

PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENÇÃO AO DESNUTRIDO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG

Feeding practices of children assisted by the Service of Attention to the Malnourished Child in Juiz de Fora - MG, Brazil

Virginia Oliveira¹, Annelisa Farah da Silva², Livia Gomes Muratori³,
Luiz Cláudio Ribeiro⁴, Elizabeth Lemos Chicourel⁵

RESUMO

O aleitamento materno é um importante componente da alimentação infantil, sendo capaz de, por si só, nutrir adequadamente as crianças nos seus primeiros seis meses de vida. A partir desse período, deve ser complementado com alimentos adequados a fim de evitar as graves consequências da desnutrição infantil e prevenir possíveis casos de mortalidade e morbidades na infância. Este trabalho visou avaliar os hábitos alimentares de crianças atendidas pelo Serviço de Atenção ao Desnutrido (SAD) do município de Juiz de Fora - MG, identificando os fatores que mais se associam ao déficit nutricional. O estudo foi realizado com 51 crianças com até 30 meses de idade, de ambos os sexos, através da aplicação de um questionário à mãe da criança. Foi encontrado um percentual elevado de crianças nascidas com baixo peso (23,5%) e prematuras (39,2%). Nenhuma se encontrava em aleitamento materno exclusivo (AME) e mais da metade já recebia alimentação artificial. A idade média de inserção no SAD foi de 8,7 meses. A maioria das mães tinha entre 20 e 30 anos (60,8%), possuía baixa escolaridade (72,5%) e trabalhava apenas no lar. Grande parte delas não havia recebido nenhum tipo de informação sobre alimentação complementar, apesar de ter realizado adequadamente o acompanhamento pré-natal. As famílias atendidas pelo SAD possuíam baixa renda e mais de um filho vinculado ao programa. O tempo de AME foi inferior a três meses e a introdução de alimentos complementares foi precoce ou tardia para a maioria das crianças. A análise

ABSTRACT

Breastfeeding is an important component of child feeding which can, singly, nourish children adequately in the first six months of life. From that period onwards, it must be complemented with adequate food in order to avoid the serious consequences of child malnutrition and to prevent childhood morbidity and mortality. This study evaluated the feeding practices of children assisted by the Service of Attention to the Malnourished Child (SAMC) in Juiz de Fora - MG, Brazil, with the aim to identify the factors associated with nutritional deficit. The study, which included 51 children from both sexes, under the age of 30 months, involved the application of a questionnaire to the mothers. We found a high rate of low birthweight (23.5%) and pre-term (39.2%) children. None was exclusively breastfed and more than half had already received formula feeding. The average age of entering the SAMC was 8.7 months. Most mothers were between 20 and 30 years of age (60.8%), had low formal education (72.5%) and worked only at home. Many of them had not received any information about complementary feeding, although they had adequately attended prenatal care. The families served by SAMC had low income and more than one child enrolled in the program. Exclusive breastfeeding lasted for less than three months and the introduction of complementary foods was early or late for most babies. Analysis of the feeding practices

¹ Virginia Oliveira, Farmacêutica. Núcleo de Identificação e Quantificação Analítica (NIQUA) - Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

² Annelisa Farah da Silva, Farmacêutica. Mestre em Ciências Biológicas - Genética e Biotecnologia. Núcleo de Identificação e Quantificação Analítica (NIQUA). Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: nanafarahs@yahoo.com.br

³ Livia Gomes Muratori, Enfermeira, Universidade Federal de Juiz de Fora

⁴ Luiz Cláudio Ribeiro, Doutor em Demografia. Professor associado do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora

⁵ Elizabeth Lemos Chicourel, Doutora em Ciências dos Alimentos. Professora adjunta do Departamento de Alimentos e Toxicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora

das práticas alimentares mostrou certa variedade de alimentos, no entanto, houve elevado consumo de alimentos de baixo valor nutricional e contraindicados para a faixa etária analisada.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Alimentação Complementar; Desnutrição Infantil.

INTRODUÇÃO

A alimentação e a nutrição constituem direitos humanos fundamentais consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde do indivíduo. Uma vez realizadas apropriadamente, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida.^{1,2} Entende-se por alimentação saudável ou alimentação equilibrada o padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos de acordo com as diferentes fases da vida.³

A alimentação da criança, desde o nascimento e nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda sua vida. O leite materno é a mais importante fonte de energia e nutriente para os lactentes e o principal alimento no primeiro ano de vida.⁴ Sua composição compreende baixo teor de proteínas (0,9%) com concentrações de aminoácidos adequadas às necessidades da criança (elevado teor de cisteína e taurina e menor de metionina e fenilalanina). Contém elevado teor de gordura (com predomínio da gordura insaturada); ácidos graxos essenciais e colesterol, os quais são fundamentais para o crescimento cerebral; elevado teor de lactose (7%); relação cálcio-fósforo de 2:1; e grande biodisponibilidade de ferro, zinco e vitaminas, para suprir as necessidades do lactente.⁵ O colostro, secreção espessa do início da lactação, dura em média quatro dias após o parto e possui elevada concentração de imunoglobulinas e de uma série de outros fatores protetores.⁶

Sabe-se que o leite materno é um importante componente da alimentação infantil, capaz de nutrir, por si só, as crianças nos seus primeiros seis meses de vida. Contudo, a partir desse período, deve ser complementado com alimentos adequados nutricionalmente a fim de se prevenir a morbimortalidade na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso.⁷ A alimentação complementar refere-se ao período em que outros alimentos ou líquidos, ricos nutricionalmente, como, por exemplo, cereais e preparações homogeneizadas de frutas, são oferecidos à criança, em adição ao leite materno.

showed a certain variety of foods, however, there was a high consumption of foods with low nutritional value and contraindicated for the age range.

KEY WORDS: Breastfeeding; Supplementary Feeding; Child Nutrition Disorders.

No período em que o aleitamento materno é exclusivo, o recém-nascido se alimenta apenas do leite materno (podendo incluir medicamentos) sem consumir nenhum outro tipo de alimento ou líquido. Quando o aleitamento materno é complementado, a criança se alimenta de outros alimentos sólidos ou semi-sólidos, além do leite materno (não incluindo o leite de vaca - contra indicado no primeiro ano de vida).⁸ Apesar da terminologia ser atualmente pouco utilizada, o aleitamento materno misto (leite materno e leite de vaca na alimentação da criança, podendo ou não estar consumindo outros alimentos) ainda é observado. Finalmente, no aleitamento artificial, a criança não recebe o leite materno (a alimentação é baseada no leite artificial), podendo ou não incluir alimentos sólidos ou semi-sólidos no esquema alimentar.⁹ Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁰, o leite artificial oferecido deve ser modificado, principalmente se utilizado antes dos seis meses, e o leite de vaca é contra indicado antes de um ano. Quando não modificado, deve-se suplementar a alimentação da criança com ferro e vitaminas.

Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 94 países revelou que o AME até os seis meses era realizado por apenas 39% das crianças.¹¹ Foi constatado em 2002 que, no Brasil, aproximadamente 97% das crianças iniciavam a amamentação no seio nas primeiras horas de vida. Entretanto, a introdução de outros alimentos ocorria precocemente, nas primeiras semanas ou meses de vida, com o oferecimento de água, chás, sucos e outros leites.¹² Em estudo realizado em 2009, foi verificada uma prevalência de AME de 41% em menores de seis meses, no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá-MT a 56,1% em Belém-PA.¹³ Os hábitos alimentares inapropriados de crianças menores de dois anos, principalmente entre as populações menos favorecidas, estão diretamente relacionados ao aumento da morbidade, representada por doenças infecciosas, desnutrição e carências específicas de micronutrientes, particularmente de ferro, zinco e vitamina A.^{9,14}

Nos últimos anos, a desnutrição tem sido responsável, direta ou indiretamente, por 60% das 10,9 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos de idade. Aproximadamente dois terços dessas mortes, que frequentemente estão associadas a práticas alimentares inadequadas, ocorrem no primeiro ano de vida.¹⁵ Suas causas são fortemente relacionadas às práticas de cuidados infantis e ao vínculo estabelecido entre mãe e filho.¹⁶ Em muitos casos, a doença não é decorrente da falta de alimentos no domicílio, mas de práticas alimentares incorretas.¹² Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2008, o estado de Minas Gerais ocupou o 13º lugar no ranking dos estados brasileiros segundo a proporção de crianças menores de dois anos desnutridas. Isso revela uma situação pior do que a média nacional, com 3,6% das crianças apresentando desnutrição.¹⁷

Além da introdução precoce ou tardia de alimentos para complementação do leite humano, outros fatores favorecem a desnutrição da criança: falta de aleitamento materno; as necessidades de energia e proteínas relativamente maiores em relação aos demais membros da família; o baixo conteúdo energético dos alimentos complementares utilizados e administrados com frequência insuficiente; a disponibilidade inadequada de alimentos; a recorrência de infecções virais, bacterianas e parasitárias que podem produzir anorexia e reduzir a absorção de nutrientes; as práticas inadequadas de cuidado infantil, tais como administração de alimentos muito diluídos, não higienicamente preparados e conservados de maneira inadequada; e a falta de orientação às mães pelos profissionais de saúde.¹⁸

Neste contexto, faz-se imperiosa a ampliação do conhecimento referente às práticas alimentares infantis, por meio de estudos de levantamentos epidemiológicos regionais. Além disso, a alimentação complementar deve ser particularmente explorada em crianças menores de 30 meses, a fim de identificar seu estado nutricional e evitar as graves consequências da desnutrição infantil por meio de medidas educativas e preventivas de educação alimentar. Diante disso, este trabalho visou caracterizar o perfil das crianças menores de 30 meses atendidas pelo Serviço de Atenção ao Desnutrido (SAD) do município de Juiz de Fora - Minas Gerais, bem como avaliar os seus hábitos alimentares, identificando os fatores que mais contribuem para o déficit nutricional.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, transversal, de natureza quantitativa, com 51 crianças menores de 30 meses, de ambos os sexos, atendidas pelo SAD de Juiz de

Fora - MG. O município de Juiz de Fora está dividido em oito Regiões Administrativas (RA), sendo sete na zona urbana e uma na zona rural. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de cada RA da zona urbana, definidas por sorteio, caracterizando uma amostra por conglomerado em um estágio.

O SAD é um serviço da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora de amparo à criança desnutrida que objetiva tratar e prevenir as patologias associadas à desnutrição, promovendo a recuperação do estado nutricional. Funciona em todas as UBS's da cidade e atende a crianças de 6 meses a 7 anos diagnosticadas desnutridas por meio de medidas antropométricas, as quais farão parte do banco de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Após o diagnóstico do risco nutricional, o SAD busca a causa da desnutrição e realiza exames clínicos e laboratoriais, os quais direcionarão o tratamento. Entre as ações desempenhadas pelo serviço, cabe citar: repasse de leite para família da criança, acompanhamento mensal da criança até que mantenha o peso ideal para a faixa etária por três meses e instrução sobre práticas alimentares adequadas para a família. A equipe é formada por quatro médicas e uma enfermeira, em nível central, e pelo serviço de diagnóstico, que é descentralizado e compete a cada UBS.¹⁹

As informações foram obtidas mediante aplicação de um questionário à mãe da criança, convidada a participar do estudo de maneira espontânea e devidamente esclarecida, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista e a aplicação do questionário foram feitas após o atendimento da criança pela UBS, visando definir o perfil infantil e materno, bem como o comportamento alimentar das crianças atendidas pelo SAD de Juiz de Fora - MG.

As UBSs participantes foram previamente visitadas e os gestores das mesmas autorizaram a realização do estudo em suas dependências por meio do Termo de Concordância e Declaração de Infraestrutura. A pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA) da Prefeitura de Juiz de Fora e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer nº 452/2007 de 18 de dezembro de 2007).

RESULTADOS

Perfil das crianças

Participaram do estudo 51 crianças atendidas pelo SAD das sete UBS de Juiz de Fora sorteadas. Quanto ao gênero,

51% das crianças participantes do estudo eram do sexo feminino. No momento da entrevista, 5,9% delas tinham menos de seis meses, 21,6% estavam na faixa etária de seis a 12 meses e 72,5% estavam com mais de 12 meses.

Em relação ao nascimento, vinte crianças (39,2%) nasceram prematuras. O peso ao nascer, declarado pela mãe, foi inferior a 2.500 gramas para 23,5% das crianças e superior a 2.500 a 3.000 gramas para 41,2% das crianças e superior a 3.000 gramas em 35,3%. Entre as crianças com baixo peso ao nascer, 75% eram prematuras.

Na Tabela 1 estão descritos a média, a mediana, o mínimo, o máximo e o desvio padrão das variáveis idade, idade gestacional, peso ao nascer, idade no momento da inserção no SAD e tempo de inserção no SAD. Um número expressivo de crianças (21) começou a ser atendido pelo serviço precocemente, ou seja, com menos de seis meses de idade, sendo que 11 delas nasceram com baixo peso ou prematuras.

Tabela 1 - Estatística descritiva das variáveis idade, idade gestacional, peso ao nascer, idade no momento da inserção no SAD e tempo de inserção no SAD (Juiz de Fora - MG, 2008).

VARIÁVEIS	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS				
	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Idade (em meses)	16,5	18,8	2,9	24,3	6,3
Idade gestacional (em meses)	8,6	9	6	10	0,8
Peso ao nascer (em gramas)	2729,6	2.800	920	3.790	590,3
Idade no momento da inserção no SAD (em meses)	8,7	7	1	23	5,6
Tempo de inserção no SAD (em meses)	7	6	0	20	5,4

Perfil das mães e famílias

A Tabela 2 apresenta as características das mães das crianças participantes do estudo. A maioria tinha, no momento da entrevista, idade entre 20 e 30 anos (60,8%) e declarou, como grau de escolaridade, apenas o Ensino Fundamental incompleto (72,5%). Apenas 3,9% das mães não realizaram pré-natal quando grávidas das crianças participantes da pesquisa. A renda familiar de 31,4% da população estudada era menor que um salário mínimo, 66,7% possuía renda de 1 a 3 salários mínimos e 2% não souberam informar. O número de filhos de cada família variou de 1 a 8. O número de mães que, além da criança participante da pesquisa, possuía outro(s) filho(s) no SAD correspondeu a 21,6% do total, sendo que 15,7% possuía mais 1 filho e 5,9% possuía mais 2 filhos no programa.

Tabela 2 - Características das mães das crianças participantes do estudo (Juiz de Fora - MG, 2008).

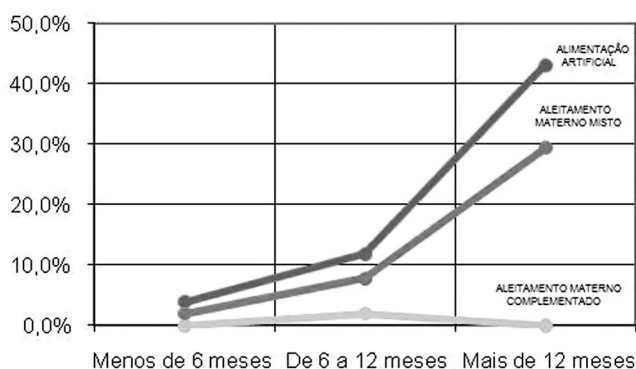
CARACTERÍSTICAS	Nº DE MÃES	% DE MÃES
Idade (em anos)		
Menos de 20	8	15,7
De 20 a 30	31	60,8
Mais de 30	12	23,5
Primiparidade		
Não	33	64,7
Sim	18	35,3
Realização de pré-natal		
Não	2	3,9
Sim	49	96,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	37	72,5
Ensino Fundamental completo	2	3,9
Ensino Médio incompleto	4	7,8
Ensino Médio completo	8	15,7
Número de filhos		
1 filho	19	37,3
2 filhos	5	9,8
3 ou 4 filhos	18	35,2
5 filhos	5	9,8
Mais de 5 filhos	4	7,9
Possui outro filho no SAD		
Não	40	78,4
Sim	11	21,6

Perfil alimentar das crianças

No momento da entrevista, nenhuma criança estava em AME, apenas 2% estava em aleitamento materno complementado, 39,2% em aleitamento materno misto e 58,8% em aleitamento artificial.

A Figura 1 demonstra a variação do comportamento alimentar por faixa etária. A maioria das crianças, em todas as faixas etárias, estava em alimentação artificial, no momento do estudo.

Figura 1 - Tipo de alimentação de crianças menores de 30 meses, de acordo com a faixa etária (Juiz de Fora - MG, 2008).



A duração do AME foi menor que um mês para 3,9% das crianças, de 1 a 2 meses para 13,7%, 3 meses para 21,6%, de 4 a 5 meses para 19,6%, 6 meses para 15,7%, maior que 6 meses para 9,8%, sendo que 15,7% das crianças não foram amamentadas no peito. Sendo assim, das crianças que foram amamentadas, 58,8% foi por tempo menor que 6 meses.

Quanto às informações sobre alimentação complementar, 51% das mães relataram não ter recebido qualquer

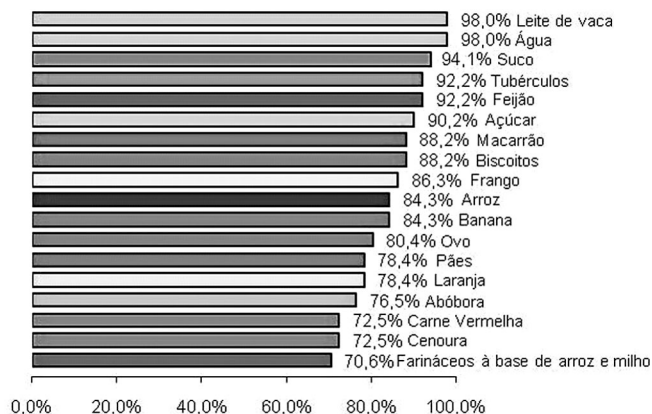
tipo de orientação. As que foram informadas citaram os serviços de saúde (31,4%), familiares e amigos (23,5%) e Pastoral da Criança (2%) como fonte de tais informações. Os alimentos complementares oferecidos às crianças eram em 27,5% dos casos, especialmente preparados para elas (na forma de papa, purê, mingau ou sopa) e em 72,5%, eram os mesmos alimentos preparados para a família (Tabela 3).

Tabela 3 - Tipos de alimentos complementares oferecidos às crianças participantes do estudo, de acordo com a faixa etária (Juiz de Fora - MG, 2008).

TIPO DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES	FAIXA ETÁRIA (meses)									
	Menos de 6		De 6 a 7		De 8 a 12		Mais de 12		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Preparados especialmente para a criança	3	5,9	2	3,9	3	5,9	6	11,8	14	27,5
Preparados para a família	0	0	3	5,9	3	5,9	31	60,8	37	72,5
TOTAL	3	5,9	5	9,8	6	11,8	37	72,5	51	100

Durante a aplicação dos questionários, foi perguntado às mães se determinados alimentos faziam parte da dieta de seu filho, tendo as opções sim ou não como resposta. Entre os alimentos pesquisados, os consumidos por mais de 70% das crianças eram: leite de vaca - in natura ou em pó, água, suco, tubérculos, feijão, açúcar, macarrão, biscoitos, frango, arroz, banana, ovo, pães, laranja, abóbora, carne vermelha, cenoura e farináceos à base de arroz e milho (Figura 2). Entre os dez menos consumidos, cabe citar o leite materno, miúdos e peixe.

Figura 2 - Frequência dos alimentos mais consumidos por crianças menores de 30 meses (Juiz de Fora - MG, 2008).



Os alimentos mais consumidos pelas crianças também foram classificados de acordo com a sua faixa etária. Todas as crianças menores de 6 meses de idade consumiam leite

de vaca, farináceos à base de arroz e milho e água. Entre as crianças da faixa etária de 6 a 12 meses, os alimentos mais consumidos foram água, leite de vaca, açúcar, feijão e ovo. Cerca de metade delas também consumia com frequência embutidos, refrigerantes, frituras e doces. Já as crianças maiores de 12 meses consumiam com frequência leite de vaca e suco (100%); arroz, tubérculos, frango, biscoitos e água (97,3%); feijão e macarrão (94,6%) e açúcar (91,9%). Também foram citados, de forma expressiva para essa faixa etária, os salgadinhos e pães (mais de 80%), refrigerante, café, embutidos, doces (mais de 70%) e achocolatado em pó (quase 60%).

Perfil materno e as práticas alimentares das crianças

Analisando a idade materna e o tipo de alimentação da criança, no momento da entrevista (considerando apenas alimentações nas quais estava presente algum tipo de leite), foi observado que as mães de 20 a 30 anos ofereciam uma alimentação artificial para seus filhos, enquanto as mães com menos de 20 anos e as com mais de 30 anos ofereciam mais o aleitamento materno misto (Tabela 4). A Tabela 5 mostra a idade materna e o tempo de AME.

A escolaridade materna, neste estudo, não esteve relacionada ao peso ao nascer da criança, ao tempo de AME e ao tipo de alimentação no momento da entrevista. A maior parte das mães que possuía outro(s) filho(s) inserido(s) no SAD, além da criança participante do estudo, tinha idade entre 20 e 30 anos e apenas o Ensino Fundamental (completo ou

incompleto) como nível de escolaridade. Nenhuma mãe com Ensino Médio (completo ou incompleto) possuía outro filho no SAD. As mães que trabalhavam fora tinham mais chances

de não terem outros filhos no SAD. Das mães que possuíam outro(s) filho(s) no SAD, além do filho participante do estudo, apenas uma não era dona de casa (Tabela 6).

Tabela 4 - Idade materna e tipo/preparo da alimentação da criança no momento da entrevista (Juiz de Fora - MG, 2008).

TIPO DE ALIMENTAÇÃO	IDADE MATERNA (EM ANOS)						Total	
	Menos de 20		De 20 a 30		Mais de 30			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aleitamento materno misto	5	62,5	8	26,7	7	58,3	20	40
Alimentação artificial	3	37,5	22	73,3	5	41,7	30	60
TOTAL	8	100	30	100	12	100	50	100
PREPARO DOS ALIMENTOS								
Preparados especialmente para a criança	2	25	9	29	3	25	14	27,5
Preparados para a família	6	75	22	71	9	75	37	72,5
TOTAL	8	100	31	100	12	100	51	100

Tabela 5 - Idade materna e o tempo de aleitamento materno exclusivo (AME) (Juiz de Fora - MG, 2008).

IDADE MATERNA	TEMPO DE AME (EM MESES)					
	Menos de 4		Mais de 4		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menos de 20 anos	5	17,9	3	13	8	15,7
De 20 a 30 anos	17	60,7	14	60,9	31	60,8
Mais de 30 anos	6	21,4	6	26,1	12	23,5
TOTAL	28	100	23	100	51	100

Tabela 6 - Escolaridade, condição de trabalho materna e número de filhos no SAD (Juiz de Fora, MG, 2008).

ESCOLARIDADE MATERNA (GRAU COMPLETO OU INCOMPLETO)	POSSUI OUTRO FILHO NO SAD					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fundamental	28	70	11	100	39	76,5
Médio	12	30	0	0	12	23,5
TOTAL	40	100	11	100	51	100
CONDIÇÃO DE TRABALHO MATERNO						
Dona de casa	31	77,5	10	90,9	41	80,4
Trabalha fora	9	22,5	1	9,1	10	19,6
TOTAL	40	100	11	100	51	100

Conforme demonstra a Tabela 7, a condição de trabalho das mães não influenciou o tempo de AME.

Tabela 7 - Condição de trabalho materno e o tempo de aleitamento materno exclusivo (AME) (Juiz de Fora - MG, 2008).

CONDIÇÃO DE TRABALHO MATERNO	TEMPO DE AME (EM MESES)					
	Menos de 4		Mais de 4		Total	
	n	%	n	%	n	%
Dona de casa	22	78,6	19	82,6	41	80,4
Trabalha fora	6	21,4	4	17,4	10	19,6
TOTAL	28	100	23	100	51	100

DISCUSSÃO

Perfil das crianças

A população em estudo foi homogênea em relação à distribuição entre os sexos. Segundo a SSSDA, crianças menores

de seis meses não são incluídas no atendimento do SAD, embora algumas tenham sido encontradas neste levantamento. A introdução das crianças no SAD foi realizada de maneira precoce visto que, em média, as crianças avaliadas iniciaram o atendimento no programa com 8,7 meses de idade.

Para menores de seis meses de idade, a prática do AME deve ser incentivada até que não haja mais possibilidades. Introduzir outro leite, como o leite em pó integral oferecido pelo SAD, antes dessa idade, é uma forma de desestimular a mãe e oferecer ao recém-nascido um alimento impróprio para seu organismo. Segundo o Ministério da Saúde²⁰, a alimentação complementar só deve ser introduzida a partir dos seis meses, embora existam casos especiais que poderão requerer alimentos complementares antes dessa idade (cada caso deve ser analisado e avaliado individualmente pelo profissional de saúde).

Um número expressivo de crianças apresentou baixo peso ao nascer (23,5%) e prematuridade (39,2%), o que pode ter motivado a sua inserção precoce no SAD, já que ambos os fatores são causas predisponentes da desnutrição.¹⁸ Segundo a OMS, o peso inferior a 2.500 gramas é classificado como baixo peso ao nascer, independente da idade gestacional²¹ e, todo recém-nascido com menos de 37 semanas é considerado prematuro.²² No município de Juiz de Fora, no ano de 2005, 11,9% dos nascidos vivos apresentaram baixo peso ao nascer e 9,3%, prematuridade.²³ No ano de 2008, 11,3% apresentaram baixo peso ao nascer e 10,3%, prematuridade.²⁴

As taxas mais elevadas de baixo peso no nascimento e prematuridade encontradas entre as crianças desnutridas sugerem que estes podem ser fatores que interferem no déficit nutricional. Estes resultados estão em conformidade com o estudo realizado por Motta e colaboradores²¹, o qual demonstrou que recém-nascidos com peso entre 1.500 e 2.499 gramas, em comparação com os de peso superior a 3.500 gramas, têm uma chance 29 vezes maior de apresentar risco nutricional aos 12 meses de idade. No segundo ano de vida, a influência do baixo peso ao nascer ainda é expressiva, expondo as crianças a um risco 11 vezes maior de apresentar déficit ponderal.²⁰

Em relação à prematuridade, a hospitalização do recém-nascido e a consequente separação da mãe parecem determinar o tipo de alimentação oferecida, favorecendo a introdução precoce de outros alimentos, além do leite materno. Frequentemente os recém-nascidos pré-termo - com idade gestacional menor que trinta e quatro semanas - não são introduzidos na alimentação oral, e sim, são alimentados inicialmente por sonda naso ou orogástrica até apresentarem coordenação na sucção, deglutição e respiração.⁵

A falta de coordenação entre os reflexos do bebê prematuro impede que ele se alimente diretamente ao peito, porém, a mãe deve ser estimulada a retirar e estocar o leite, o qual deverá ser oferecido ao bebê por outra via como, por exemplo, através de sondas. O recém-nascido pré-termo

apresenta o trato gastrointestinal funcionalmente incompleto e a presença do leite materno no lúmen intestinal faz-se fundamental, pois estimula o desenvolvimento da sua mucosa, a maturação da atividade motora e a secreção de hormônios reguladores⁵. Nos casos da impossibilidade de oferecer o leite da própria mãe, a alternativa para alimentar o prematuro é recorrer ao Banco de Leite Humano (BLH)⁵, o qual atende prioritariamente bebês prematuros e doentes.¹¹ O Município de Juiz de Fora possui um BLH referência na região e, portanto, capaz de atender com excelência às crianças desnutridas menores de seis meses que não estão incluídas no SAD.

Diante do exposto, observa-se que a prematuridade não possui influência direta sobre o déficit nutricional infantil, uma vez que são feitos todos os esforços para oferecer ao recém-nascido o leite materno. Possivelmente, outra variável como, por exemplo, a hospitalização do bebê, pode estar influenciando no déficit nutricional da criança, já que mãe, mesmo conscientizada pelos programas de promoção do aleitamento materno, muitas vezes não segue a orientação para retirar e estocar o leite, resultando na interrupção precoce da lactação.

Perfil das mães e famílias

De acordo com Azevedo e colaboradores²⁵, a gestação nos extremos da vida reprodutiva associa-se a uma maior frequência de resultados perinatais adversos, especialmente o parto pré-termo e o baixo peso ao nascimento. No presente estudo, quase 40% das mães entrevistadas tinha idade inferior a 20 ou superior a 30 anos. No entanto, o percentual de mães adolescentes (15,7%) foi menor que o encontrado em uma pesquisa realizada no ano de 2005 no mesmo município (16,5%).²³ Pouco mais de um terço das mães era primípara, fator que pode interferir no tamanho e no peso do recém-nascido, pois o primeiro filho, geralmente, é menor do que os filhos subsequentes do mesmo sexo, devido à falta de preparo do útero.²⁶

Quanto à realização do pré-natal, a porcentagem de mães foi maior (96,1%) do que a cobertura estimada para o município (93,8%), em pesquisa realizada em 2006.²³ No entanto, algumas mães relataram não ter realizado durante a gestação nenhuma consulta pré-natal, o que impede o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução/eliminação de fatores e comportamentos de risco. No Brasil, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante.²⁷ Somados, estes fatores

justificam as elevadas taxas de baixo peso e prematuridade encontradas.

A população estudada apresentou ainda baixo grau de escolaridade e baixa renda familiar, fatores também associados ao baixo peso no nascimento e que podem interferir na alimentação da criança e no déficit nutricional.²⁰

O número de filhos por família variou bastante, no entanto, quase metade das famílias tinha apenas um ou dois filhos e cerca de 1/5 das mães possuía outros filhos no SAD. De acordo com Frota e Barroso²⁸, as famílias de crianças desnutridas são, muitas vezes, numerosas, existindo mais de um caso de desnutrição. Para o Ministério da Saúde¹, a desnutrição em crianças de seis a 23 meses pode indicar que mães e irmãos também são desnutridos, constituindo grupos de risco nutricional.

Perfil alimentar das crianças

O perfil alimentar das crianças foi definido por meio de pesquisa dos alimentos frequentemente consumidos por elas. A descrição da dieta em função dos grupos de alimentos que a constituem é apropriada para verificar a interação entre os mesmos, o que pode modificar a biodisponibilidade dos nutrientes.²⁹

No momento da entrevista, a maioria das crianças (58,8%) não fazia uso do leite materno, embora o Ministério da Saúde¹² recomende a manutenção do aleitamento materno, após inclusão de alimentos complementares na dieta, até os dois anos de idade. Elas consumiam apenas o leite de vaca, in natura ou em pó, o que caracteriza o aleitamento artificial.

O desmame precoce ou tardio foi observado na maioria das crianças. A duração do AME foi inferior a seis meses em 58,8% das crianças e 9,8% foram amamentadas exclusivamente por tempo maior que o recomendado. Foi observado também um índice elevado de crianças que não foram amamentadas (15,7%). O índice de AME até o sexto mês encontrado neste estudo (15,7%) mostrou-se maior que a taxa brasileira (9,7%)¹⁸ e da capital Belo Horizonte, que é de apenas 4,6%.³⁰ No entanto, esta taxa ainda está muito aquém do que seria ideal. A taxa de crianças que amamentaram exclusivamente por mais de seis meses e, conseqüentemente, iniciaram a alimentação complementar tardiamente, é ligeiramente mais elevada que a taxa nacional (9,8% e 7,0% respectivamente).²⁰

As mães participantes do estudo foram questionadas sobre o recebimento de informações relativas à alimentação complementar e cerca de metade (51%) delas relatou não ter recebido qualquer tipo de orientação. Portanto, elas des-

conhecem os riscos da não amamentação ou do desmame precoce, o que explica parcialmente os resultados encontrados. A informação sobre a alimentação complementar, que está associada à orientação sobre o aleitamento materno, é fundamental para mudar a realidade nutricional das crianças menores de dois anos e alcançar as recomendações feitas pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Cabe aos profissionais de saúde realizar as devidas recomendações às mães.³¹

Segundo as mães informadas, os serviços de saúde, os familiares e os amigos foram os principais responsáveis por tais informações. A informação recebida através de familiares e amigos, muitas vezes, não é a mais adequada, podendo ser constituída de fatores culturais, crenças e tabus que comprometem a alimentação da criança. Os meios de comunicação, por atingirem grande parcela da população, deveriam ser veículo primeiro de divulgação das recomendações, cabendo aos serviços de saúde orientar as mães, de forma direcionada, em suas dúvidas. No entanto, nenhuma das mães entrevistadas foi instruída através dos meios de comunicação.

Com relação aos alimentos complementares, o Ministério da Saúde¹² preconiza que, dos 6 aos 8 meses, estes devem ser preparados especialmente para a criança, sob a forma de papas, purês, cereais ou frutas, e que a partir dos 8 meses, devem ser utilizados os mesmos alimentos da família. Para as crianças que não estão sendo amamentadas, a recomendação é introduzir os alimentos complementares mais precocemente: desde o nascimento oferecer água nos intervalos das refeições, dos 2 aos 4 meses oferecer suco de fruta rica em vitamina C, dos 4 aos 8 meses oferecer papa salgada e papa de frutas e a partir dos 8 meses introduzir os alimentos da família.³² Entre as crianças do estudo menores de 8 meses, algumas já estavam recebendo os mesmos alimentos consumidos pela família e entre as crianças com mais de 8 meses, algumas ainda estavam recebendo alimentos especialmente preparados para elas, ratificando a falta de informação das mães.

A presente pesquisa revelou que os alimentos mais consumidos pelas crianças menores de 30 meses são ricos em carboidratos (tubérculos, arroz, biscoitos, macarrão, açúcar, farináceos à base de arroz e milho, pães) e em proteínas (leite de vaca, frango, carne vermelha, ovo). Além disso, estavam entre os mais consumidos os alimentos como as frutas (banana e laranja), legumes e leguminosas (feijão, abóbora, cenoura, banana, laranja) e as bebidas (água, suco). O leite integral, juntamente com a água, foi o alimento mais consumido pelas crianças, possivelmente não só por ser distribuído gratuitamente pelo programa, mas também por ser o alimento de escolha de muitas mães, devido às

orientações feitas pelos serviços de saúde e à preferência pessoal, por acreditarem que este leite é mais “forte”, de maior praticidade e durabilidade.⁴

Entre as carnes, a de frango foi a que apresentou maior frequência de consumo. As verduras eram pouco consumidas, o que também foi observado em outros estudos⁴. O único alimento que não foi consumido por nenhuma criança é o leite formulado, provavelmente devido ao custo elevado, considerando-se a baixa renda familiar das famílias estudadas nesta pesquisa. Entre os dez alimentos menos consumidos pelas crianças, três são de extrema importância para a saúde das mesmas: leite materno, miúdos e peixe.

Perfil alimentar das crianças menores de 6 meses

Vários levantamentos realizados mostram que nos primeiros seis meses de vida, o número de crianças em AME é pequeno e o de crianças já totalmente desmamadas é considerável.¹² Esta ocorrência também foi evidenciada nesta pesquisa, na qual nenhuma criança menor de 6 meses estava em AME, tampouco aleitamento materno complementado. Um terço estava em aleitamento materno misto e 2/3 já estavam em alimentação artificial.

Isso mostra que a inserção da criança no SAD, antes da idade mínima, pode incentivar o desmame precoce, uma vez que o programa distribui leite em pó integral para todas as crianças atendidas. A introdução precoce de alimentos complementares, no caso o leite de vaca em pó, faz com que a criança passe a ingerir menos leite materno, levando a uma conseqüente diminuição da produção de leite pela mãe e redução da duração do aleitamento materno.³³

A alimentação de todas as crianças menores de 6 meses era à base de leite de vaca, farináceos de arroz e milho e água, ou seja, alimentação predominantemente na forma de mingau. Resultados similares foram encontrados por Farias Júnior e Osório¹⁴, em crianças da mesma faixa etária no estado do Pernambuco.

Segundo a OMS, é contraindicado oferecer para o lactente menor de quatro meses alimentos como amiláceos, a fim de evitar distúrbios gastrintestinais decorrentes da baixa concentração de amilase no organismo.³⁴ Além disso, o excesso de amido não digerido pode interferir na absorção de alguns nutrientes e resultar em carência dos mesmos.³³

Perfil alimentar das crianças de 6 a 12 meses

Nesta faixa etária, houve o maior consumo de leite materno, estando presente na alimentação de quase metade das crianças. No entanto, apenas uma criança estava em

aleitamento materno complementado, conforme recomendado, e a maioria já estava em alimentação artificial.

A maior parte das crianças com 6 e 7 meses recebia como alimentos complementares os mesmos preparados para a família, enquanto a recomendação é o preparo especial. Um resultado semelhante foi encontrado na cidade de Botucatu - SP, em 2007, em que 48,8% das crianças entre 6 e 7 meses já recebiam os mesmos alimentos preparados para toda a família. Esta inadequação pode prejudicar a aceitação dos alimentos e expor a criança a deficiências nutricionais.³⁵

A alimentação das crianças de 6 a 12 meses era fundamentalmente composta por água, leite de vaca, açúcar, feijão e ovo. Muitas também consumiam farináceos à base de arroz e milho, tubérculos, macarrão, pães, biscoitos e suco. Ao contrário deste estudo, outros mostram que a introdução de feijão e ovo acontece tardiamente, sendo frequentes na dieta das crianças somente após o primeiro ano.^{4,36}

Cerca de metade das crianças desta faixa etária consumia embutidos, refrigerantes, frituras e doces, alimentos que devem ser evitados antes do primeiro ano de vida. Entre os alimentos mais consumidos não estavam presentes as frutas e hortaliças (legumes e verduras), que são as principais fontes de vitaminas, minerais e fibras.

Perfil alimentar das crianças maiores de 12 meses

Algumas crianças maiores de um ano ainda consumiam alimentos complementares na forma de papa, purê, sopa e mingau, ao passo que o recomendado seria ter iniciado o consumo dos mesmos alimentos preparados para a família aos 8 meses.

Todas as crianças maiores de 12 meses consumiam leite de vaca. Na alimentação delas, ainda estavam presentes outros alimentos proteicos (frango e feijão), carboidratos (arroz, tubérculos, macarrão, açúcar, biscoitos) e alimentos líquidos (suco e água). Portanto, nesta faixa etária, a alimentação mostrou-se variada para a maioria das crianças. A inadequação está na consistência em que os alimentos eram oferecidos, pois alimentos diluídos atingem a densidade energética mínima recomendada para crianças com essa idade.³¹

No entanto, vale ressaltar que um grande número de crianças consumia salgadinhos e pães, café, refrigerante, embutidos, doces e achocolatado em pó. A criança desta faixa etária deve receber os mesmos alimentos da família, contudo ela não pode experimentar todos os alimentos que os outros membros consomem, pois estes podem ser irritantes da mucosa gástrica e/ou de baixo valor nutricional.¹²

Perfil materno e as práticas alimentares das crianças

As mães com idades mais extremas (menos de 20 e mais de 30 anos) ofereciam para a criança o aleitamento materno misto, ou seja, elas continuam amamentando ao peito, mesmo oferecendo outro leite e alimentos. As mães adolescentes parecem se comportar dessa forma pela praticidade do leite do peito, que já se encontra pronto para o consumo, não precisando ser preparado. Já as mães com mais de 30 anos, assim faziam provavelmente devido à maior experiência com cuidados infantis, haja vista que quase todas já tinham outros filhos.

Segundo o estudo de Carrascoza *et al.*³⁷, as mães que já amamentaram outro filho com sucesso têm chances maiores de amamentar por tempo prolongado, enquanto aquelas que nunca tiveram tal experiência têm maior probabilidade de realizar o desmame precocemente. Outros estudos indicam que as mães que possuem mais de um filho apresentam maior frequência da amamentação; as mulheres primíparas apresentam maior chance de abandonar o aleitamento antes do quarto mês, estando mais propensas a introduzirem outros alimentos na dieta de seus filhos antes do sexto mês de vida. O início e o sucesso da amamentação estão relacionados ao fato de a mãe ter amamentado pelo menos uma criança previamente, sendo a chance de sucesso da amamentação dez vezes maior entre as mães com experiência, quando comparadas àquelas que não amamentaram um filho anteriormente.³⁷

Alguns cuidados com a alimentação da criança, tais como o tipo de alimento complementar oferecido e o tempo de AME, não dependeram da idade materna, mostrando-se semelhantes, independentemente da faixa etária das mães. Tal resultado ratifica os dados encontrados na literatura pesquisada.³⁸

Nenhuma mãe adolescente possuía outro filho no SAD, o que pode ser justificado pelo fato de que quase todas eram uníparas até o momento. Das mães com mais de 30 anos, sendo a maioria não unípara, apenas 2 tinham outro(s) filho(s) no SAD, o que pode ser mais uma vez explicado pelo fato de estas terem maior conhecimento sobre as práticas adequadas de cuidados infantis.

A escolaridade materna, neste estudo, não esteve relacionada ao peso ao nascer da criança, ao tempo de AME e ao tipo de alimentação no momento da entrevista, sugerindo que as mães com diferentes graus de instrução têm o mesmo acesso às informações referentes ao período pré e pós-natal. A decisão da mãe quanto ao tempo de amamentação parece depender da importância atribuída a esta prática que, frequentemente, é mais influenciada pelas

informações transmitidas culturalmente do que pelo grau de escolaridade materna.³⁹

A maioria das mães que trabalhavam fora do lar não possuía outros filhos no SAD. A mãe que trabalha fora parece compensar a sua ausência do lar oferecendo cuidados mais adequados à criança no tempo disponível. Ter um emprego fora do lar também favorece a aquisição de maturidade e conhecimentos devido à ampliação da rede social. No entanto, o fato de a mãe ser dona de casa ou trabalhar fora pareceu não influenciar o tempo que ela amamentou exclusivamente, resultado este que contradiz estudos anteriores, os quais sugerem que a mãe dona de casa parece ter maior disponibilidade para amamentar ao peito, fazendo com que a introdução de outros produtos lácteos seja mais tardia.³⁶

CONCLUSÃO

O SAD de Juiz de Fora atende crianças provenientes de famílias numerosas e que possuem outros filhos vinculados ao programa. A existência de mais de uma criança por família inserida no SAD é influenciada, provavelmente, pela escolaridade e condições de trabalho maternas. Um percentual elevado das crianças avaliadas apresentou baixo peso ao nascer e prematuridade.

No momento da entrevista, nenhuma criança se encontrava em AME e mais da metade já recebia alimentação artificial. O tempo de AME foi inferior a três meses para a maioria das crianças e a introdução precoce ou tardia de alimentos complementares foi verificada em 4/5 da população de estudo. Em relação às práticas alimentares, foi observada grande variedade de alimentos. No entanto, houve um elevado consumo de alimentos de baixo valor nutricional e contraindicados para a faixa etária analisada. A consistência dos alimentos também se mostrou inadequada.

Quanto ao perfil materno, foi observado que a maioria das mães possuía baixa escolaridade e trabalhava apenas no lar. Além disso, grande parte delas não havia recebido nenhum tipo de informação sobre alimentação complementar, apesar de ter realizado adequadamente o acompanhamento pré-natal.

A ausência de AME por tempo adequado deve-se, possivelmente, à falta de informação sobre alimentação complementar e sobre a importância do aleitamento materno, idade materna e primiparidade.

O estreitamento do vínculo entre as equipes do SAD e as famílias das crianças atendidas pelo serviço, compartilhando informações e responsabilidades com vistas a criar meios de superação da situação de vulnerabilidade, se faz essencial e

é o ponto de partida para reverter a desnutrição. Portanto, as informações obtidas neste estudo são fundamentais para definir o perfil das crianças desnutridas, bem como o de suas mães e, assim, auxiliar os profissionais de saúde que compõem o SAD no planejamento e direcionamento de suas ações e orientações a fim de se firmar uma alimentação infantil adequada para as crianças atendidas pelo serviço e de se prevenir o déficit nutricional e suas consequências.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública*. 2007 jul; 23(7):1674-81.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Histórico do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Moreira-Araújo RSR, Moura DSS, Vasconcelos TF, *et al*. Prática alimentar no primeiro ano de vida de crianças atendidas pelo serviço público de saúde no município de Teresina-PI. *Nutrire*. 2007 ago; 32(2):1-14.
5. Devincenzi UM, Mattar, MJG, Cintra EM. Nutrição no primeiro ano de vida. In: Silva SMCS, Mura JD´AP. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007. p.319-45.
6. Borba LM, Castro LCV, Franceschini SCC, Ferreira CLLF. Composição do leite humano e microbiota predominantemente bífida do lactente em aleitamento materno exclusivo. *Nutrire*. 2003 jun; 25:135-51.
7. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr*. 2004; 80(Supl 5):S131-41.
8. World Health Organization - WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991.
9. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev Nutr*. 2005 jul/ago; 18(4):459-69.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré escolar, escolar e adolescente. Rio de Janeiro: SBP; 2006. 63p.
11. Salviano S, Cavalcante AM. Leite materno é saúde. *Nutr Pauta*. 2004 jul/ago; 12(67):8-11.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Farias Júnior G, Osório MM. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. *Rev Nutr*. 2005 nov/dez; 18(6):793-802.
15. Modesto SP, Devincenzi UM, Sigulem DM. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. *Rev Nutr*. 2007 jul/ago; 20 (4):405-15.
16. Paulo IMA, Madeira AMF. Ter um filho desnutrido: o significado para as mães. *REME - Rev Min Enferm*. 2006 jan/mar; 10(1):12-7.
17. UNICEF. Situação mundial da infância 2008: caderno Brasil. Brasília: UNICEF; 2008.
18. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *J Pediatr*. 2000; 76(Supl 3):285-97.
19. Minas Gerais. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSS-DA). Serviço de Atenção ao Desnutrido (SAD). [Citado em: 2007 jan. 18]. Disponível em: <<http://www.sssda.pjf.mg.gov.br/>>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Motta MEFA, Silva GAP, Araújo OC, Lira PI, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? *J Pediatr*. 2005; 81(5):377-82.
22. Spallici MDB, Chiea MA, Albuquerque PB, Bittar RE, Zugaib M. Estudo de algumas variáveis maternas relacio-

- nadas com a prematuridade no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Med HU-USP*. 2000 jan/jun; 10(1):19-23.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Caderno de Informações de Saúde: município Juiz de Fora - MG. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
24. Banco de dados do Sistema Único de Saúde -DATA-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [Citado em: 2007 jan. 18]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
25. Azevedo GD, Freitas Júnior RAO, Freitas AKMSO, *et al*. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(3):181-5.
26. Woiski JR. Nutrição e dietética em pediatria. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.
27. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(3):303-10.
28. Frota MA, Barroso MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(6):996-1000.
29. Fisberg RM, Martini LA, Slater B. Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos. Barueri: Manole; 2005.
30. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Ass Med Bras*. 2007; 53(6):520-4.
31. Brunken GS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. *J Pediat*. 2006; 82(6):445-51.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
33. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediat*. 2004; 80(5):411-6.
34. Farrell ML, Nicoteri JAL. Nutrição em Enfermagem: fundamentos para uma dieta adequada. Rio de Janeiro: LAB; 2005.
35. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(2):282-9.
36. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6(1):29-38.
37. Carrascoza KC, Costa Junior ÂL, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estud Psicol*. 2005; 22(4):433-40.
38. Vieira MLF, Silva JLCP, Barros Filho AA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *J Pediat*. 2003; 79(4):317-24.
39. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(1):103-9.

Submissão: dezembro de 2010

Aprovação: agosto de 2011
