



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS REALEZA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO – BACHARELADO

FLÁVIA PAVANELO

**ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO SUDOESTE DO
PARANÁ.**

REALEZA

2018

FLÁVIA PAVANELO

**ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO SUDOESTE DO
PARANÁ.**

Trabalho apresentado ao Curso de Nutrição da
Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Realeza
como requisito para obtenção de nota parcial no
componente curricular de Trabalho de Conclusão de Curso
III.

Orientadora: Dra. Rozane Aparecida Toso Bleil

REALEZA

2018

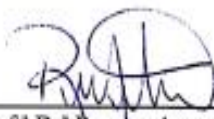
FLÁVIA PAVANELO

**ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NO
SUDOESTE DO PARANÁ.**

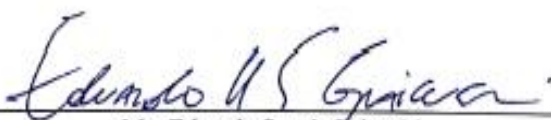
Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado
como requisito para obtenção do grau de Bacharelado em
Nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 05/12/2018

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Rozane Aparecida Toso Bleil
Orientadora



Me. Eduardo Szpak Gaievski
Coorientador



Prof.ª Me. Eliani Frizon
Membro titular

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MATERIAIS E MÉTODOS	9
3 RESULTADOS.....	10
4 DISCUSSÃO	16
5 CONCLUSÃO.....	22
6 REFÊNCIAS	23

**ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NO
SUDOESTE DO PARANÁ.**

Rozane Toso Bleil. Professora do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Realeza, PR. Av. Edmundo Gaievski, 1000, Realeza, PR. Cep: 85770.000. Bloco B Sala: 206. E-mail: rozanetb@uffs.edu.br Tel: (45) 99941-6397.

Flávia Pavanelo. Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Av. Bruno Zuttion 3267, Realeza, PR. Cep: 85770.000. E-mail: flaviapava23@gmail.com. Tel: (46) 99970-3262.

ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NO SUDOESTE DO PARANÁ.

RESUMO:

Até aos seis meses de idade o leite materno é o alimento mais completo para os bebês. Após este período, se faz necessário a introdução de alimentos complementares que devem ser seguros e adequados nutricionalmente, sempre em conjunto com o leite materno que deve ser mantido em livre demanda até os dois anos de idade ou mais. Este estudo teve como objetivo avaliar as práticas do Aleitamento Materno e da Introdução Alimentar pelas mães de crianças de seis meses a dois anos de idade, usuárias de uma Unidade Básica de Saúde no município de Santa Izabel do Oeste-PR. Participaram deste estudo 49 mães, que responderam um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre o tema proposto. Os resultados demonstraram que a média de idade das crianças estudadas foi de 14 meses. A média de aleitamento materno exclusivo foi de 4,1 meses e de aleitamento materno foi de 7,7 meses. Do total, 55% das crianças estudadas iniciaram a introdução alimentar depois do sexto mês de vida e na sua maioria (75,5%) recebiam estes alimentos amassados com garfo ou amassador. Foram encontrados baixos índices de aleitamento materno de modo geral, havendo a necessidade de estudos e incentivos efetivos por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito a informações e conhecimentos acerca da importância da amamentação para as mães ainda na gestação.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno, Introdução Alimentar, Crianças, Mães

BREASTFEEDING AND FOOD INTRODUCTION OF CHILDREN SERVED IN A BASIC HEALTH UNIT OF SOUTHWEST OF PARANÁ.

ABSTRACT:

Breast milk is the most complete food for infants until to six months of age. After this period, it is necessary to introduce complementary foods that must be safe and nutritionally adequate, always together with the breast milk that must be kept on demand until the age of two years or more. The purpose of this study was to evaluate the practices of Breastfeeding and Feeding Introduction by mothers of six-month-olds the two-year-olds using a Basic Health Unit in the municipality of Santa Izabel do Oeste. Forty-nine mothers participated in this study, who answered a questionnaire with open and closed questions about the proposed theme. The results showed that the mean age of the children studied was 14 months. The mean of exclusive breastfeeding was 4.1 months and breast-

feeding was 7.7 months. Of the total, 55% of the children studied began food introduction after the sixth months of life and the majority (75.5%) received these foods crumpled with a fork or kneader. Low rates of breastfeeding were found in general, and there is a need for effective studies and incentives by health professionals regarding information and knowledge about the importance of breastfeeding for mothers still in their gestation.

KEYWORDS: Breastfeeding, Food Introduction, Children, Mothers.

1. Introdução

Nos primeiros anos de vida, uma criança necessita de cuidados especiais devido a sua total dependência e vulnerabilidade. Dentre todos os cuidados voltados a ela, a nutrição tem papel importante para o crescimento e desenvolvimento saudável (EUCLYDES, 2000). Para bebês, existem requisitos ainda mais importantes, já que, nesse período há um extenso crescimento e desenvolvimento, tanto físico como psicológico (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (2018) preconiza que até o sexto mês de vida o bebê receba apenas o leite materno por se tratar do alimento mais completo para os bebês, pois sua composição fornece aos lactentes nutrientes adequados, tanto na quantidade como qualidade, com proteção contra infecções do trato gastrointestinal e respiratório e contra o aparecimento de morbidades (BRASIL, 2002). Segundo Parizotto e Zorzi (2008), o leite materno contém vitaminas e água suficientes, proteínas e minerais em quantidades adequadas e de fácil digestão, quanto aos lipídios, é adequado em ácidos graxos essenciais e possui lipase para digestão, e o ferro, apesar da pouca quantidade, apresenta ótima absorção além de propriedades anti-infecciosas e fatores de crescimento. Por sua vez, o leite animal contém proteínas e minerais em excesso e de difícil digestão, ausência de propriedades anti-infecciosas e fatores de crescimento, água insuficiente, deficiência em vitaminas A e C, quanto aos lipídios, é deficiente em ácidos graxos essenciais e não apresenta lipase e o ferro em pouca quantidade e má absorção. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno é classificado, conforme descrito abaixo: (BRASIL, 2009, p. 12):

- 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.

O aleitamento materno é uma prática muito antiga que apresenta aspectos nutricionais, imunológicos, econômicos, sociais e cognitivos positivos (CHAVES et al., 2010). No sentido afetivo REGO, (2008) afirma que amamentar vai além de um processo de alimentação, é mais que passar o leite de um corpo para outro. É um processo muito rico de envolvimento entre dois seres onde um é o alimento e o outro é o alimentado, gerando interações auxiliadoras da formação e fortalecimento do vínculo mãe e filho. Entre os aspectos sociais envolvidos, vale destacar as crenças e tabus que envolvem este processo como por exemplo, mamas pequenas, leite fraco ou insuficiente, entre outros. Essa cultura milenar que passa de geração em geração, auxilia no fracasso da amamentação resultando em desmame e introdução alimentar precoce que muitas vezes são desnecessárias e podem comprometer a saúde e desenvolvimento dos bebês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Após esse período há a necessidade de introduzir outras fontes alimentares, complementando o leite humano a fim de aumentar a energia e o aporte de micronutrientes. A eficiência nutricional do leite materno se limita com o crescimento da criança (SILVA et al., 2010). Devido a isso, se faz necessário a introdução de alimentos complementares que devem ser seguros e adequados nutricionalmente, sempre em conjunto com o leite materno que deve ser mantido em livre demanda até os dois anos de idade ou mais (SILVA; MURA, 2007). Define-se por alimento complementar, todo o alimento diferente do leite humano oferecido ao bebê durante o período da amamentação que seja nutritivo, líquido ou sólido (GIUGLIANI; VICTORA 2000).

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), a introdução alimentar deve ser iniciada aos seis meses de vida, idade onde o bebê já apresenta desenvolvimento na mastigação, deglutição, digestão e excreção o que possibilita então a inserção de outros alimentos diferentes do leite humano. Ainda, é por volta dos seis meses que o bebê desenvolve uma postura mais firme ficando quase sentado, posição esta que facilita a oferta de alimentos (SEGALL-CORRÊA et al, 2013).

A introdução dos alimentos complementares precisa ser iniciada no tempo adequado, pois tanto precoce como tardiamente pode expor a criança a riscos, como diarreia, desnutrição e infecções, além de prejudicar o crescimento e desenvolvimento adequados, tanto físico como cognitivo. Ainda, os alimentos ofertados devem ser de alta qualidade nutricional e higiênica. A introdução alimentar representa um processo muito importante e crítico, pois a criança começa a adquirir seus hábitos alimentares, podendo acarretar consequências quando feita de maneira não adequada, resultando em sérios problemas nutricionais além de outras doenças, sendo um englobamento de fatores biológicos, culturais, econômicos e sociais (SILVA et al., 2010). Desse modo, é extremamente importante que as famílias recebam orientações corretas para ofertar os alimentos complementares no momento adequado, de maneira a incentivar a formação de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2010).

Diante da importância do aleitamento materno e da introdução alimentar, bem como suas consequências, considera-se de extrema importância conhecer e analisar esse processo, levantando dados para que possa conhecer o perfil da alimentação das crianças nos primeiros 24 meses de vida. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar as práticas do Aleitamento Materno e da alimentação complementar em crianças de seis meses a dois anos de idade usuárias de uma Unidade Básica de Saúde no município de Santa Izabel do Oeste-PR, visando caracterizar o perfil das mães e das crianças atendidas pela UBS, verificar o tempo e práticas do aleitamento materno e da introdução alimentar. Também pretende-se conhecer o consumo alimentar atual das crianças.

2. Materiais e Métodos

O presente trabalho se trata de uma pesquisa quantitativa, de caráter transversal, tendo como população, mães e crianças (estas últimas com idade entre 06 e 24 meses), usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS) Central do município. A UBS Central é o único local de atendimento que possui pediatria e atende todas as crianças do município tanto urbanas como rurais. Para tanto, as mães das crianças foram entrevistadas, a fim de obter as informações necessárias.

Inicialmente foi realizado um levantamento junto a chefia de Enfermagem do local e ao sistema da UBS que é o SIGSS (Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde), da média de crianças de 06 a 24 meses de idade que passam por atendimento na pediatria durante um mês. Como resultado, encontrou-se um número de 22 crianças que se encaixavam no perfil estudado. Sendo assim, como a coleta ocorreu em um período de dois meses, a amostra prevista foi de 44 crianças.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, com auxílio de questionário, elaborado pela pesquisadora, com base em outros documentos semelhantes. O questionário foi composto de 3 partes: a primeira para identificação da mãe e da criança, a segunda

por questões voltadas para o reconhecimento do tempo e da prática do aleitamento materno e a terceira parte do questionário foi constituída de perguntas objetivas sobre a frequência do consumo alimentar das crianças. Nesta parte, para fins de análise, na questão relacionada as guloseimas, foram investigados sorvete, bala, chocolate, salgadinho e biscoito recheado. Na questão envolvendo o consumo de produtos fontes de fibras, foram incluídos pão, macarrão e biscoitos. O questionário de frequência de consumo de alimentos contou com 4 escalas de frequência: todos os dias; de uma a três vezes na semana; de uma a três vezes no mês e não consome. O mesmo foi aplicado pela pesquisadora no momento de espera para a consulta com a pediatra, em um local reservado, no período de 05 de março a 27 de abril de 2018, sempre no período matutino.

Os dados foram tabulados em uma planilha de Excel e a análise dos resultados foram apresentados na forma de tabelas, por meio de análise descritiva simples com médias e percentuais. Para tanto, utilizou-se o software PSPP (0.10.2; 2016)

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob número CAAE 80758517.6.0000.5564

3. Resultados

Foram entrevistadas 49 mães de crianças, durante o período de 2 meses, entre março e abril de 2018.

A fim de conhecer o perfil das mães entrevistadas, a tabela 1 apresenta a caracterização das mesmas em relação à escolaridade, número de filhos, estado civil e tipo de parto.

Tabela 1. Perfil das mães de crianças atendidas em uma Unidade Básica de Saúde em um município do Sudoeste do Paraná, 2018.

Variáveis	N	%
Escolaridade:		
Até ensino médio completo	25	51
Até ensino fundamental completo	18	37
Ensino Superior completo	05	10
Analfabeta	01	2
Total	49	100
Número de filhos:		
1 filho	22	45
2 filhos	21	43
3 filhos	04	8
Mais que 3 filhos	02	4
Total	49	100
Estado civil:		
Casada	23	47
Amasiada	17	35
Solteira	9	18
Total	49	100
Tipo de parto:		
Cesárea	41	84
Normal	8	16
Total	49	100

Fonte: a autora, 2018.

A idade média do grupo de mães foi de 27,8 anos (DP=5,88 anos) com idade mínima de 14

anos e máxima de 44 anos. A maioria das mães das crianças (51%; n=25) estudou até o ensino médio completo, sendo que apenas 1 (2%) das entrevistadas declarou-se analfabeta.

Em relação ao número de filhos, 88% das mães entrevistadas tinham entre 1 e 2 filhos. Do total, 82% (n=40) eram casadas ou amasiadas e apenas 9 (18%) eram solteiras.

Em relação ao tipo de parto, as mães que tiveram filho (os) por meio de cesárea foram a maioria, atingindo 84% (n=41).

A tabela 2 revela o perfil das crianças avaliadas pelo estudo em relação a sexo e local de permanência da criança. A média de idade foi de 14 meses de vida, com predomínio de meninas (55%; n=27).

Tabela 2. Perfil de crianças de 06 a 24 meses de idade atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de um município do Sudoeste do Paraná, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo:		
Feminino	27	55
Masculino	22	45
Total	49	100
Local de permanência da criança:		
Dia todo na creche	21	43
Dia todo em casa	25	51
Na creche somente na parte da manhã	2	4
Na creche somente na parte da tarde	1	2
Total	49	100

Fonte: a autora, 2018.

A partir dos dados descritos na tabela 2, destaca-se que 51% (n=25) das crianças permanecem em casa com a família durante o dia.

Procurou-se identificar o tempo de amamentação exclusiva e de amamentação complementada, além do tipo de leite que as crianças ingeriam no momento da entrevista, bem como os produtos que são adicionados na mamadeira e o percentual de crianças que ainda estão

recebendo leite materno (tabela 3).

Tabela 3. Consumo atual de leite e produtos adicionados na mamadeira de crianças de 06 a 24 meses de idade atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de um município do Sudoeste do Paraná. Realeza, 2018.

Variáveis	n	%
Tipo de leite consumido atualmente:		
Leite de vaca	27	55
Somente leite materno	14	29
Aleitamento misto	4	8
Fórmula láctea	4	8
Total	49	100
Produtos adicionados na mamadeira:		
Leite puro	25	51
Só leite materno	14	28,5
Chocolate em pó	9	18,3
Mucilon	1	2,2
Total	49	100

Fonte: a autora, 2018.

Observa-se que a maioria das crianças é alimentada com leite de vaca alcançando um percentual de 55% (n= 27). Por outro lado, 14 (29%) ainda recebem leite materno

Em relação aos produtos adicionados na mamadeira, um número significativo de crianças (51%; n=25) tomam somente leite, sem adição de nenhum tipo de complemento e para 20,5% (n=10) das crianças são acrescentados outros produtos (chocolate em pó ou mucilon) ao leite.

Outro resultado importante é que para mais da metade das crianças (55%; n=27) a introdução da alimentação complementar se deu após o sexto mês de vida.

Os resultados ainda em relação às práticas de introdução alimentar mostram que a maioria, ou seja, 75,5% (n=37) delas recebiam alimentação amassada com garfo ou amassador e 9 (18,4%) delas se alimentavam com alimentos liquidificados.

Quando investigado o tempo de aleitamento materno exclusivo e o período do aleitamento materno, encontrou-se como média de aleitamento materno exclusivo 4,1 meses, ou seja, as crianças estudadas por esta pesquisa mamaram exclusivamente leite materno, sem introdução de chás, água ou outros alimentos, por aproximadamente 4 meses. Já a média de aleitamento materno ficou

em 7,7 meses.

A tabela 4 apresenta a frequência de consumo atual das crianças em relação a produtos saudáveis e não saudáveis.

Tabela 4. Frequência de consumo alimentar atual de crianças de 06 a 24 meses de idade atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de um Município do Sudoeste do Paraná. 2018.

Variáveis	n	%
Consumo de refrigerantes:		
Não consome	28	57
De 1 a 3 vezes no mês	17	35
De 1 a 3 vezes na semana	4	8
Todos os dias	0	0
Total	49	100
Consumo de guloseimas:		
De 1 a 3 vezes no mês	19	39
Não consome	18	37
De 1 a 3 vezes na semana	11	22
Todos os dias	1	2
Total	49	100
Consumo de alimentos fontes de fibras:		
Não consome	25	51
De 1 a 3 vezes na semana	16	33
De 1 a 3 vezes no mês	6	12
Todos os dias	2	4
Total	49	100
Consumo de Frutas:		
Todos os dias	40	82
De 1 a 3 vezes na semana	9	18
De 1 ^a 3 vezes no mês	0	0
Não consome	0	0
Total	49	100
Consumo de legumes:		
Todos os dias	37	76
De 1 a 3 vezes na semana	8	16
De 1 a 3 vezes no mês	2	4
Não consome	2	4
Total	49	100

Fonte: a autora, 2018.

Em relação ao consumo de refrigerantes, a tabela 4, mostra que 28 crianças, ou seja, 57% não consumiam este produto e 17 delas (35%) ingeriam de 1 a 3 vezes no mês.

No que diz respeito as guloseimas, apenas 1 criança (2%) das 49 entrevistadas, ingeria todos

os dias e 39% (n=19) costumavam consumir de 1 a 3 vezes no mês.

A maioria das mães relatou que seus filhos nunca consumiam alimentos integrais (51%; n=25). Por outro lado, cabe destacar que 82% das (n=40) crianças consumiam frutas todos os dias e 76% (n=37) consumiam legumes diariamente.

É importante ressaltar uma limitação do estudo, em que não foi possível identificar as frutas mais consumidas e nem quantificar as crianças que ingerem frutas mais de uma vez no dia. Por fim, 48 mães (98%) disseram que consideram a alimentação do seu (sua) filho (a) adequado (a) para a idade.

Das 49 mães entrevistadas apenas 13, ou seja, 27% fizeram acompanhamento nutricional durante a gestação, sendo que, todas as que responderam sim, relataram que só iam até o profissional nutricionista devido ao encaminhamento do médico obstetra da Unidade Básica de Saúde, quando as mesmas apresentavam ao longo da gravidez, problemas relacionados a excesso de peso ou obesidade, pressão alta, diabetes, entre outros.

Em relação às orientações recebidas sobre a amamentação durante a gestação, 53 % (n=26) das mães afirmaram terem sido repassadas pelas enfermeiras, salientando-se aqui, que as 26 mães participavam de reuniões com grupos de gestantes que acontecem na Unidade Básica de Saúde pelo menos uma vez por mês. Tais reuniões tratam de assuntos bastante variados, nas quais as gestantes recebem conhecimento e podem tirar possíveis dúvidas acerca da maternidade.

É importante relatar que 35% das mães entrevistadas (n=17) não receberam de nenhum profissional de saúde, qualquer tipo de orientação relacionada a amamentação já que, estas revelaram nunca ter participado das reuniões dos grupos de gestantes. Ainda, 3 delas (6, %) receberam as orientações do profissional Nutricionista durante o acompanhamento na gestação e outras 3 (6, %), tiveram algum tipo de orientação sobre o aleitamento materno vindas do médico obstetra.

Vale ressaltar também que das 26 mães que receberam orientações transmitidas pelas enfermeiras, 15 (57,7%) amamentaram exclusivamente seus filhos com leite materno de 5 a 6 meses.

Um fato bastante importante é que apenas 3 mães (6%) relataram ter recebido orientação do médico obstetra em relação a amamentação.

Quando questionadas sobre o motivo que as fez interromper a amamentação, 57% (n=28) das mães achava o leite insuficiente.

Ainda relacionado a este processo, 47 % (n=23) sofreram fissuras nos mamilos e 43% das mulheres (n=21) declararam não ter apresentado nenhum tipo de problema relacionado com a amamentação. É possível aqui, analisar que os problemas durante a amamentação não foram determinantes para a interrupção do processo, pois a grande maioria das mulheres que não

amamentavam mais, disseram que achavam o seu leite insuficiente, para alimentar as crianças sendo este o maior motivo do desmame, sem mencionar os problemas fisiológicos apresentados por elas.

Com relação aos problemas durante a amamentação e o tempo de amamentação exclusiva, das 23 mães que responderam que tiveram fissuras (gretas) nos mamilos a maioria, ou seja 56,5% (n=13) amamentou de 5 a 6 meses. Já as mães que relataram sofrer de ingurgitamento mamário (mamas muito “inchadas, duras, tensas, dor, febre e o leite não saía) que somaram 75% (n=4, 3) amamentaram de 5 a 6 meses. Apenas 1 das mães relatou ter apresentado mastite como intercorrência da amamentação, sendo que esta amamentou seu filho de 5 a 6 meses.

Por fim, as mães que revelaram nunca ter sofrido com nenhum destes problemas citados anteriormente (21 mães), 10 delas representando 47,6% amamentaram seus filhos somente com leite do peito de 5 a 6 meses de vida. Resultados estes que não demonstram relações entre os problemas apresentadas durante a lactação e o desmame, pois independentemente de as mães possuírem vários problemas de amamentação muitas delas seguiram amamentando até os seis meses de vida do bebê.

4. Discussão

Ao investigar a escolaridade das mães visualizou-se que cerca de metade delas estudaram até o ensino médio completo. Andreto et al. (2012), consideram que o nível de escolaridade retrata a situação socioeconômica, e discorrem que as famílias com baixo poder aquisitivo teriam também menos acesso aos alimentos em questões quantitativas ou qualitativas, e em contrapartida consomem alimentos mais calóricos, por serem mais baratos.

Em relação ao estado civil, o presente estudo demonstrou que a maioria das mães eram casadas ou estavam em união estável. A estabilidade conjugal dos pais é apontada pela World Health Organisation (WHO, 2009) como uma influência positiva para a prática do aleitamento materno exclusivo. Ainda, Lima e Sampaio (2004) apresentam o fato de a mãe ser solteira como um aspecto importante a ser considerado, pois, além da desvantagem psicológica, a ausência do pai, várias vezes, traz menor estabilidade econômica para a família, levando a mãe a ter que voltar mais cedo ao trabalho, para garantir a renda a família, resultando no desmame precoce.

Ressalta-se que neste estudo o número de partos cesarianos foi muito superior em relação ao parto normal. O fenômeno do aumento das taxas de cesarianas é registrado na maioria dos países do mundo. Observa-se nas últimas três décadas uma taxa crescente de cesarianas no Brasil, segundo dados publicados pelo Ministério da Saúde, o percentual de partos cesáreos é de 40% na rede pública, chegando a 84% na rede privada, com ou sem indicação médica (HOGAN *et al.*, 2010).

Cerca da metade das crianças estudadas por esta pesquisa permanecem em casa com a

família durante o dia. De acordo com ROSSI *et al.*(2012), a família é importantíssima na formação dos hábitos alimentares saudáveis na infância, visto que a modificação de um hábito alimentar durante a fase adulta apresenta, de forma geral, alta taxa de insucesso. Em contrapartida, o mesmo autor, salienta que crianças menores de cinco anos que não frequentam as escolas tem maior chance de terem alimentação inadequada pela grande disponibilidade de carboidratos simples e produtos industrializados aliados a baixa ingestão de frutas, verduras e legumes.

Evidenciou-se que 55% das crianças estudadas consomem de leite de vaca. Diante disso, Morro (2011) igualmente encontrou um percentual semelhante ao presente estudo, sendo este um fato preocupante, pois esse alimento possui quantidades insuficientes de vitaminas e nutrientes necessários ao desenvolvimento das crianças. Além disso, seu uso precoce, ou seja, antes do primeiro ano de vida pode ocasionar hipersensibilidade às proteínas do leite de vaca, predispondo essas crianças ao surgimento de doenças alérgicas, pequenas hemorragias na mucosa intestinal e ao diabetes mellitus tipo 1 (PEREIRA; ALFENAS; ARAUJO, 2014).

Em relação a introdução alimentar, mais da metade das crianças receberam a alimentação complementar depois do sexto mês de vida. Este resultado é contrário ao estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2014) e Souza *et al.*, (2014), os quais analisaram o tempo do início da alimentação complementar e observaram que das crianças acompanhadas, cerca de 56,3% e 52,4% respectivamente, tiveram uma iniciação de forma precoce, a partir dos 4 meses. Os alimentos introduzidos na alimentação eram chás, água ou outro tipo de leite associado ao leite materno, tendo ênfase no leite de vaca integral. Tais estudos também corroboramos o estudo de Alvisi *et al.*, (2015), que no acompanhamento das crianças estudadas, identificou que 90% dos bebês tiveram a introdução de algum tipo de alimento sólido na alimentação antes do 6º mês de vida. A OMS preconiza que a alimentação complementar deva iniciar aos seis meses com pequenas quantidades de alimentos e aumente gradativamente, à medida que a criança cresce (MONTE; GIUGLIANI, 2009). Tal orientação se deve ao fato de que nessa fase, o leite materno já não supre as demandas nutricionais e a alimentação complementar é essencial para o aporte de energia e micronutrientes como ferro, zinco, fósforo, magnésio, cálcio e vitamina B6 (BRASIL, 2015).

Já em relação à consistência com que os alimentos eram ofertados, a grande maioria recebia os alimentos amassados com garfo ou amassador e apenas 18,4% liquidificados. Nota-se que neste aspecto, a prática de amassar com garfo ou amassador está de acordo com a literatura, a qual orienta que a consistência e os métodos utilizados para o início da alimentação, devem ser adaptados às necessidades e habilidades da criança. (WHO, 2012; FOOT; MARIOTTI, 2010).

De acordo com o novo Guia alimentar pra crianças menores de 2 anos que esta a ser efetivado, a criança deve receber alimentos com consistência espessa desde o início da introdução alimentar, pois ajuda no desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça, colaborando para

mastigação e respiração adequadas. Sem isso, mais tarde, quando alimentos forem ofertados em pedaços maiores, a criança não saberá mastigar direito e poderá ter dificuldade em aceitá-los ou engasgar e ter ânsia de vômito. Por esses motivos, a criança deverá receber a comida amassada com garfo. À medida que for crescendo, deve consumir alimentos picados em pedaços pequenos e, depois, maiores. Também podem ser oferecidos alimentos macios em pedaços grandes, para que a criança pegue com a mão e leve à boca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A média de aleitamento materno exclusivo de aproximadamente 4 meses confirma as várias pesquisas realizadas no Brasil que demonstraram um aumento no tempo de aleitamento materno exclusivo, de 35,6% em crianças menores de quatro meses em 1999, para 41% em menores de 6 meses, na pesquisa de 2008 (VENANCIO et al., 2010). Em um estudo semelhante feito em Londrina, observou-se o aumento dos índices de AME em menores de seis meses de 21%, em 2002 para 33,8%, em 2008. Quando se observa o AME em menores de quatro meses, o aumento foi ainda mais expressivo, de 29,3% para 54,8% (VANNUCHI, 2009).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 avaliou as tendências de amamentação no país e identificou a prevalência de 13,2% de Aleitamento Materno Predominante (AMP) em crianças com menos de seis meses (BRASIL, 2009). Resultados similares também foram obtidos em um estudo no Estado do Paraná, em que a prevalência de AMP nessa faixa etária foi de 11,1% (SALDAN *et al.*, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Também Silveira (2012) aponta algumas consequências do desmame precoce como a morte por diarreia, infecções respiratórias agudas e outras doenças infecciosas, como sendo 20 vezes maiores em crianças desmamadas precocemente.

Já a média de aleitamento materno ficou inferior à encontrada na PNDS/2006 que era de 14,0 meses mostrando uma queda no tempo de amamentação em comparação com a média nacional (BRASIL, 2009).

O quadro 1 mostra em percentuais a prevalência do aleitamento materno no Brasil considerando várias épocas.

Quadro 1. Prevalência de aleitamento materno no Brasil, por inquérito nacional, entre 1986 e 2013.

Ano	1986 a	1996 b	2006 c	2013 d
Característica	Prevalência (IC95%) h	Prevalência (IC95%) h	Prevalência (IC95%) e	Prevalência (IC95%) e
AME<4 m e	4,7	29,2	45,0	--
AME < 6 m f	2,9	23,9	37,1	36,6
AM g	37,4	44,8	56,3	52,1
AM 1 ano h	22,7	37,5	47,2	45,4
AM 2 anos i	24,5	24,7	23,3	31,8

Fonte: BOCCOLINI *et al*, 2017, página 05.

a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar de 1986.

b Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996.

c Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006.

d Pesquisa Nacional de Saúde de 2013.

e AME<4m: prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de 4 meses de idade.

f AME<6m: prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de 6 meses de idade.

g AM: prevalência de aleitamento materno entre crianças menores de 24 meses de idade.

h AM1ano: prevalência de aleitamento materno entre crianças com 12 a 14 meses de idade.

i AM2anos: prevalência de aleitamento materno entre crianças com 21 a 23 meses de idade.

Em relação aos indicadores acima, a prevalência do AME entre os menores de seis meses aumentou 34,2 pontos percentuais entre 1986 e 2006, indo de 2,9% para 37,1%, com ganhos estatisticamente significativos em cada década até 2006 e estabilização em 2013. Padrão semelhante foi observado com a prevalência de AM, que aumentou de forma estatisticamente significativa 18,9 pontos percentuais entre 1986 e 2006, alcançando prevalência de 56,3% em 2006. Porém, em 2013 houve discreta diminuição do AM (52,1%). A prevalência de AM no primeiro ano de vida (AM1ano) subiu de 22,7% em 1986 para 45,4% em 2013, equivalente a um aumento total de 22,7 pontos percentuais no período, estabilizando-se entre 2006 e 2013. A evolução da prevalência de AM aos dois anos de idade (AM2anos) diferiu dos outros indicadores, com prevalência relativa-

mente estável em torno de 25% entre 1986 e 2006, e aumento subsequente e estatisticamente significativo de 8,5 pontos percentuais, chegando a 31,8% em 2013 (BOCCOLINI et al., 2017).

A baixa frequência de consumo de refrigerantes encontrado nesta pesquisa mostra-se como ponto positivo em relação ao hábito alimentar das crianças estudadas.

Na pesquisa de Levy-Costa et al., (2010) os mesmos observaram aumento de até 400% no consumo de alimentos industrializados, como refrigerantes, por crianças de até 5 anos nas regiões metropolitanas do Brasil, sendo este um resultado muito preocupante. Já que, de acordo com Lobstein *et al.*, (2015) o consumo de bebidas açucaradas como refrigerantes na primeira infância não é recomendado (e em nem em outras fases da vida), por possuir baixa qualidade nutricional e sobretudo por se tratar de um período de formação de hábitos que podem influenciar padrões alimentares futuros. Pode-se perceber, que as mães estão se preocupando com as ofertas alimentares para seus filhos, indicando um maior conhecimento sobre alimentação por parte das mesmas.

Outro fato a destacar foi o baixo consumo de guloseimas. Em contrapartida, uma pesquisa nacional que investigou crianças nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou resultados diferentes, onde a introdução de bolachas/ salgadinho foi de 71,7% na faixa dos 9 a 12 meses, o que é particularmente preocupante na região Sul, em que o consumo chegou a 57,9% entre participantes de seis e nove meses. Outros autores observaram também um alto consumo de frituras, refrigerantes, doces, guloseimas e sal na infância (MELLO; BARROS; MORAIS, 2016; BRASIL, 2009).

Contudo, foi observado um consumo expressivo de frutas e legumes pelas crianças estudadas. Resultado este que difere do estudo de Jones *et al.* (2010), que notaram baixo consumo de frutas e hortaliças em avaliação de 7.285 crianças, de 1 a 6 anos de idade. Mais uma vez nota-se através destes resultados a preocupação das mães em estarem ofertando alimentos naturais e saudáveis a seus filhos.

As orientações relacionadas à amamentação que a maioria das mães receberam das enfermeiras durante a gestação é de extrema importância e está de acordo com um estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul por Cruz et al., (2010) evidenciando, de modo geral, que a maioria das mães (81%) recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal realizado em unidades de saúde da rede básica. Essa proporção foi bem mais elevada que as relatadas no Rio de Janeiro e em Minas Gerais, partindo de estudos de base hospitalar, onde encontraram um percentual de 43% de mães que receberam orientações sobre amamentação (PERREIRA; COLARES; CARMO; SOARES, 2011).

Guise *et al.*, (2013) buscaram avaliar por intermédio de uma revisão sistemática quais intervenções desenvolvidas nos serviços de saúde, aumentavam o início e a duração da amamentação. O estudo apontou os trabalhos educativos desenvolvidos em grupo com gestantes no

pré-natal como a intervenção mais efetiva em aumentar o início e a duração da amamentação até os três meses. Os grupos se caracterizavam por oferecer informações sobre os benefícios do leite materno, orientações práticas no manejo da amamentação como posicionamento e pega correta do bebê na mamada, além de esclarecer dúvidas em amamentação.

A validade de tais orientações é comprovada quando se vê que mais da metade das mães que foram instruídas amamentaram seus filhos exclusivamente entre 5 e 6 meses de vida. Resultado este que reforça ainda mais a importância da participação dos profissionais de saúde no aconselhamento de práticas de amamentação corretas, que resultam em maior tempo de amamentação e evitam a introdução de outros alimentos e/ou líquidos, desnecessários durante este processo (CAMPOS *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2013). Este resultado demonstra a importância da existência de trabalhos relacionados a amamentação com as gestantes para que sejam enfatizados assuntos como a importância do aleitamento materno exclusivo tanto para o bebê como para a mãe, pega correta, posição para amamentar, entre outros.

Notou-se que uma minoria recebeu orientações relacionadas à amamentação do médico obstetra. Este dado mostra que mesmo o médico estando em contato frequente com as gestantes nas consultas do pré-natal, este não parece ser um assunto importante a ser abordado. Osis *et al.* (2004) afirmam que durante o pré-natal, o obstetra poderia ter um papel fundamental na decisão da mãe de amamentar, porque é a ele que a grávida recorre no caso de dúvida. Contudo, a grande maioria relatou que ele na verdade, não as orienta sobre isso durante o pré-natal.

O leite insuficiente foi o maior dos motivos citados pelas mães para abandonarem a amamentação. Este resultado encontrado na pesquisa está concordando com a pesquisa realizada por King (2001), que revelou o “pouco leite” sendo a maior queixa para justificar a complementação precoce e conseqüentemente a interrupção da amamentação. Para Gonçalves (2001) esta crença, muitas vezes, deve-se ao fato de as mães se sentirem inseguras quanto à sua capacidade de produzir leite no volume adequado para a criança.

Vale ressaltar que muitas das mulheres ao responder esta questão referiram crenças e modismos familiares e pessoais presenciados e vividos por elas, como por exemplo, leite fraco, mamas pequenas que não produziam leite suficiente, parto cesariano relacionado com a demora na produção láctea, mamilo invertido e que o bebê não quis “pegar o peito”.

No estudo de Vaucher e Durman (2005) com o objetivo de identificar as crenças familiares de puérperas em relação ao aleitamento materno, uma das principais crenças extraídas dos relatos foi a de que para as nutrizes o seu leite era fraco. Em concordância com Escobar *et al.* (2012), que analisou as principais causas da complementação precoce relatadas pelas mães, observaram que 17,8% delas responderam que era devido ao seu “leite fraco” ou que seu leite “não sustentava” o bebê.

Nakano (2003) e Vaucher e Durman (2005) observaram, através dos relatos das mães participantes, a presença das figuras como “bebê não queria pegar o peito” e “meu bebê não quis sugar o seio”. Já no estudo de Escobar et al. (2012) 22,6% das mães alegaram ter desmamado seu filho precocemente porque seu bebê “largou o peito”. Tais resultados confirmam os encontrados nesta pesquisa.

5. Conclusão

Os dados do presente estudo permitem concluir que a prevalência de aleitamento materno exclusivo nesta população está abaixo do indicado pela OMS, que é de seis meses, porém está bem próximo da média brasileira de AME. Em relação ao aleitamento materno a média de meses do presente estudo também se encontrou abaixo do recomendado pela mesma organização já citada. Pode-se concluir, que as mães recebem pouco incentivo e poucas informações durante a gestação em relação a este processo, já que esta pesquisa revelou que apenas cerca de metade delas participa dos grupos de gestantes, sendo através deste a única fonte de orientações consideráveis.

Este resultado demonstra a necessidade da implementação de estratégias ainda mais efetivas sobre o incentivo relacionado a amamentação fazendo com que a mulher durante a gestação possa ter as informações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, aliados a instruções de pega e posição correta, quebra de tabus que possam existir e mecanismos de fazer com que essas mães sigam amamentando depois da volta ao trabalho e a inserção da criança na creche.

Em relação à introdução alimentar, os resultados demonstraram que a maioria das crianças estudadas iniciou a introdução alimentar no período correto, ou seja, depois do sexto mês de vida. Foi possível visualizar por meio dos relatos das mães que as que iniciaram este processo antes tiveram o incentivo da pediatra da UBS que indica o início da alimentação complementar aos 4 meses de vida, quando o bebê não se alimenta exclusivamente de leite humano. Ainda se notou que a maioria das crianças recebiam os alimentos amassados com garfo ou amassador, o que pode indicar que as mães tinham conhecimento prévio ou a preocupação de que seus filhos tocassem nos alimentos sentissem os cheiros, gostos e texturas, a fim de adquirirem conhecimento auxiliando no desenvolvimento de vários sistemas do organismo.

Por meio das informações sobre a frequência de consumo alimentar das crianças foi possível notar que a maioria delas consome frutas, verduras e legumes todos os dias retratando a consciência de muitas mães sobre os benefícios desses alimentos para a saúde e desenvolvimento de seus filhos. Por outro lado, em menor número algumas já consumiam alimentos não saudáveis como refrigerantes e guloseimas, o que reflete em um possível comprometimento da saúde da criança em curto e longo prazo.

Nota-se a necessidade de estimular atividades de promoção e de melhoria dos serviços materno-infantis para mudar o cenário em questão. Nesse sentido, os profissionais de saúde têm papel importante no aconselhamento das famílias, em especial as mães, para a amamentarem no tempo correto e também sobre a alimentação nos primeiros anos de vida, reforçando a superioridade do leite materno e desencorajando a introdução de outros leites, bem como a inclusão correta da alimentação complementar. Considera-se que estudos posteriores são necessários para abordar as inter-relações entre as variáveis que interferem na prática da alimentação infantil.

6. Referências:

ALVISI, P.; BRUSA, S.; ALBORESI, S.; et al., Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. **Italia J Pediatría**. 2015; 41: 36.

ANDRETO, L.M.; SOUZA, A.I.; FIGUEIROA, J.N., et al. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista de Saúde Pública** 2012;2(11):2401-9.

BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M.; MONTEIRO, F.R., et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev Saude Publica**. 2017;51:108.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: **aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n.º 23. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro brasileiro de análise e planejamento. **PNDS 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 33. Saúde da criança: **Crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: 2002, 152p. Pg. 48.

CAMPOS, F.K.L.; GOMES, R.N.S.; LANDIM, L.A., et al. Prevalence and factors related to the exclusive breastfeeding. **R Interd**. 2015;8(2):109-18.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 3, pag. 241 – 246, 2010.

CRUZ, S. H.; GERMANO, J.A.; TOMASI, E. et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Rev Bras Epidemiol**. V. 13 p. 259-67, 2010.

EUCLYDES, M.P. **Nutrição do lactente – Base científica para uma alimentação adequada**. Ed. Suprema Gráfica, Viçosa. 2000.

ESCOBAR, A.M.U.; OGAWA, A.R.; HIRATSUKA, M., et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras. Saúde. Mater. Infant**. V. 2, p. 253-261, 2012.

FOOT, K.D.; MARRIOTTI, L.D. Weaning of infants. **Arch Dis Child**. 2010; 88:488-92.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio, v. 76, n. Supl. 3, p. 253–262, 2000.

GONÇALVES, A.C. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

GUISE, J.M.; PALDA, V.; WESTHOFF, C., et al. The effectiveness of primary care base interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. **Ann Fam Med** 2013; 1:70-8.

HOGAN, M.C.; FOREMAN, K.J.; NAGHAVI, M. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **Lancet**. 2010.

JONES, L.R.; STEER, C.D.; ROGERS, I.S., et al. Influences on child fruit and vegetable intake: sociodemographic, parental, and child factors in a longitudinal cohort study. **Public Health Nutr**. 2010;13:1122---30.

KING, F.S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

LEVY-COSTA, R.B.; SICHIERI, R.; PONTES, N.S. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 2010; 39:530-40.

LIMA, G.S.P.; SAMPAIO, H.A.C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev Bras Saúde Materna Infantil** 2004; 4(3):253-61.

LOBSTIEN, T.; LEACH, R.; MOODIE, M. L., et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. **Lancet**. 2015; 385(9986):2510-20.

MELLO, C. S.; BARROS, K.V.; MORAIS, M.B. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. 2016;92:451-63.

Ministério da Saúde. **GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS - Versão para consulta pública**. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/12/Guia-Alimentar-Crianca-Versao-Consulta-Publica.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

Ministério da Saúde. **Aleitamento Materno**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, 2009; 80(Supl 5):S131-41.

MORRO, G. M. B.; Inadequação do leite de vaca integral no primeiro ano de vida. **Rev Saúde Criança Adolescente**, Rio Grande do Sul, 2011;3(2):46-9.

NAKANO, M.A.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o

corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cad Saúde Pública** 2003, Rio de Janeiro 19 (Supl.2):355-363.

OLIVEIRA, D.A.; CASTRO, I.R.R.; JAIME, P.C.; Padrões de alimentação complementar no primeiro ano de vida no Município do Rio de Janeiro, Brasil: tendência temporal (1998-2008). **Cad. Saúde Pública**. 2014, Rio de Janeiro. Vol.30, n.8, pp.1755-1764.

OLIVEIRA, M.G.O.A.; LIRA, P.I.C. Factors associated with breastfeeding in two municipalities with low human development index in Northeast Brazil. **Rev Bras Epidemiol**. 2013;16(1):178- 89.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; PÁDUA, K.S., et al. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadora com creche no local de trabalho. **Rev Saúde Pública** 2004;38(2):172-9.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N.T.; Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Revista o Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 32, n. 4, p. 466-474, 2008.

PEREIRA, P. F.; ALFENAS, R.C.; ARAÚJO, R. M. A amamentação influencia o risco de desenvolver diabetes mellitus em crianças? Uma revisão das evidências atuais. **Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro**. 2014;90(1):7-15

PEREIRA, G.S.; COLARES, L.G.T.; CARMO, M.G.T., et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cad Saúde Pública**. 2011;16(2):457-66.

REGO, J. D. O Papel do Pai na Amamentação. In: ISSLER, H. **O Aleitamento Materno no Contexto Atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008. 11-17.

ROSSI, A.; MOREIRA, E.A.; RAUEN, M.S.; Determinants of eating behavior: a review focusing on the family. **Rev Nutr** 2012;21:739-48.

SALDAN, P.C.; VENANCIO, S.I.; SALDIVA, S.R., et al. Breastfeeding practices of children under two years of age based on World Health Organization indicators. **Rev Nutr**. São Paulo, 2015; 28:409-20.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília, 2013.

SILVA, L. M. P.; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 23, n. 6, p. 983-992, nov./dez., 2010.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. T. Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. **1º. Ed. São Paulo: Editora Rocca, 2007.** v. 1, 1122 p.

SOUZA, F.I., et al. Alimentação complementar de lactentes no primeiro ano de vida: ênfase nas papas principais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2014, vol.60, n.3, pp.231-235.

SILVEIRA, F.J.; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2012;22(1):69-77.

VAUCHER, A.L.I.; DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. **Rev Eletrônica de Enfermagem** 2005; 7(2):207- 214.

VANNUCHI, M.T.; THOMSON, Z.; ESCUDER, M.M., et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Rev Bras Saúde Matern Infant.** 2009; 5(2):155-62.

VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.; SALDIVAS, S.R., et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria** Rio Janeiro, 2010; 86(4):317-24.

WORLD Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. **Geneva: WHO; 2009.**

WORLD Health Organization. Complementary feeding. Report of the global consultation: summary of guiding principles. **Geneva: WHO; 2012.**