

PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO E DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE JUIZ DE FORA - MG

Profile of breastfeeding and complementary feeding in children under two years old attended in a Referral Center in the city of Juiz de Fora, MG

Julia Beatriz de Paiva Guimarães Souza¹,
Larissa Loures Mendes², Mirella Lima Binoti³

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência na cidade de Juiz de Fora - MG. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, com amostra não probabilística por demanda, realizado no Departamento de Atendimento a Criança e Adolescente da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora - MG. Foram entrevistadas 122 mães de crianças menores de dois anos, atendidas no local, no período de um mês. Para a coleta de dados, foi adaptado o questionário utilizado pelo projeto Amamentação e Municípios de São Paulo. **Resultados e Discussão:** Encontrou-se um predomínio do aleitamento materno na 1ª hora pós-parto (63,9%), de mães com Ensino Médio Completo (67,2%) e que não trabalham fora de casa (58,2%), de crianças nascidas com peso adequado (mediana de 3112g), de nascimentos na rede pública (57,4%), de parto cesariano (53,3%) e da introdução precoce de mamadeiras, chupinhas (50,7%) e chupetas (62,0%). Com relação à Alimentação Complementar, encontrou-se o elevado consumo de alimentos fonte de ferro, como carnes (76,5%) e feijão (94,1%), de frutas (92,2%), de mingaus acrescidos de farináceos (45,1%), de papinhas salgadas coadas ou liquidificadas (23,1%) e de produtos industrializados, como sucos (29,4%), refrigerantes (15,7%), alimentos com açúcar (70,6%) e bolachas, biscoitos e salgadinhos (84,3%). A introdução precoce da alimentação complementar esteve presente em 12,7% das crianças. **Conclusão:** Torna-se necessária a execução de ações voltadas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, priorizando orientar os pais e promover a elaboração de políticas voltadas à saúde coletiva para garantir melhor qualidade de vida para os lactentes.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação; Nutrição do Lactente; Crianças.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of breastfeeding and complementary feeding in children under two years of age treated in a referral center in the city of Juiz de Fora, MG. **Method:** This was a cross-sectional study with a non-probabilistic sample conducted at the Department of Child and Adolescent Care of the Municipality of Juiz de Fora, MG. A total of 122 mothers of children under two years old, attended at this location in a one-month period, were interviewed. For data collection, the questionnaire used by the project on Breastfeeding and Municipalities in São Paulo was adapted. **Results and Discussion:** We found a prevalence of breastfeeding in the 1st hour postpartum (63.9%), of mothers who completed high school (67.2%), and who did not work outside the home (58.2%), of children born with normal weight (median of 3,112g), births in the public network (57.4%), cesarean section (53.3%), and early introduction of bottles, *chupinhas* (50.7%), and pacifiers (62.0%). Regarding complementary feeding, a high consumption was found of foods rich in iron, such as meat (76.5%) and beans (94.1%), of fruits (92.2%), of porridge plus starches (45.1%), of salty strained or liquefied baby food (23.1%), and processed products such as juices (29.4%), soft drinks (15.7%), foods with sugar (70.6%), and crackers, cookies, and snack foods (84.3%). The early introduction of complementary foods was present in 12.7% of the children. **Conclusion:** It is becoming necessary to implement actions aimed at promoting healthy eating habits, prioritizing parent education and encouraging the development of policies aimed at public health to ensure better quality of life for infants.

KEYWORDS: Breastfeeding; Infant Nutrition; Children.

¹ Nutricionista formada pela Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: julinhaguimaraes18@hotmail.com.

² Professora do Departamento de Nutrição - Instituto de Ciências Biológicas - Universidade Federal de Juiz de Fora.

³ Professora do Departamento de Nutrição - Instituto de Ciências Biológicas - Universidade Federal de Juiz de Fora.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno (AM) é uma das ações básicas de saúde no combate à desnutrição, à redução da mortalidade e melhoria das condições de vida da população infantil.¹ O AM deve ser mantido nos seis primeiros meses de vida de forma exclusiva e, ser complementado com outros alimentos até os dois anos de idade ou mais,² constituindo, assim, mecanismo capaz de assegurar o bom desenvolvimento físico, neurológico e motor da criança.³

No Brasil, a prevalência do AM é baixa, a sua duração é curta e o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade é raro; além disso, a introdução precoce da alimentação complementar (AC) e hábitos inadequados como o uso de chupetas e mamadeiras incentivam o desmame precoce e trazem inúmeros prejuízos para a saúde das crianças.¹ Crianças não amamentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade estão mais expostas a agentes infecciosos, ao contato com proteínas estranhas, a possuírem prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos, entre outras.⁴ A situação da AC atualmente é preocupante, uma vez que estudos demonstram que a sua inadequação é alta devido a fatores culturais e socioeconômicos.⁵

Várias estratégias e campanhas foram propostas, a partir das décadas de 1970 e 1980, visando aumentar a prevalência da amamentação no Brasil. Embora tenha havido um incremento nas duas últimas décadas, este não é uniforme e varia de acordo com o local. Assim, torna-se necessário o conhecimento sobre tendências locais da amamentação, para que mudanças e ajustes nas práticas de promoção e incentivo ao AM sejam mais embasados.⁴ A característica da AC também sofre interferências locais, tornando necessária a avaliação da sua situação em cada região do País.³

Estudo realizado no município de Juiz de Fora – MG mostrou que a taxa do AM nos primeiros dias de vida é alta, porém a sua duração é curta (dura em média até os quatro meses de vida).¹ Cabe ressaltar que, segundo dados da Pesquisa Nacional de Desenvolvimento em Saúde (PNDS) de 2006, o padrão alimentar dos menores de dois anos está longe do recomendado, uma vez que foram encontrados dados alarmantes sobre o número de crianças com anemia e com deficiência de vitamina A.⁶

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil do AM e da AC em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência na cidade de Juiz de Fora – MG, a fim de realizar um diagnóstico local que auxilie os gestores municipais na elaboração de políticas em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado com uma amostra não probabilística de mães de crianças com menos de dois anos que frequentam o serviço do Departamento de Atendimento a Criança e Adolescente da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora – MG. Foram entrevistadas 122 mães durante o período de um mês. Para a coleta de dados foi adaptado o questionário utilizado pelo projeto Amamentação e Municípios (Amamunic) realizado no Estado de São Paulo.⁷

A partir do questionário foram propostos os seguintes indicadores:

Aleitamento Materno: início precoce da amamentação – crianças que foram amamentadas na primeira hora de vida;

Alimentação Complementar: consumo da AC oportuna – proporção de crianças que consumiram fruta e refeição de sal, a partir dos seis meses de idade; Consistência da dieta - proporção de crianças que consumiram dietas em pedaços ou amassadas, a partir dos seis meses de idade; Consumo de alimentos ricos em ferro - proporção de crianças que receberam alimentos ricos em ferro (sopas, papas ou comida de sal contendo carne ou feijão), a partir dos seis meses de idade; Consumo de alimentos não saudáveis - proporção de crianças que receberam alimentos industrializados a partir dos seis meses de idade.

Além disso, o instrumento contemplava fatores maternos (número de partos escolaridade e trabalho) e fatores associados ao nascimento.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, para efeito de interpretação, o limite de erro tipo I foi de até 5% ($p \leq 0,05$). Para caracterizar a amostra, foram apresentadas tabelas de frequência e tabelas de medidas de tendência central e dispersão das variáveis. As variáveis quantitativas que apresentaram distribuição simétrica foram descritas por meio de média \pm desvio padrão e aquelas que apresentaram distribuição fortemente assimétrica foram descritas por meio da mediana e do intervalo interquartil.

O estudo foi pautado pelas normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, constantes da resolução 466/12 do CNS e na Norma Operacional nº 001/2013 CNS, e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer nº 771.521). As mães que concordaram em participar da pesquisa receberam todas as informações sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 122 mães das crianças menores de dois anos, sendo, 58,2% menores de seis meses e 41,8% maiores de seis meses. Das crianças avaliadas, 53,3% eram do sexo feminino e 46,7% do masculino, 97,5% nasceram e residem em Juiz de Fora. Entre as mães entrevistadas, 57,4% relataram levar seus filhos à rede pública para as consultas de rotina, 36,9% procuram o serviço particular e 5,7% usavam os dois serviços.

O percentual de parto cesariano entre as mulheres foi de 53,3% e o de parto normal foi de 46,7%. O menor peso ao nascer relatado foi de 1000g e o maior de 4215g,

a mediana foi de 3112g e o intervalo interquartil foi de 753g. Os hospitais que atendem exclusivamente a rede pública somaram 49,8% dos nascimentos, um hospital que atende a rede pública e particular realizou 23,0% dos nascimentos, e os hospitais de atendimento exclusivamente particular somaram 13,9% dos nascimentos.

Em relação às variáveis maternas (Tabela 1), a maior idade materna foi de 50 anos e a menor foi de 14 anos. Foram entrevistadas 15 mães adolescentes (idade \leq a 18 anos), o que caracteriza 12,3% da amostra.

Tabela 1 - Variáveis referentes a fatores maternos e a frequência com que ocorrem.

Variáveis	n	%
Mães Primíparas		
Sim	60	49,2
Não	62	50,8
Escolaridade Materna		
Ensino Fundamental	24	19,7
Ensino Médio	82	67,2
Ensino Superior	16	13,1
Trabalho Materno		
Está trabalhando fora	19	15,6
Não está trabalhando fora	71	58,2
Está sob licença à maternidade	32	26,2

Fonte: dados da pesquisa.

As variáveis referentes à alimentação logo após o nascimento estão descritas na Tabela 2. Verificou-se o predomínio do AM na 1ª hora pós-parto (63,9%), sendo essa importante prática estimulada nos hospitais da cidade, a manutenção do AM no período de internação hospitalar

foi alta (88,5%), porém ressalta-se que apenas 56,6% das crianças receberam AM de maneira exclusiva. A taxa de crianças que receberam água ou chá nos hospitais foi baixa, sendo de 5,7% e 4,9% respectivamente.

Tabela 2 - Variáveis referentes à alimentação logo após o nascimento e a frequência com que ocorrem.

Variáveis	n	%
Amamentou na 1ª hora pós-parto		
Sim	78	63,9
Não	42	34,4
Não sabe	2	1,6
Amamentou no Hospital		
Sim	108	88,5

Variáveis	n	%
Amamentou no Hospital		
Não	13	10,7
Não sabe	1	0,8
Recebeu outro leite no Hospital		
Sim	52	42,6
Não	69	56,6
Não sabe	1	0,8

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 3, são apresentadas as variáveis referentes ao consumo de alimentos líquidos no dia anterior à entrevista até o momento da mesma (24 horas). Verificou-se que 80,3% das crianças menores de seis meses tomaram leite do materno, 42,6% receberam outro leite; 23,9% tomaram água e 19,7% algum tipo de chá, sendo a taxa para AME de 30,8%. Das crianças maiores de seis meses, 41,2% recebem leite materno e 3,9% não tomaram água,

45,1% tomaram mingau, sendo a fórmula de milho, arroz e aveia a mais citada pelas mães no preparo do mesmo.

Das crianças menores de seis meses, 12,7% tinham comido papinha de frutas e 14,1% tomado suco de frutas natural, entre as maiores de seis meses o consumo de frutas e de suco de frutas natural foi elevado, apresentando um percentual de 92,2% e 88,2% respectivamente.

Tabela 3 - Variáveis referentes ao consumo de alimentos líquidos do dia anterior à entrevista até o momento da mesma (24 horas) e a frequência com que ocorrem nos grupos: crianças menores de seis meses e crianças maiores de seis meses.

Variáveis	<6		≥ 6	
	n	%	n	%
Tomou leite no peito				
Sim	57	80,3	21	41,2
Não	14	19,7	30	58,8
Tomou outro leite				
Sim	31	43,7	36	70,6
Não	40	56,3	15	29,4
Tomou água				
Sim	17	23,9	49	96,1
Não	54	76,1	2	3,9
Tomou chá				
Sim	14	19,7	14	27,5
Não	57	80,3	37	72,5
Tomou suco de fruta natural				
Sim	10	14,1	45	88,2
Não	61	85,9	6	11,8
Tomou mingau doce ou salgado				

Variáveis	<6		≥ 6	
	n	%	n	%
Tomou mingau doce ou salgado				
Sim	7	9,9	23	45,1
Não	64	90,1	28	54,9

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto às variáveis referentes ao consumo de alimentos sólidos no dia anterior à entrevista até o momento da mesma (24 horas) (Tabela 4), verificou-se que 5,6% das crianças menores de seis meses receberam almoço feito com comida de sal, na consistência amassada e diferente da alimentação oferecida à família. Dessas, 2,8% receberam carne, 1,4% feijão e 5,6% legumes e verduras.

Das crianças maiores de seis meses, 98,0% receberam

comida de sal, 76,5% realizaram o almoço e o jantar; 52,9% receberam uma alimentação feita só para a criança e 43,1% receberam a mesma alimentação da família. Quanto à consistência da alimentação 43,1% receberam em pedaços, 31,4% amassada e 23,1% peneirada ou liquidificada; 76,5% das crianças consumiram carne, 94,1% feijão e 98% legumes e verduras.

Tabela 4 - Variáveis referentes ao consumo de alimentos sólidos do dia anterior à entrevista até o momento da mesma (24 horas) e a frequência com que ocorrem nos grupos: crianças menores de seis meses e crianças maiores de seis meses.

Variáveis	<6		≥ 6	
	n	%	n	%
Comeu fruta em pedaços ou amassada				
Sim	9	12,7	47	92,2
Não	62	87,3	4	7,8
Comeu comida de sal				
Sim	4	5,6	50	98,0
Não	67	94,4	1	2,0
Refeições				
Não se aplica	67	94,4	1	2,0
Almoço	4	5,6	11	21,6
Almoço e jantar	0	0,0	39	76,5
Tipo de alimentação				
Não se aplica	67	94,4	1	2,0
A mesma da família	0	0,0	22	43,1
Feita só para a criança	4	5,6	27	52,9
Industrializada de potinho	0	0,0	1	2,0
Consistência da alimentação				
Não se aplica	67	94,4	1	2,0
Em pedaços	0	0,0	22	43,1
Amassada	4	5,6	16	31,4

Variáveis	<6		≥ 6	
	n	%	n	%
Consistência da alimentação				
Pencirada	0	0,0	2	3,9
Liquidificada	0	0,0	10	19,2
A comida possuía algum tipo de carne				
Não se aplica	67	94,4	1	2,0
Sim	2	2,8	39	76,5
Não	2	2,8	11	21,6
A comida possuía feijão				
Não se aplica	67	94,4	1	2,0
Sim	1	1,4	48	94,1
Não	3	4,2	2	3,9
A comida possuía legumes e verduras				
Não se aplica	67	94,4	1	2,0
Sim	4	5,6	50	98,0
Não	0	0,0	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa.

O consumo de alimentos como sucos artificiais, refrigerantes e café não foi realizado pelas crianças menores de seis meses, contudo, alimentos adoçados com açúcar foram consumidos por 2,8% das crianças, enquanto alimentos ultraprocessados como bolachas, biscoitos e salgadinhos foram consumidos por 5,6%. Todos esses ali-

mentos estão presentes na alimentação das crianças maiores de seis meses, sendo que 29,4% consumiram sucos industrializados, 15,7% refrigerantes, 3,9% café, 70,6% alimentos com açúcar e 84,3% bolachas, biscoitos e salgadinhos (Tabela 5).

Tabela 5 - Variáveis referentes ao consumo de alimentos industrializados do dia anterior à entrevista até o momento da mesma (24 horas) e a frequência com que ocorrem nos grupos: crianças menores de seis meses e crianças maiores de seis meses.

Variáveis	<6		≥ 6	
	n	%	n	%
Tomou suco industrializado				
Sim	0	0,0	15	29,4
Não	71	100,0	36	70,6
Tomou refrigerante				
Sim	0	0,0	8	15,7
Não	71	100,0	43	84,3
Tomou café				
Sim	0	0,0	2	3,9
Não	71	100,0	49	96,1

Variáveis	<6		≥ 6	
	n	%	n	%
Recebeu alimento adoçado com açúcar				
Sim	2	2,8	36	70,6
Não	69	97,2	15	29,4
Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho				
Sim	4	5,6	43	84,3
Não	67	94,4	8	15,7

Fonte: dados da pesquisa.

O uso de mamadeira, chuquinhas e chupetas foi muito frequente tanto nas crianças menores de seis meses quanto nas maiores. No primeiro grupo, 50,7% usavam

mamadeira ou chuquinha e 62,0% usavam chupeta, já no segundo grupo, 86,3% usavam mamadeira ou chuquinha e 56,9% usavam chupeta.

DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se um predomínio do AME na 1ª hora pós-parto e alta prevalência deste nos Hospitais, mas a suplementação com outros leites também foi uma prática comum. Ressalta-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o AME seja mantido até os seis meses de idade e que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem recebendo leite materno até os dois anos ou mais.⁸ Percebeu-se entre as mulheres que não é comum oferecer água ou chá para os recém-nascidos nos hospitais, o que estimula a manutenção do AM.

Verificou-se que a maioria dos lactentes menores de seis meses do presente estudo recebe leite materno, mas a prevalência para AME é bem menor, sendo de 33,8%, valor inferior ao encontrado pela PNDS⁶ que foi de 38,6% e por Beche⁴ de 55,1%. Percebeu-se um alto consumo de água e chás oferecidos em casa para esse grupo. Nas crianças maiores de seis meses, a taxa de AM foi baixa, o que comprova a prática do desmame precoce verificada na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (PPAM), realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal,⁹ que encontrou a introdução de água, chás, sucos e outros leites ainda nas primeiras semanas de vida da criança.

Alguns lactentes receberam papinha salgada antes dos seis meses. Estudos apontaram que essa introdução precoce pode caracterizar uma importante fonte de contaminação e desestimular o AM, garantindo menos fatores de proteção à criança.¹⁰ Além disso, somente aos seis meses, a criança atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção)

que a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno.⁵ Para os maiores de seis meses, o fator mais preocupante foi o alto consumo de papinhas peneiradas ou liquidificadas, sendo que os alimentos nessa fase devem ser consumidos sob a forma de purês, podendo ser amassados, mas nunca coados ou liquidificados.¹¹ Ressalta-se que o pequeno volume gástrico das crianças impede que elas supram suas necessidades energéticas por meio de alimentos diluídos.¹² Além disso, o Ministério da Saúde orienta que crianças com 12 meses devem receber a mesma alimentação da família.¹³

No presente estudo, as mães das crianças menores de seis meses relataram ter dado aos seus filhos papa de frutas e suco de frutas, caracterizando a introdução precoce da AC. A recomendação atual da OMS é de que a AC seja iniciada aos seis meses de idade, e de forma gradativa,¹⁴ visto que a alimentação introduzida antes desse tempo pode gerar danos à saúde da criança, com exceção de casos específicos.¹⁰ Para o grupo das crianças maiores de seis meses, o consumo de papas e sucos de frutas foi elevado, porém, algumas mães relataram a recusa alimentar como fator limitante para o consumo. Destaca-se que é muito comum a criança rejeitar novos alimentos, não devendo esse fato ser interpretado como uma aversão permanente. A criança precisa ser exposta a um novo alimento de oito a 10 vezes para que o aceite bem.⁵

O consumo de carnes, frango, peixes e miúdos e do feijão foi muito frequente na presente pesquisa, estudos mostram que tais alimentos permitem o suprimento adequado do Ferro, tão importante para reduzir a prevalência da anemia ferropriva no país.¹² Além disso, cabe mencionar que devem fazer parte da AC todos os grupos alimen-

tares: cereais, frutas, legumes, verduras e raízes, além dos grupos da carne, da gordura e do ovo.³

Foi encontrado ainda como um resultado relevante o consumo excessivo de produtos processados e ultra-processados com alto teor de açúcares, como sucos industrializados, refrigerantes, café, alimentos adoçados e bolachas, biscoitos e salgadinhos. De acordo com Simon,¹⁵ a introdução desses na alimentação das crianças menores de dois anos é fator predisponente ao sobrepeso e à obesidade, uma vez que esses alimentos possuem alta densidade energética, além de atraírem o grupo infantil sensorialmente, fazendo com que as crianças prefiram consumi-los.

O uso de mamadeiras, de chuquinhas e de chupetas também foi muito frequente nos dois grupos, sendo fator de desestímulo à amamentação, pois diminui a produção do leite materno e dificulta a sua retirada. Além disso, a introdução precoce da chupeta se relaciona ao hábito cultural usado para acalmar a criança, fato muito percebido em países subdesenvolvidos.¹ Estudo demonstrou que crianças que não usavam chupetas tiveram uma probabilidade de manter o AM 4 vezes maior do que as que usavam.¹⁶ A II PPAM⁹ observou taxa de 63,8% para o uso de mamadeiras em crianças menores de 12 meses na região Sudeste, sendo a maior encontrada no Brasil.

No que diz respeito ao perfil do nascimento das crianças, verificou-se que a maioria das mães entrevistadas teve seus partos realizados na rede pública e procuram a mesma para as consultas de rotina de seus filhos. Afonso¹ encontrou associação negativa entre nascimentos na rede pública e prevalência do AM em Juiz de Fora. Outro estudo encontrou resultado controverso, tendo observado taxa de AME até o quarto mês de 47,37% para os nascidos na rede pública e de 31,58% para os nascidos na rede particular.¹⁷ Outros trabalhos encontraram associação positiva quando os nascimentos são realizados em Hospitais Amigos da Criança,¹⁸ sendo que estudo recente observou taxas de AME 2 vezes maiores nos hospitais com o título em relação aos sem o título.¹⁹ Ressalta-se que, atualmente, em Juiz de Fora apenas um hospital tem o título de Amigo da Criança. Tamasia¹⁴ encontrou que crianças acompanhadas em serviços públicos têm maiores chances de serem amamentadas exclusivamente antes dos seis meses de idade do que de receberem a alimentação complementar após essa idade, devido ao maior preparo dos profissionais de saúde para orientarem sobre AM do que sobre AC.

Em um estudo similar realizado no município de Juiz de Fora, no ano de 2005, os autores relataram que a procura pelo parto cesariano foi de 51,6%²⁰, dado semelhante ao encontrado no presente estudo, no qual a frequência de parto cesáreo foi de 53,3%. Ressalta-se que, devido ao

trauma causado pelo parto cirúrgico, é comum as mães não conseguirem amamentar na 1ª hora pós-parto, uma vez que as respostas endócrinas maternas ficam alteradas, o que provoca dor e sonolência, atrapalhando as primeiras mamadas.²¹

No presente estudo, a frequência de mães primíparas e múltíparas foi muito semelhante. Na pesquisa realizada por Afonso,²⁰ a primiparidade também foi considerada como fator protetor ao AM. Verificou-se, também, neste trabalho, que a maioria das mães entrevistadas possuía o Ensino Médio Completo, sendo este fator associado ao sucesso do AM²² e o acesso à informação sobre a importância do AM foi apontado como fator que favorece o AM.² Uma outra investigação encontrou 2,2 vezes maior chance de mães com escolaridade inferior a oito anos de estudo oferecerem doces aos seus filhos e 1,5 vezes maior de oferecerem alimentos do grupo do leite e derivados.²³

Foi encontrada ainda uma frequência elevada de mães que não estão trabalhando fora de casa, o que é considerado como fator facilitador da manutenção do AM e da AC adequada,¹⁵ reduzindo a possibilidade de introdução de mamadeiras com outro leite.²⁰ Além disso, estudo encontrou chance 2,0 vezes maior de que mães que trabalham fora de casa ofereçam doces para seus filhos e 2,4 vezes maior de oferecerem alimentos do grupo do leite e derivados antes dos seis meses.²³ Portanto, o dado encontrado deveria se associar positivamente ao AM, aumentando a sua prevalência, o que não foi encontrado no presente estudo.

A mediana do peso ao nascer esteve dentro do valor adequado preconizado pela OMS (3000g a 3500g). Segundo Tamasia,¹⁴ o baixo peso ao nascer encontra-se como fator de risco para o desmame precoce. Estudos apontam a maior idade materna como fator positivo em relação à intenção de amamentar,²⁰ porém outros autores não encontraram diferenças na prevalência do AME em mães adultas em relação às adolescentes.²

CONCLUSÃO

Foi possível observar, por meio dos resultados desta investigação, que muitos fatores protetores ao AM estão presentes na rotina dos hospitais de Juiz de Fora, como promover o AM na 1ª hora pós-parto e não oferecer líquidos como água e chás aos recém-nascidos; além disso, muitos fatores maternos, como possuir Ensino Médio Completo, não trabalhar fora de casa também são favoráveis à amamentação. O fato de a cidade possuir um hospital com o título de Amigo da Criança e o grande número de crianças nascidas com peso adequado também atuam como fatores positivos para o AM. Dentre os principais

fatores negativos encontrados estão os nascimentos na rede pública, o parto cesariano, a menor idade materna, a multiparidade e a introdução precoce de mamadeiras, chuchinhas e chupetas.

Com relação a AC, encontrou-se o elevado consumo de alimentos fonte de ferro e de frutas como fatores promotores da AC adequada; já o alto consumo de mingaus acrescidos de farináceos, a introdução precoce da AC, o elevado consumo de papinhas salgadas coadas ou liquidificadas e a grande prevalência de produtos industrializados na rotina alimentar dos lactentes foram os principais fatores que desfavorecem a AC oportuna e adequada.

Diante desse quadro, torna-se necessária a execução de ações voltadas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, priorizando orientar os pais, para que as taxas de AM e AC adequadas melhorem na cidade. Além disso, é importante que os gestores municipais tenham acesso aos resultados desta pesquisa, a fim de promover a elaboração de políticas voltadas à saúde coletiva e garantir melhor qualidade de vida para os lactentes.

REFERÊNCIAS

1. Afonso VW. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora – MG [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 349 f.
2. Gusmão AM, Béria JU, Gigante LP. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2013 nov.
3. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev. Nutr. Campinas*. 2005 jul./ago.; 18(4):459-469.
4. Beche N, Halpern R, Stein AT. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em um município serrano do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista da AMRIGS*. Porto Alegre. 2009 out./dez.; 53 (4):345-353.
5. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr*. Rio de Janeiro. 2004; 80(5):131-141.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *Bepa: São Paulo*. 2010; 7(83):4-15.
8. 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: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
9. 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/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
10. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação Complementar. *J. Pediatr*. Rio de Janeiro. 2000; 76(3):253-262.
11. World Health Organization (WHO). Complementary feeding. Report of the global consultation: summary of guiding principles. Geneva: WHO; 2002 b.
12. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev. Nutr. Campinas*. 2010 maio/jun.; 23(3):475-486.
13. Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia nacional para alimentação complementar saudável: Caderno do Tutor/Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. Tamasia GA. Perfil da amamentação e alimentação complementar no município de Registro – SP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2013. 140f.
15. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(1):60-9.

16. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79(4).

17. Silva COM, Silva MO, Perusso MKJ, Costa CRO, Genestra M. Aleitamento Materno Exclusivo (AME), pré-natal particular e pré-natal público: estudo de casos cadastrados em um Programa de Saúde da Família do sul fluminense. *Cadernos UniFOA. Edição Especial Prefeitura Municipal de Volta Redonda*; 2008 out..

18. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(3):422-8.

19. Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME, Oliveira ASD, Lobato G. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2011 jul.; 27(7):1349-1361.

20. Afonso VW, Ribeiro LC, Alves MJM, Bustamante – Teixeira MT, Monteiro MFG. Fatores maternos associados à prevalência do aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora, Minas Gerais. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP); 18 a 22 de setembro de 2006; Caxambu. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG; 2006.

21. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79(1).

22. Romanini BV. Aleitamento materno em crianças nascidas com peso inferior à 2000g até seis meses de vida [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 63f.

23. Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação Complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev. Paul. Pediatr*. 2009; 27(3):258-264.

Submissão: outubro de 2014

Aprovação: março de 2015
