376>>. Acesso em: 19 jun. 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.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7581>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

SARNO, Flavio et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 219-225, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n2/230.pdf>>. Acesso em: 15 maio. 2016.

SCHNEIDER, Aline Petter; STEIN, Renato Tetelbom; FRITSCHER, Carlos Cezar. O papel do aleitamento materno, da dieta e do estado nutricional no desenvolvimento de asma e atopia. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 4, p. 454-462, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n4/v33n4a16>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

SILVA, Amauri Pinto da; SOUZA, Nelson de. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, p. 301-310, 2005. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/13363/S1415-52732005000300002.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 out. 2016.

SILVA, Cristiane Maria Villar; ANDRADE, Tania Cristina. Prolactina e seus excessos em mulheres não-gestantes-doi: 10.5102/ucs.v3i1.548. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 101-107, 2008. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/548>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SILVA, Denise Rizzo Nique da; SCHNEIDER, Aline Petter; STEIN, Renato Tetelbom. O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. **Scientia Medica**, v. 19, n. 1, p. 35-42, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewDownloadInterstitial/4162/7820>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

SILVA, Giselia Alves Pontes da; BALABAN, Geni; MOTTA, Maria Eugênia F. de A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2005. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/2454> . Acesso em: 01 out. 2016.

SILVA, Rosângela Venancio da et al. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 108-115, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15>>. Acesso em: 29 jun, 2016.

SIQUEIRA, Renata Scanferla de et al. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 5-12, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/03>>. Acesso em: 17 de mar de 2016.

SILVEIRA, FJF da; LAMOUNIER, Joel Alves. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad saúde pública**, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n1/08.pdf>>. Acesso em: 25 abr, 2016.

SIMON, Viviane Gabriela Nascimento et al. 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.revistas.usp.br/rsp/article/view/32568/34896>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

SOUSA, Alder Mourão de. **Práticas familiares e o apoio à amamentação: revisão sistemática e metassíntese**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13012011-150043/en.php>>. Acesso em: 28 maio. 2016.

SOUZA, Maria José Nunes de et al. A importância da orientação à gestante sobre amamentação: fator para diminuição dos processos dolorosos mamários. **ConScientiae Saúde**, v. 8, n. 2, p. 245-249, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92912014011>>. Acesso em: 27 maio, 2016.

TARDIDO, Ana Paula; FALCÃO, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006. Disponível em:  
<[http://www.ucg.br/ucg/eventos/Obesidade\\_Curso\\_Capacitacao\\_Ambulatorial/Material\\_Consulta/Material\\_Nutricao/O%20impacto%20da%20moderniza%20na%20transi%20nutricional%20e%20obesidade.pdf](http://www.ucg.br/ucg/eventos/Obesidade_Curso_Capacitacao_Ambulatorial/Material_Consulta/Material_Nutricao/O%20impacto%20da%20moderniza%20na%20transi%20nutricional%20e%20obesidade.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

TEIXEIRA, Marizete Argolo et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 1, p. 98-106, 2006. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a12v15n1>>. Acesso em: 28 maio. 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. 525-534, 2007. Disponível em:  
<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/11.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

VASCONCELOS, Maria Josemere de Oliveira Borba, et al. **Nutrição Clínica: obstetria e pediatria**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Científica Ltda. 2011. P. 740.

VAUCHER, Ana Luisa Issler; DURMAN, Solânia. Amamentação: crenças e mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, 2006. Disponível em:  
<<https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/index.php?journal=fen&page=article&op=view&path%5B%5D=881&path%5B%5D=1054>>. Acesso em: 13 jun. 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://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=461414&indexSearch=ID>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

VIANA, Victor; SANTOS, Pedro Lopes dos; GUIMARÃES, Maria Júlia. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 9, n. 2, p. 209-231, 2008. Disponível

em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200003&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200003&script=sci_arttext&tIng=en)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

VIEIRA, Graciete Oliveira et al. Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil Lactational mastitis and Baby-Friendly Hospital Initiative, Feira de Santana, Bahia, Brazil. **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 6, p. 1193-1200, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/08.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

VIEIRA, Raquel Winter et al. Do aleitamento materno à alimentação complementar: atuação do profissional nutricionista. **Saúde & Ambiente em Revista**, v. 4, n. 2, p. 1-8, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/sare/article/view/609>>. Acesso em: 22 maio. 2016.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p.628.

WORLD HEALTH Organization. **WHO Child Standards**: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for age: methods and development. Geneva: WHO 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>>. Acesso em: 23 maio. 2016.

## APENDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) Maria Emiliana Teixeira, a desenvolver o seu projeto de pesquisa, com o título Perfil alimentar e nutricional em pré-escolares de acordo com o tempo de aleitamento materno na pastoral da criança da paróquia de Jardim Limoeiro Serra- ES, que está sob a coordenação/orientação do (a) Prof. (a) Ana Cristina de Oliveira Soares, cujo objetivo é avaliar o perfil alimentar e nutricional em crianças na fase pré-escolar de acordo com o tempo de aleitamento materno.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizarem os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Instituição de ensino: Centro Universitário Católico de Vitória

Serra, \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_.

---

Assinatura do coordenador da Pastoral da criança de Jardim Limoeiro Serra- ES



## APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

FACULDADE CATOLICA SALISIANA DO ESPIRITO SANTO

CURSO DE NUTRIÇÃO

**Título da pesquisa:** Perfil alimentar e nutricional em pré-escolares de acordo com o tempo de aleitamento materno na pastoral da criança da paróquia de Jardim Limoeiro Serra- ES

**Aluno Pesquisador:** Maria Emiliana Teixeira

**Professor orientador:** Ana Cristina de Oliveira Soares

A Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, localizada na Avenida Vitória, Nº 950, Forte São João, Vitória-ES, CEP 29017, Telefone 3331-8500, responsável por essa pesquisa, convida à (o) senhor (a) a participar da pesquisa acima citada.

**Objetivo:** Avaliar o perfil alimentar e nutricional em crianças na fase pré-escolar de acordo com o tempo de aleitamento materno, atendidas pela pastoral da criança da Paróquia de Jardim Limoeiro Serra (ES).

**Metodologia:** Será aplicado um questionário para saber por quanto tempo a criança foi amamentada exclusivamente com leite materno, bem como os alimentos que foram oferecidos a criança na alimentação complementar. Também serão recolhidas informações antropométricas como: idade e altura da criança avaliada.

**Benefícios da pesquisa:** Sua participação irá contribuir diretamente 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.

### **Esclarecimentos e direitos:**

Sua participação será de caráter voluntário, sendo isento de qualquer forma de remuneração. A qualquer momento o voluntario 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 identidade do (a) voluntário (a) será mantida em total sigilo, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada a pesquisa e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

**Consentimento pós-informação:**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo órgão \_\_\_\_\_, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvido, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante voluntário

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

\_\_\_\_\_  
data

**ANEXO A - Questionário para avaliar tempo de aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentação complementar.**

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

1. Posto de vacinação: X  
2. Bairro: X

**DADOS GERAIS**

**3. Identificação da criança (Iniciais).** \_\_\_\_\_

**4. Qual o sexo?** (1) F (2) M

**5. Qual a data de nascimento da criança?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6. Qual o peso ao nascer da criança?** \_\_\_\_\_

**6.1. Qual o peso atual?** \_\_\_\_\_

**6.2. Qual a altura atual?** \_\_\_\_\_

**7. Qual a idade da mãe da criança em anos completos?** \_\_\_\_\_

**8. Você (mãe) estudou?**

(1) sim (2) não (99) ignorado

**9. Se respondeu que sim, até que série você estudou?** \_\_\_\_\_

**10. Quantas pessoas moram na casa?** \_\_\_\_\_

**11. Qual o seu estado civil?**

(1) Solteira (2) Casada/ união estável (3) Viúva (4) Separada

(88) Não sabe

**12. Qual foi renda familiar (em reais) no último mês incluindo todos os moradores da casa?** \_\_\_\_\_

**13. Você costuma ficar muito tempo fora de casa, estudando ou trabalhando:**

(1) sim (2) não (99) ignorado

**14. (Se respondeu sim) Quantas horas por dia?** \_\_\_\_\_

**15. 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

**16. Quanto tempo esta pessoa passa com a criança (em horas)?** \_\_\_\_\_

17. A criança foi amamentada? (1) sim (2) não

18. Por quanto tempo a criança recebeu leite materno exclusivamente (sem água, sem chás, sem mamadeiras, sem frutas...) \_\_\_\_\_

19. Por quanto tempo a criança continuou recebendo leite materno mesmo depois de introduzir outros alimentos? \_\_\_\_\_

### INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES

Alimento	Idade em que o alimento foi oferecido à criança (em meses)
20 – Leite integral (caixinha/ pó/ saquinho)	
21 - Leite semi-desnatado /desnatado	
22 – Leite modificado (NAN, Bebelac, nestogeno)	
23 – Cereais refinados (, maisena, mucilon, cremogema, , farinha láctea, arrozina...)	
24 – Cereais integrais (aveia, neston, farinha integral, granola)	
25 - Açúcar (branco ou mascavo)	
26 - Fruta cítrica (laranja, tangerina, limão...)	
27. Frutas outras (banana, mamão, maçã, manga..)	
28 - Suco de fruta natural	
29 - Suco industrializado (pó, garrafinha...)	
30 – Arroz	
31 – Macarrão / massinha	
32 – Tubérculos (batata/aipim/batata-doce...)	
33 – Carne de boi	
34 – Frango	
35 - Peixe	
36 - Carne de porco	
37 - Ovo (gema)	
38 - Ovo (clara)	
39 - Legumes/verduras	
40 - Leguminosas (feijão, lentilha, ervilha...)	
41 – Sal	
42 – Temperos (pimenta, orégano, gengibre...)	
43 – Óleo / margarina / manteiga / requeijão / maionese	
44 – Farinha de mandioca (pirão, com leite, na comida...)	
45 – Pão	
46 – Bolo	
47 – Bolacha simples (doce/salgada)	
48 – Bolacha recheada / wafer	
49 – Café preto	

50 - Achocolatado (Nescau, toddy...)	
51 - Queijo	
52 - Iogurte / "danoninho"	
53 - Pudim / gelatina / flan	
54 - Doces (bala / chocolate / pirulito / mel...)	
55 - Refrigerante	
56 - Papa industrializada	
57 - Outros 1	
58 - Outros 2	

Fonte: Adaptado de CORRÊA et al., 2009.



## ANEXO B: Questionário da ABEP



### Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é exclusivamente de **classes econômicas**.

#### SISTEMA DE PONTOS

##### Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

##### Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3 <sup>a</sup> . Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4 <sup>a</sup> . Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

#### CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

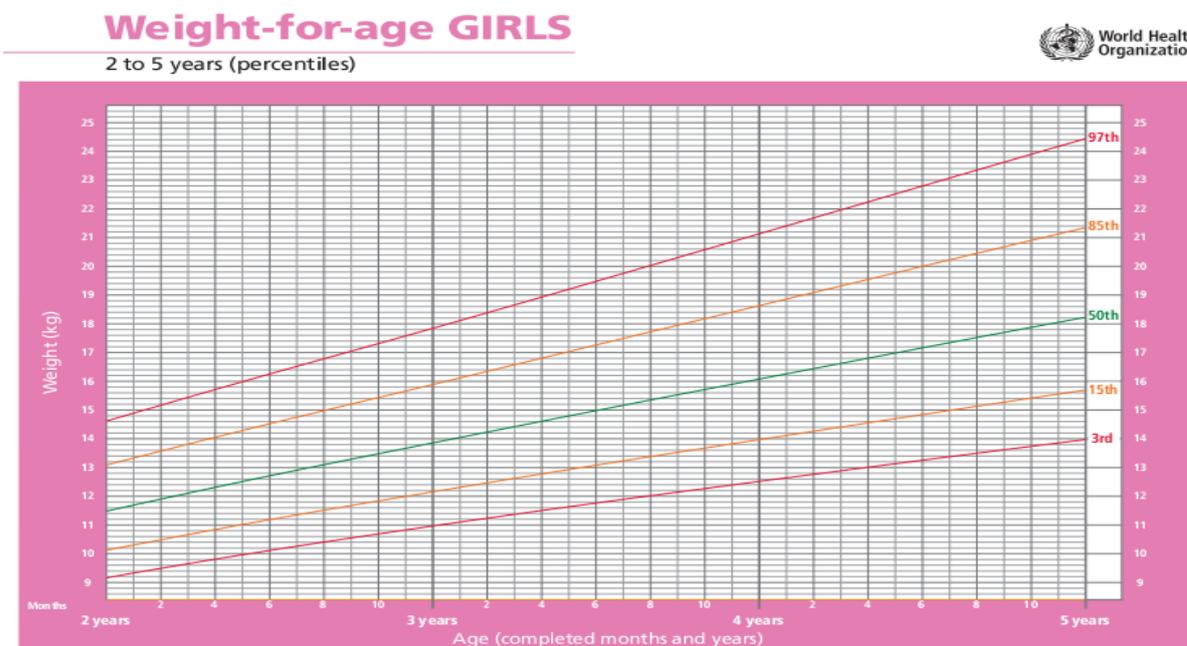
Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 - 46	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
C2	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

Fonte: Adaptado de ABEP, 2005.



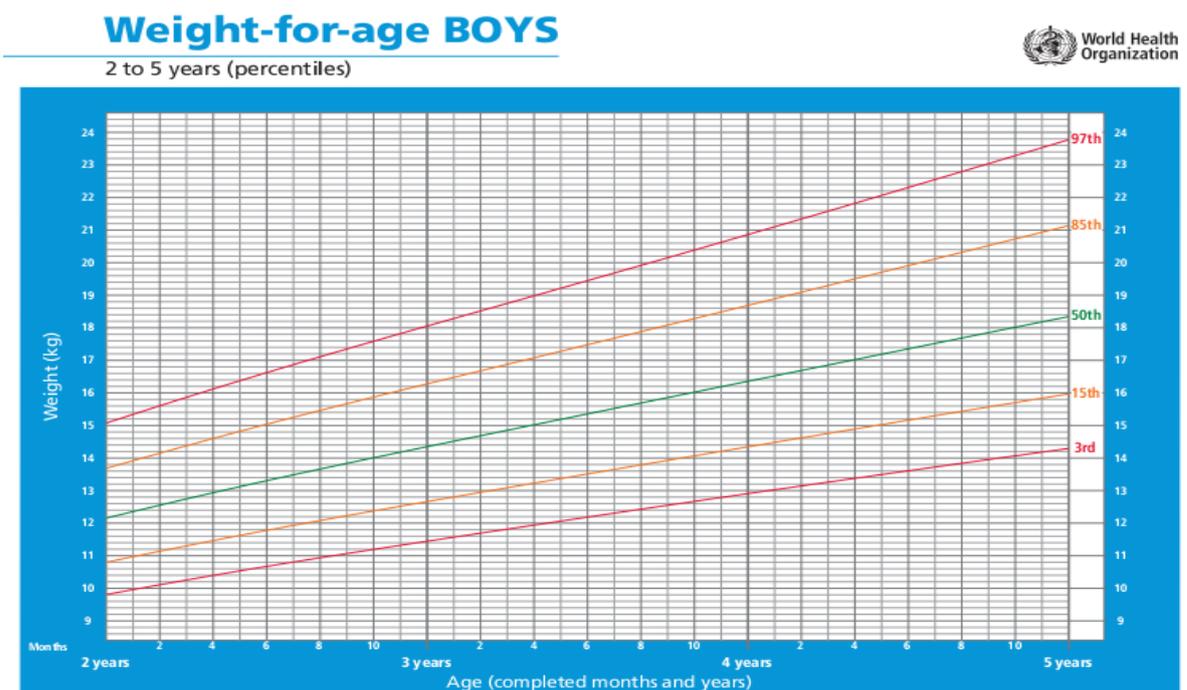
**ANEXO C- Curvas de crescimento segundo a WHO.**

Figura 01: Curva de crescimento de peso para a idade de meninas de 2 a 5 anos:



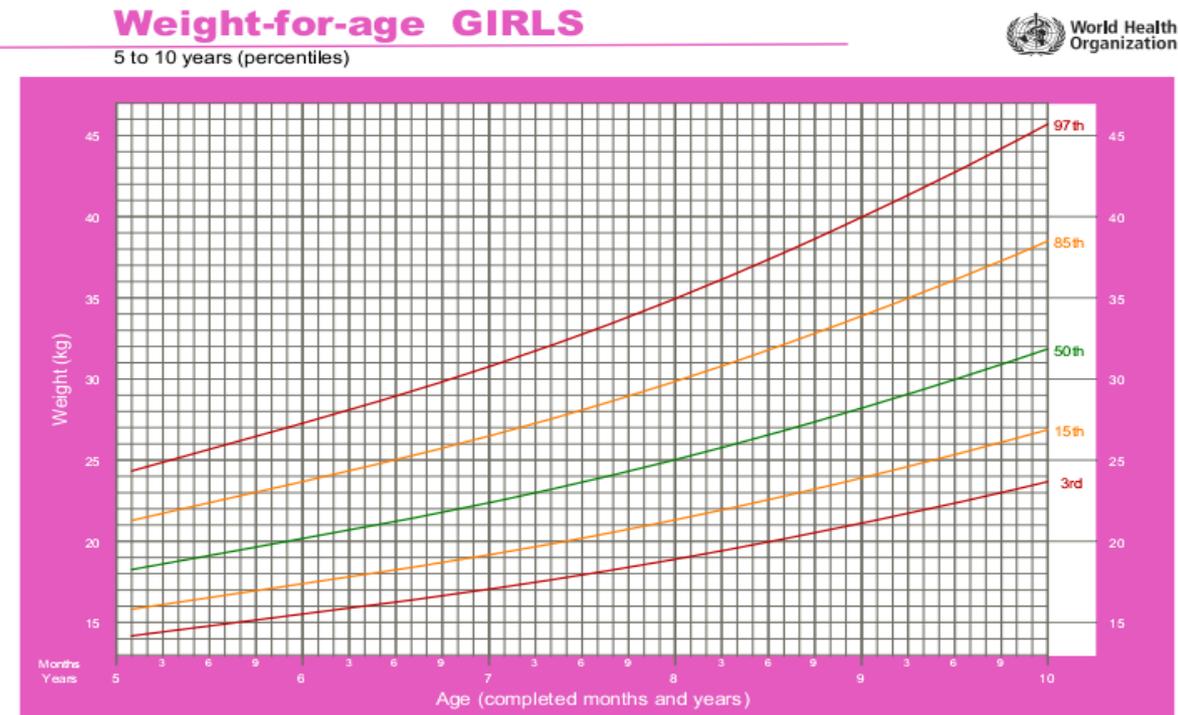
Fonte: WHO, 2006.

Figura 02: Curva de crescimento de peso para a idade de meninos de 2 a 5 anos:



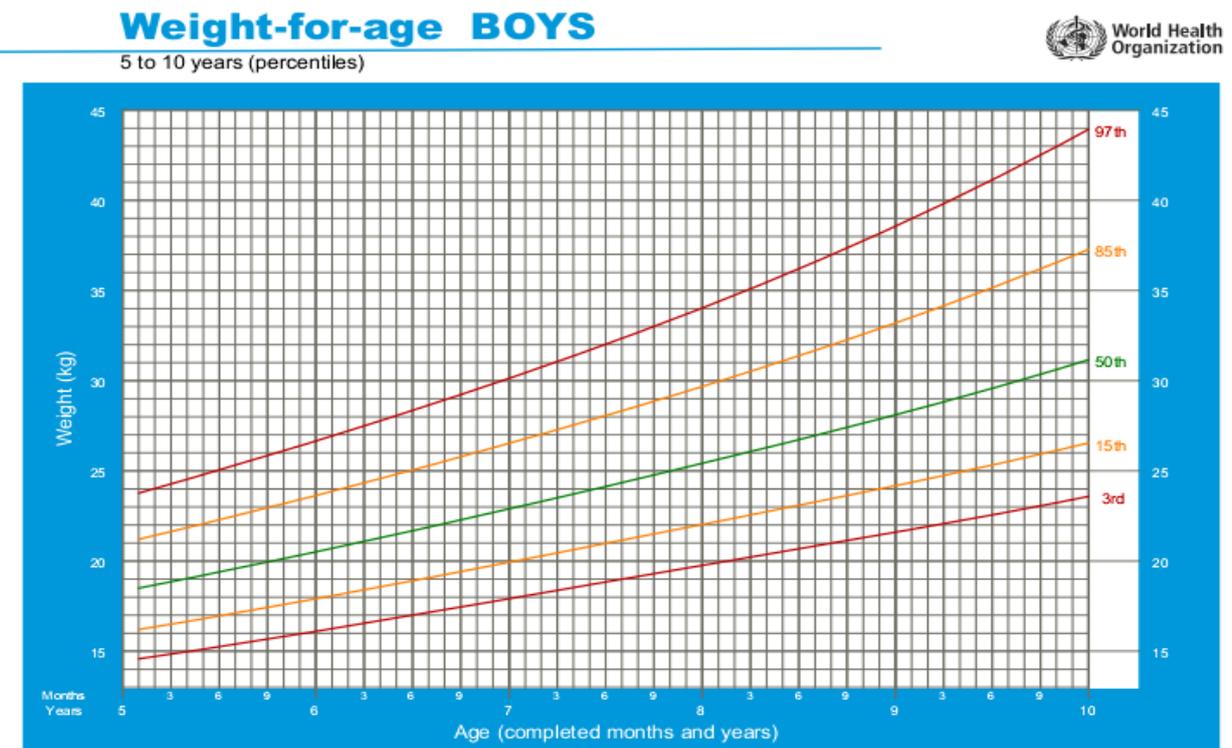
Fonte: WHO, 2006.

Figura 03: Curva de crescimento de peso para a idade de meninas de 5 a 10 anos:



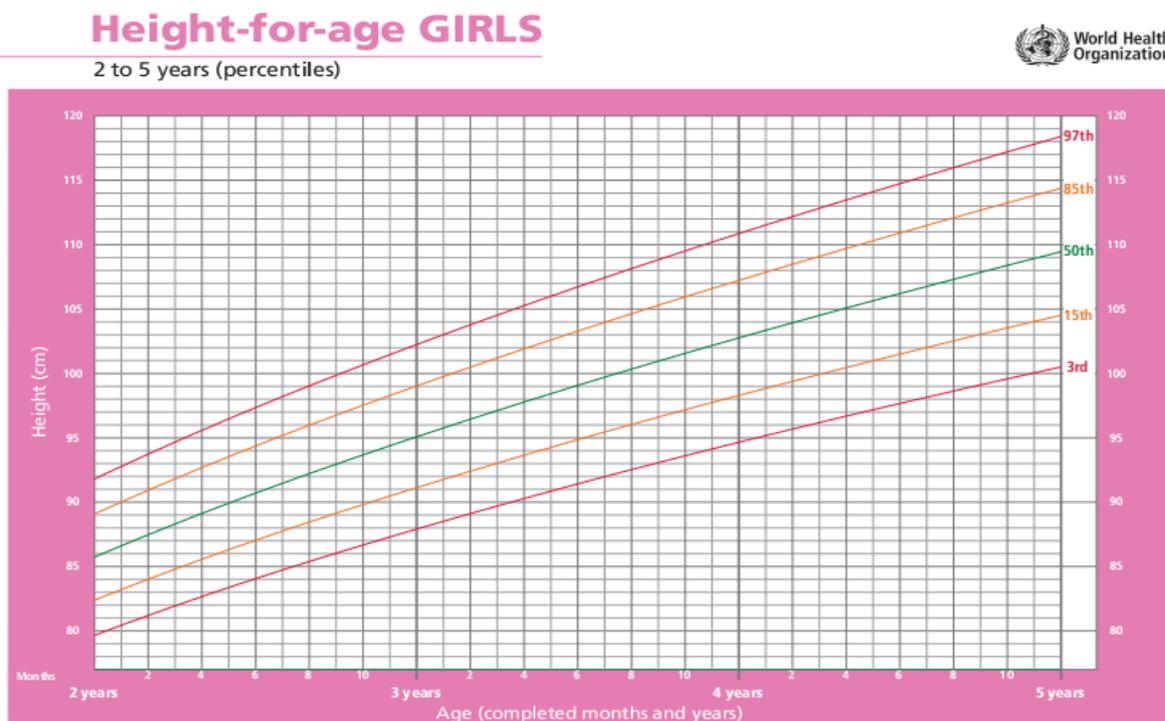
Fonte: WHO, 2006.

Figura 04: Curva de crescimento de peso para a idade de meninos de 5 a 10 anos:



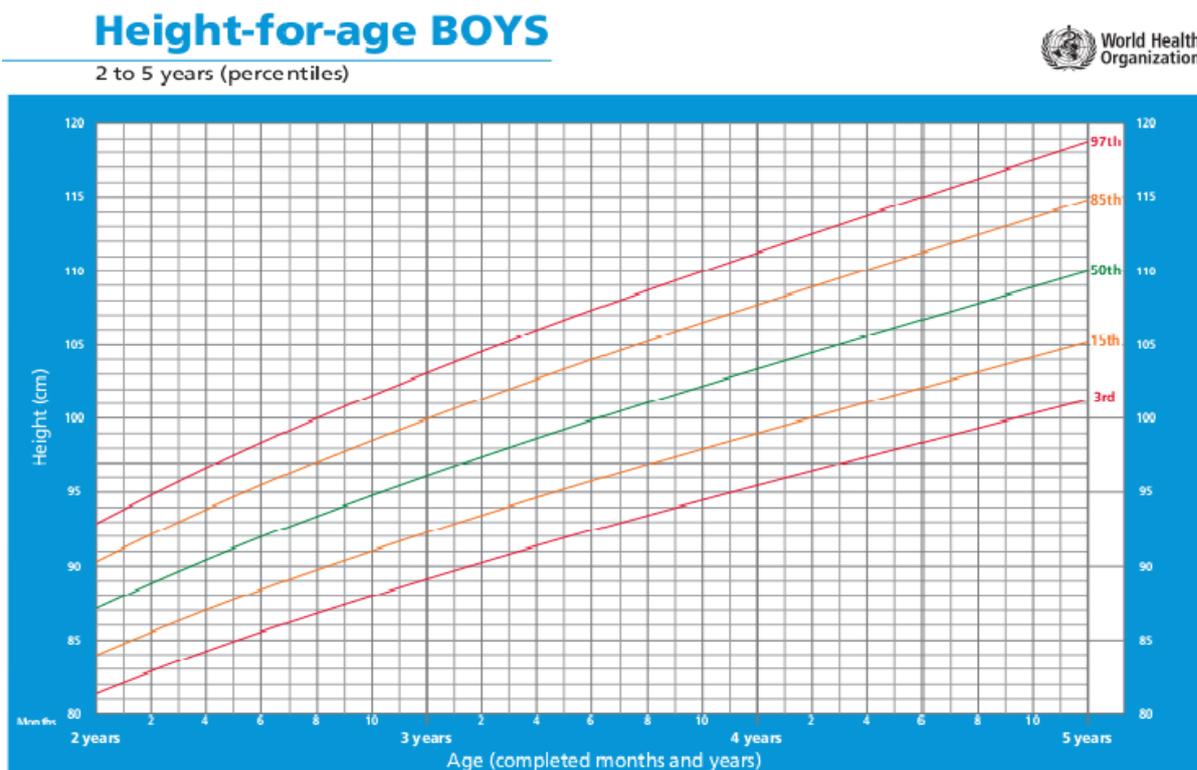
Fonte: WHO, 2006.

Figura 05: Curva de crescimento de estatura para idade de meninas de 2 a 5 anos:



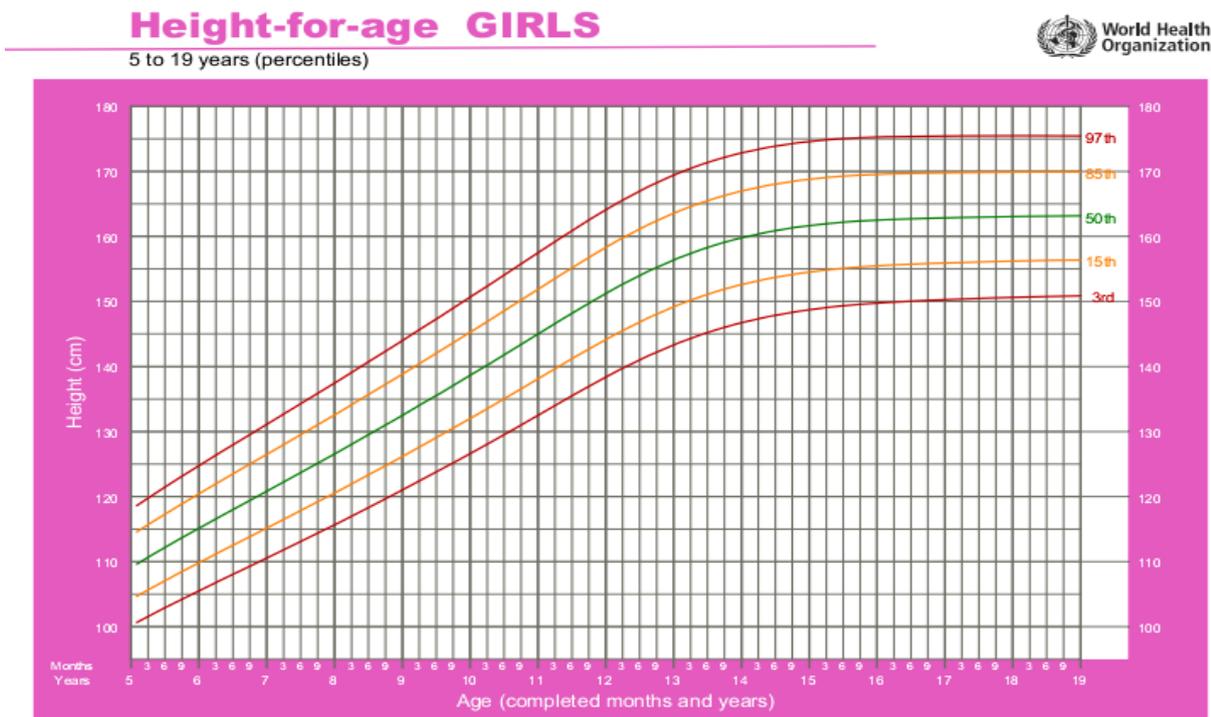
Fonte: WHO, 2006.

Figura 06: Curva de crescimento de estatura para idade de meninos de 2 a 5 anos:



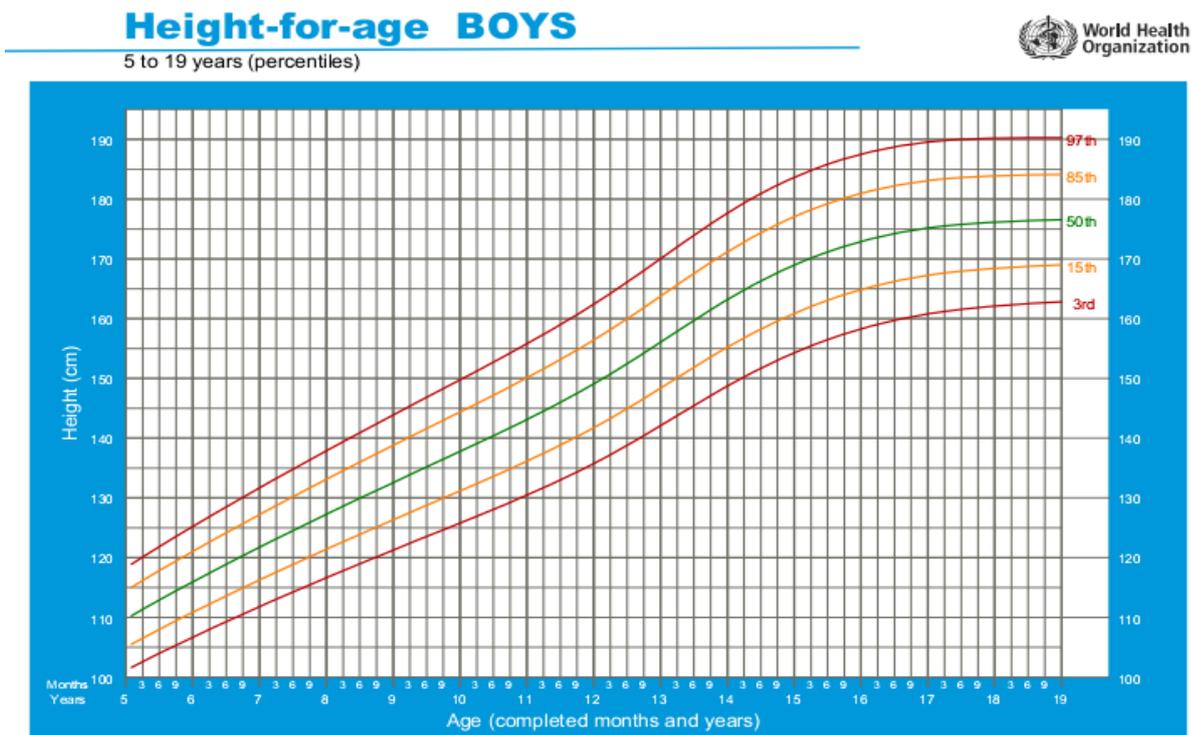
Fonte: WHO, 2006.

Figura 07: Curva de crescimento de estatura para idade de meninas de 5 a 19 anos:



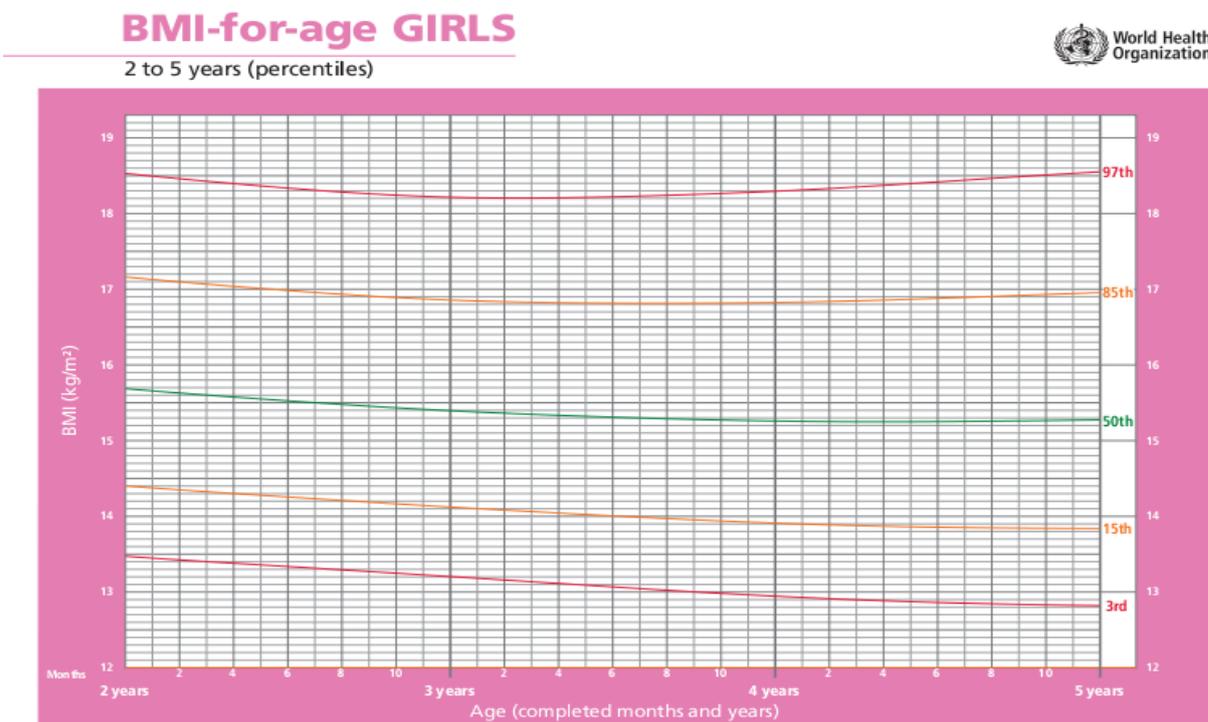
Fonte: WHO, 2006.

Figura 08: Curva de crescimento de estatura para idade de meninos de 5 a 19 anos:



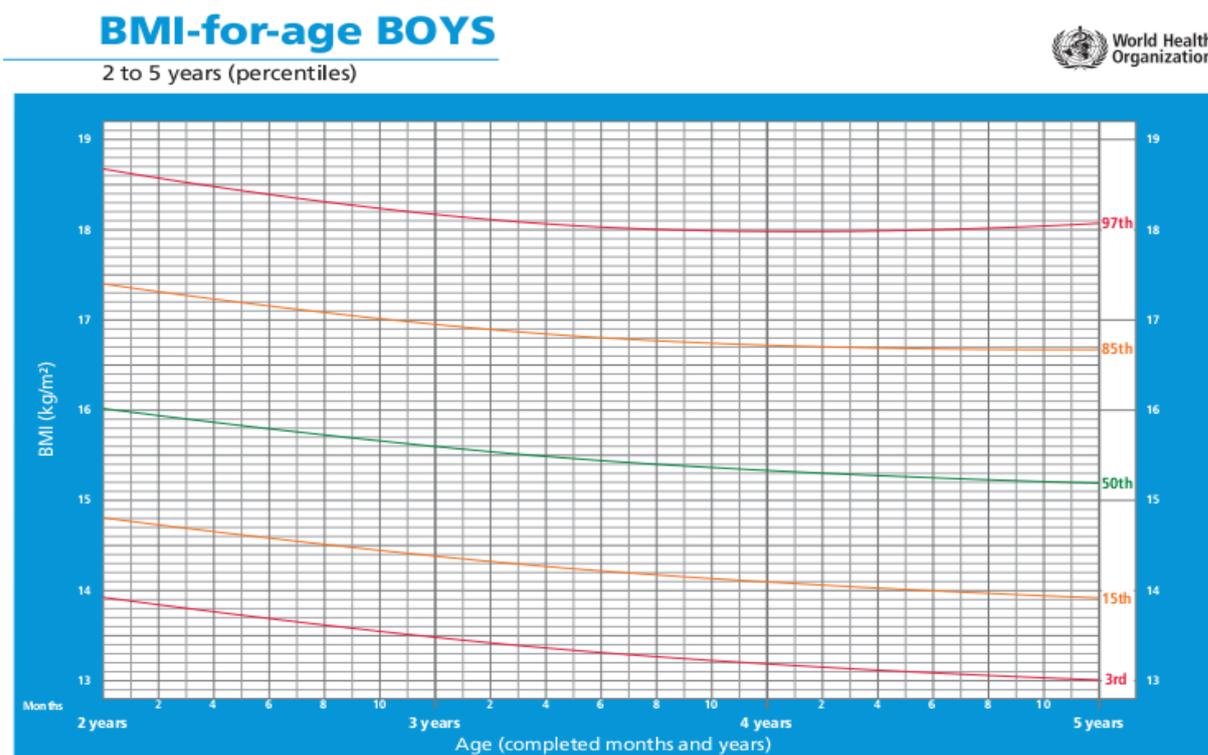
Fonte: WHO, 2006.

Figura 09: Curva de crescimento de IMC para idade de meninas de 2 a 5 anos:



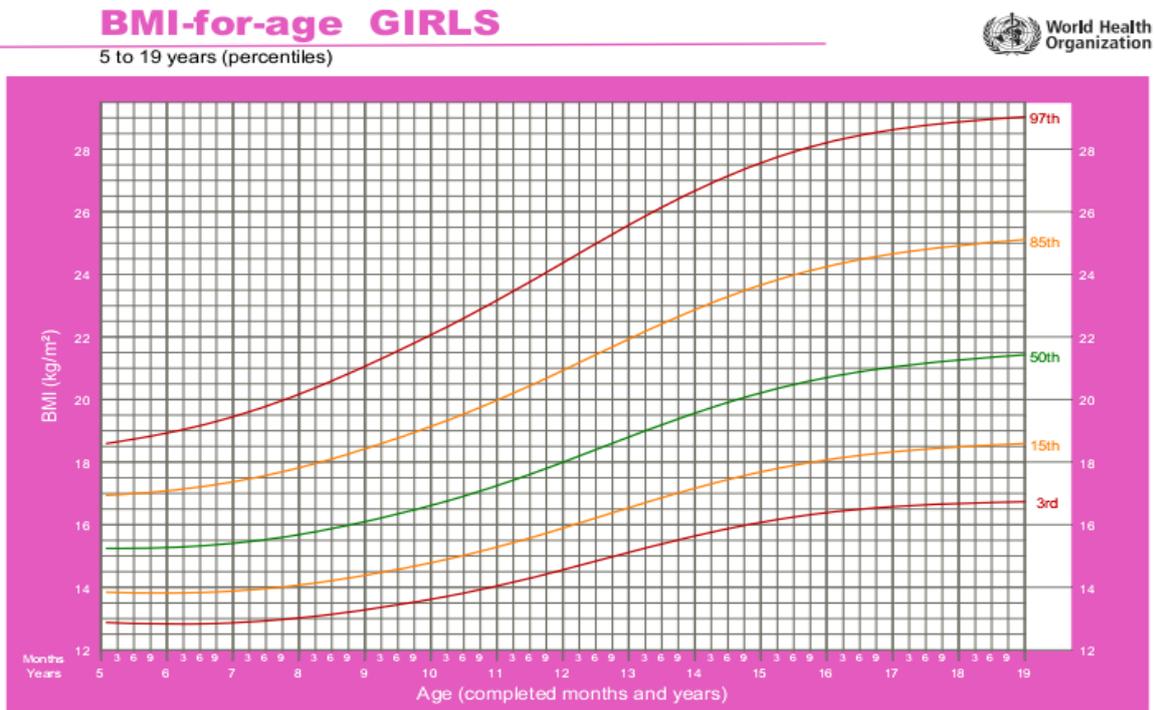
Fonte: WHO, 2006.

Figura 10: Curva de crescimento de IMC para idade de meninos de 2 a 5 anos:



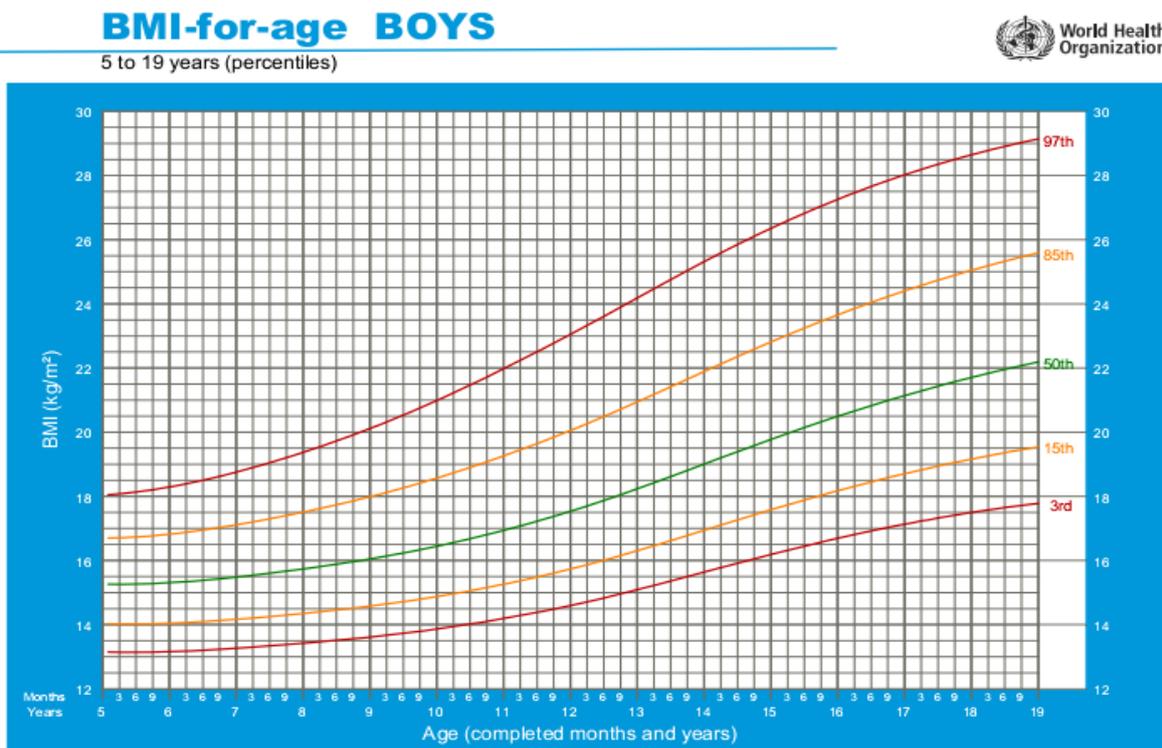
Fonte: WHO, 2006.

Figura 10: Curva de crescimento de IMC para idade de meninas de 5 a 19 anos:



Fonte: WHO, 2006.

Figura 10: Curva de crescimento de IMC para idade de meninos de 5 a 19 anos:



Fonte: WHO, 2006.

