

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

LORUAMA FONSECA DE SOUZA

**CONCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE A INTRODUÇÃO PRECOCE DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES ATÉ SEIS MESES DE VIDA**

**NATAL / RN
2010**

Você não precisará de sonhos para ser um trabalhador comum, massacrado pela rotina, que faz tudo igual todos os dias e vive apenas em função do salário no final do mês. Mas precisará de muitos sonhos para ser um profissional que a procura a excelência, amplia os horizontes de sua inteligência fica atento às pequenas mudanças tem coragem para corrigir rotas, tem capacidade para prevenir erros, tem ousadia para fazer de suas falhas e dos seus desafios um canteiro de oportunidades. Precizará de sonhos para enxergar soluções que ninguém vê, para apostar naquilo que crê, para encantar seus colegas, para surpreender sua equipe de trabalho.

(CURY, 2004, p. 148)

LORUAMA FONSECA DE SOUZA

**CONCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE A INTRODUÇÃO PRECOCE DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES ATÉ SEIS MESES DE VIDA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Izete Soares da Silva Dantas Pereira. (Dra.)

NATAL /RN
2010

LORUAMA FONSECA DE SOUZA

CONCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE A INTRODUÇÃO PRECOCE DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES ATÉ SEIS MESES DE VIDA.

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: __/__/__

Prof.^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira (Dra.)
Orientadora
FARN

Prof. André Luiz Silva Davim (Mst.)
Membro Examinador
FARN

Prof.^a Maria Teresa Pires Costa (Mst.)
Membro Examinador
FARN

Dedico

Este trabalho a minha família, em especial ao meu filho Pedro Lucas Souza Pinto pela compreensão dos muitos momentos que foi preciso me ausentar de sua companhia, do meu companheiro Dartagnan A. C. Poerschke e aos demais que jamais mediram esforços em minha formação pessoal e profissional, cujos exemplos de honestidade e sabedoria sempre estiveram presentes em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por ter-me proporcionado saúde para enfrentar essa árdua caminhada, servindo-me de guia e abastecendo-me de conhecimentos, ânimo e coragem na busca de me tornar uma pessoa cada vez melhor.

A todos os professores do curso de enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, em especial a minha Coordenadora Prof^a Jussara Machado Sucar.

Aqueles colegas e amigos em especial as minhas grandes amigas Atenieire Araujo de Oliveira e Virginia Lane Gomes da Silva que sempre estiveram ao meu lado, que de algum modo contribuem para que as nossas vidas sejam mais justas e fraternas.

Por fim, agradeço à minha Orientadora, Prof^a Dr^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira, pela incumbência de orientar-me neste trabalho de final de graduação com toda sua paciência e sabedoria.

RESUMO

O leite materno é muito importante para a criança, pois constitui-se da primeira vacina evitando principalmente doenças alérgicas, infecções respiratórias e diarreias. Pelo exposto diz-se que o Aleitamento Materno Exclusivo e Alimentação Complementar consistem em importantes fatores para o crescimento e o desenvolvimento infantil, que devem ser avaliados e recomendados na consulta de enfermagem. Por esse motivo a construção da pesquisa teve por objetivo geral identificar a concepção das mães sobre as desvantagens da introdução precoce da alimentação complementar em crianças de até seis meses de vida. Os objetivos específicos consistiram em: Traçar o perfil sócio-demográfico das mães quanto às variáveis: Escolaridade, idade, primiparidade, trabalho, tipo de parto, peso do recém-nascido ao nascer, uso da chupeta e apoio familiar na amamentação; Conhecer a percepção da mãe sobre a dieta infantil para o primeiro semestre de vida da criança e Identificar os motivos apresentados pela mãe para introdução da alimentação complementar precoce nos primeiros seis meses de vida. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada no Centro de Saúde da Vila de Pescadores do Bairro de Ponta Negra. Foram adotados os métodos descritivo e exploratório através de uma entrevista semi-estruturada com o público alvo formado por quinze puérperas. Os relatos puderam mostrar que a maioria das entrevistadas realizaram apenas a prática do aleitamento materno exclusivo e a consequente introdução da alimentação complementar em tempo oportuno, ou seja, somente após os seis meses de vida dos seus bebês ao referir seus conhecimentos acerca deste tema. Também ficou evidenciado que as condições socioeconômicas e culturais não contribuíram para a prática do desmame precoce. Foi necessário estudar vários aspectos, em especial, os sociais, os culturais os econômicos e os hábitos alimentares que poderiam estar influenciando para que a alimentação complementar precoce pudesse ser implementada. Assim, concluí-se pela importância que o profissional de saúde exerce neste processo, a partir da orientação prestada durante o pré-natal e cujos resultados podem ser identificados na consulta de enfermagem em puericultura. Nesse estudo as causas mais frequentes do desmame precoce e da introdução da alimentação complementar, não foram confirmadas.

Palavras-Chave: Aleitamento materno. Alimentação Complementar. Desmame Precoce.

ABSTRACT

The breast-milk is very important to the infant, it's considered to be the first immunization and protection against allergic diseases, respiratory infections and diarrhea. Therefore, the exclusive breastfeeding and the complementary feeding are determinant factors of infant growth and development, and because of that both of them should be evaluated and recommended at the nursing consultation. For that reason the general objective of this research is to identify the mother's conception of the disadvantages to the early introduction of the complementary feeding, in children aged until 06 months. Specific objectives are to describe the mother's epidemiological profile when it comes to relevant variables: level of education, age, primiparity, maternal employment outside the house, types of delivery, baby birth weight, use of pacifier and family encouraging breast feeding; to know the mother's conception of the infant dietary in the first 06 months of life and to identify the mother's reasons to the early complementary feeding. This research has a qualitative approach developed at a health center in the fishermen village in *Ponta Negra*. A descriptive and exploratory method was adopted involving a semi-structured interview with *fifteen* postpartum women. The results of this study show that most interviewees are exclusively breastfeeding at first and then only at the proper time introducing the complementary feeding, that is, only after the first six months of life. Socioeconomic and cultural status also are suggested to don't contribute to the early weaning. Several aspects were taken into account such as and especially the social, cultural and economic aspects and nutrition habits that might be influencing upon the implementation of precocious nourishing. In conclusion, it is suggested that the health professionals have an important role in this process, since during the prenatal care realized by post-partum nursing consultation, where the results can be *identified*. Nevertheless, the most common causes of the early weaning and complementary feeding were not confirmed.

Keywords: Breastfeeding. complementary feeding. early weaning.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Condições socioeconômicas das mães de crianças que estão em uso do aleitamento materno ou da alimentação complementar, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no período de julho a agosto de 2010, Natal-RN. _____ 31

TABELA 2- Variáveis materno-infantil das mães entrevistadas que estão em uso do aleitamento materno ou da alimentação complementar, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no período de julho a agosto de 2010, Natal-RN. _____ 35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	13
2.1.BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	15
2.1.1 Vantagens Nutricionais	16
2.1.2 Vantagens Para o Bebê	17
2.1.3 Vantagens Para a Mãe	17
2.1.4 Vantagens Para o Meio Ambiente	18
2.1.5 Vantagens Econômica	19
2.2 DESMAME PRECOCE	19
3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	21
4 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM	25
4.1 ORIENTAÇÕES PARA AS MÃES QUANTO À ÉPOCA E FREQUÊNCIA DE INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	27
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 CONDIÇÕES SÓCIOECONÔMICAS	29
5.2 VARIÁVEIS MATERNO-INFANTIL	33
5.3 CARACTERIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL QUANTO A CONCEPÇÃO MATERNA	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	50
ANEXO	58

1 INTRODUÇÃO

Durante as aulas de graduação e até mesmo através da mídia recebe-se informações sobre a importância de uma boa saúde. A cada dia é agregado à vida novas dietas, sempre carregadas de mitos, em busca de uma saúde melhor ou até mesmo algo que nos alimente adequadamente. Estes fenômenos sociais têm influência na introdução prematura de alimentos ditos complementares na dieta dos nascituros, quando já é sabido pela literatura médica que até aos seis meses de vida, a criança deve alimentar-se exclusivamente do leite materno.

É a partir desse mito que se resolveu elaborar esta monografia elegendo como problemática “Concepção das Mães Atendidas em um Determinado Centro de Saúde de Natal Sobre a Introdução Precoce da Alimentação Complementar em Lactentes até Seis Meses de Vida” Após a leitura de vários artigos científicos percebem-se que essa prática é perigosa e pode trazer sérios danos à saúde dos filhos. Quanto mais tempo a criança for amamentada mais proteção e nutrição ela terá. No entanto, as nutrizes de forma ingênua estão implementando alimentos complementares aos seus filhos antes dos seis meses de vida, substituindo com isso o valioso leite materno. Por essa razão, pretende-se descobrir os motivos pelos quais as nutrizes aderem a este hábito inadequado. Conhecer a concepção das mães acerca da introdução da alimentação complementar antes dos seis meses de vida torna este estudo significativo para a promoção e prevenção dos agravos à saúde dos recém-nascidos.

Portanto, com a elaboração desta pesquisa pretendeu-se obter resultados que proporcionem levar ao conhecimento das nutrizes os fatores que estão incentivando esta prática.

Este estudo teve por objetivo geral, Identificar a concepção das mães sobre as desvantagens da introdução precoce da alimentação complementar em crianças de até seis meses de idade em um Centro de Saúde na Cidade de Natal. Os objetivos específicos foram:

- Caracterizar as mães quanto às variáveis: Escolaridade, idade, primiparidade, trabalho, tipo de parto, peso do recém-nascido ao nascer, uso da chupeta e apoio familiar na amamentação.

- Conhecer a percepção da mãe sobre a dieta infantil para o primeiro semestre de vida da criança.
- Identificar os motivos apresentados pela mãe para introdução da alimentação complementar precoce nos primeiros seis meses de vida.

A principal justificativa para o tema proposto esteve relacionada às condições desfavoráveis de se antecipar alimentos complementares ao leite humano antes dos seis meses de vida. Na intenção de reduzir a alta prevalência do abandono da amamentação consegue-se identificar as desvantagens da introdução precoce dos alimentos complementares com o consequente risco de desnutrição. Busca-se, então, cada vez mais estimular a introdução da alimentação complementar somente após os seis meses de vida acompanhados pelo leite materno até aos dois anos.

Inúmeras pesquisas realizadas em países em desenvolvimento e países industrializados demonstram que a redução do aleitamento materno ou a substituição deste por alimento complementar pode elevar substancialmente os índices de morbimortalidade infantil, além de comprometer o perfeito desenvolvimento neuropsicomotor da criança (MONTE; GIUGLIANE, 2004).

A insistência ao introduzir de forma inadequada a alimentação complementar em tempo inoportuno, tende acirrar ainda mais o referencial existente entre a proposta científica e a realidade encontrada. Pretende-se então desenvolver a pesquisa buscando obter informações das mães acerca do tema, a fim de que se possa demonstrar as vantagens da alimentação complementar somente após o sexto mês de vida da criança. Logo, com base na resposta final desta pesquisa, serão acrescentadas novas informações do assunto estudado, como também a consequente contribuição para a sociedade.

No presente estudo, foram utilizados os métodos descritivo-exploratório e de campo com abordagem qualitativa, pois o mesmo foi desenvolvido no Centro de Saúde da Vila de Pescadores do Bairro de Ponta Negra, zona sul da Cidade de Natal. A população deste estudo foi constituída por 15 puérperas, das quais fizeram parte da amostra aquelas que compareceram ao Centro de Saúde no mês de julho e agosto de 2010, sendo que o critério de inclusão consistiu de puérperas que estão fazendo uso da amamentação ou que já amamentaram e introduziram alimentação complementar. Os critérios de exclusão foram definidos por aquelas impossibilitadas de amamentar e menores de 18 anos de idade. O estudo desenvolveu-se através de

entrevista semi-estruturada utilizando o formulário como instrumento de coleta de dados, realizado após prévia aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN (órgão avaliador).

Os dados foram processados em microcomputador no programa Microsoft Word para análise e com a utilização de gráficos e tabelas.

2 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

O aleitamento materno exclusivo é recomendado nos primeiros seis meses de vida, no entanto, a duração e, conseqüente, abandono do aleitamento materno favorecem a introdução precoce da alimentação complementar em crianças menores de seis meses de idade. Esta observação aponta elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil além de suas inúmeras desvantagens (VIEIRA et al., 2004).

Verifica-se a existência de muitas complicações que podem surgir no início do aleitamento materno. O trabalho e estímulo para a amamentação devem ser iniciados durante a gestação, exames cuidadosos devem ser realizados com as mamas e os problemas devem ser corrigidos para garantir o êxito do aleitamento. Observa-se que muitas mulheres não recebem orientação prática e psicológica sobre amamentação, sendo a falta de orientação adequada a principal causa de descontinuidade do aleitamento materno (GIUGLIANI, 2000).

Malformações da mama ou dos mamilos como: mamilos planos, invertidos e pseudo-invertidos, podem prejudicar a ordenha ou sucção do bebê. De modo que quando o bebê não pega corretamente a mama pela boca sugando somente o mamilo, ocorre só a sucção do mamilo, sendo a causa mais comum de problemas de aleitamento materno, acarretando em inflamações na mama, as mamas ingurgitadas, ou seja, muito volumosa também podem gerar dificuldades na amamentação (GIUGLIANI, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define aleitamento materno exclusivo, quando a criança recebe dieta oral em seio materno ou extraído das mamas, sem que haja a oferta de nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de gotas de xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos. Trata-se de um alimento completo, pois é composto de água, possuindo todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento infantil. É isento de contaminação e oferece os fatores de proteção contra diarreia e infecções (Apud OMS BARBOSA et al., 2009).

Segundo Vieira, Silva, Filho (2003), desde março de 2001 a OMS adotou a idade de seis meses para a introdução de alimentos complementares. Só em 2002 se atingiu ao final o consenso mundial, que não há nenhum benefício que possa

ultrapassar os riscos e as desvantagens da introdução precoce de alimentos complementares, antes dos 180 dias de vida.

No Brasil, segundo Simon; Souza e Souza (2003) a prática do aleitamento materno apresentava uma curva descendente nos anos de 1970, mas com o implemento dos programas de incentivo ao aleitamento materno instituído nos anos de 1980, este cenário mudou, mas não de forma significativa. Barbosa et al. (2007) mostra que em 1999 a duração da amamentação exclusiva em todo o país encontrava-se na mediana de 1,1 mês. Complementando esses dados, Vieira, Silva e Filho (2003) citam que o aleitamento materno continuado por um ano prevaleceu em 41% das crianças. Já em 2004, os recém-nascidos até os 120 dias de vida que receberam assistência do Programa Saúde da Família e que se encontravam em aleitamento materno exclusivo atingiram o índice de 69%, refletindo assim uma curva ascendente desta prática (PEREIRA; BACHION, 2008).

Seguindo o mesmo contexto histórico foi durante os anos de 1970, que deram início ao movimento que estimulava a prática da amamentação, como forma de alimentação do lactente, destacando a necessidade de conscientizar as mães sobre os benefícios da amamentação, provando que o leite de outras espécies usados na substituição ao leite humano, poderia aumentar o risco de agravo a saúde das crianças (GIUGLIANI ; LAMOUNIER, 2004).

Dentre os programas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, no ano de 1981 foi implantado o PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno com ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno com a finalidade de reduzir a morbimortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras. Este programa inclui em suas ações o Hospital Amigo da Criança, o Banco de leite Humano, a Fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, a Fiscalização da Comercialização de Bicos, Chupetas e Mamadeiras, a Capacitação de Profissionais de Saúde e de outros profissionais em aleitamento materno, a Comemoração da Semana Mundial da Amamentação e o Projeto Bombeiro Vida (ARAÚJO et al., 2003).

Em 1983 foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil por causas evitáveis tendo como eixo norteador o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

infantil, onde inclui como uma de suas ações o aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame (ARAÚJO et al., 2003).

A Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, criada em 2005 tem a finalidade de organizar uma rede única integrada de assistência no cuidado integral à saúde da criança instituindo como linhas de cuidado o incentivo ao aleitamento materno no: pré-natal, sala de parto e maternidade após a alta, na semana de saúde integral, proteção legal ao aleitamento materno e mobilização social, Banco de Leite Humano, alimentação saudável e prevenção da obesidade Infantil e no combate a desnutrição a anemias carenciais (NETO et al., 2008).

2.1. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

O alimento ideal para as crianças nos primeiros seis meses de vida é, sem dúvida, o leite materno. Suas vantagens estão muito bem documentadas na literatura mundial. Com base em evidências científicas, a Organização Mundial da Saúde recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo por seis meses, além de sua manutenção, com adição de alimentos complementares, até os dois anos ou mais. Estudos demonstram que crianças amamentadas exclusivamente ao seio são menos acometidas por doenças. Há evidências de que o aleitamento materno nos primeiros meses de vida diminui o risco de hospitalização por pneumonia (VIEIRA; SILVA; FILHO, 2003).

De acordo com Fujimore; Ohara (2009) é necessário promover aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, por ser um alimento completo e que proporciona inúmeras vantagens para a saúde da criança e da mulher. De acordo com a Academia Americana de Pediatria - AAP diminui a incidência de infecções respiratórias, enterocolite necrosante, otite média, morte súbita, diarreia, infecção do trato urinário, diabetes, leucemia, excesso de peso, doença de Hodgkin, asma e hipercolesterolemia para a criança.

Para a mãe o ato de amamentar diminui os riscos de adquirir câncer de mama e ovários, contribui para maior amenorréia pós-parto, morte por artrite reumatóide e fraturas ósseas. No entanto, é importante fazer a introdução gradativa de alimentos complementares após o sexto mês de vida a fim de complementar o

leite materno, embora se continue priorizando a manutenção da amamentação até os dois anos de vida (GIUGLIANI, 2000).

De acordo com vários autores, ao longo de muitos anos têm-se proporcionado um aumento dos conhecimentos sobre as vantagens do ato de amamentar, das quais estão descritas abaixo:

2.1.1 Vantagens Nutricionais

O leite materno é rico em gorduras, proteínas, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobinas, enfim, é completo com todos os nutrientes necessários para a alimentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida. É rico também em ácidos graxos insaturados e essenciais, imprescindíveis para o crescimento do cérebro e para a retina, o que provavelmente é uma das justificações para as vantagens cognitivas e da visão, pois são importantes para o desenvolvimento e mielinização do sistema nervoso central (LAMOUNIER; VIEIRA; GOUVÊA, 2002).

Apesar de o leite materno ser composto de 87% de água, os outros 13% restantes são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento da criança, preparando-a para receber adequadamente os alimentos que lhe serão ofertados e induzidos gradualmente. A gordura do leite humano proporciona a energia para o crescimento e pleno desenvolvimento infantil. O leite humano, também contém concentrações de aminoácidos essenciais de alto valor biológico como cistina e taurina que são fundamentais ao crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central além da caseína que é a proteína responsável pela proteção contra infecções intestinais (LAMOUNIER; VIEIRA; GOUVÊA, 2002).

Até os seis meses de vida o pH é totalmente alcalino (pH= 06), devido a ação do líquido amniótico o que permite que as proteínas como enzimas, hormônios e imunoglobulinas, atravessem a barreira gástrica intactas sem perder a capacidade funcional. Além disso, o colostro, primeiro leite excretado das mamas, permite que o hormônio LH estimule a maturação do intestino delgado através de outros hormônios, dos fatores de crescimento, dos peptídeos e das glicoproteínas, e ainda, é rico em anticorpos, imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgD) e leucócitos dos quais previnem a colonização e invasão por bactérias possuindo quantidades adequadas de cobre, zinco e lactoferrina (CARBONARE; SAMPAIO, 2002). Outro fator

importante, é que 70% do ferro é absorvido, sendo assim, 40% da taxa calórica/energia é usada no crescimento durante o primeiro ano de vida. No final deste primeiro ano de vida, o gasto calórico cai para 20%, então nesse momento, a alimentação deve ser balanceada e adequada à idade da criança (LAMOUNIER; VIEIRA; GOUVÊA, 2002).

2.1.2 Vantagens para o Bebê

Amamentar o bebê exclusivamente com leite materno até o sexto mês de vida pode melhorar significativamente a sua saúde promovendo a proteção imunológica, a proteção contra microorganismos específicos como vírus e bactérias, a probabilidade de diminuir as infecções respiratórias como pneumonias e bronquiolites (LEVY; BÉRTOLO, 2007). A criança também irá adquirir uma maior resistência às diarreias, otites e infecções urinárias, com sensível redução da cárie dentária e o melhor desenvolvimento mandibular, dentário e da fala, terá uma menor probabilidade de linfomas e leucemia, de enfrentar problemas de obesidade infantil diminuindo a incidência de tensão arterial e o colesterol total. Também poderá diminuir a probabilidade de eczemas, asma e a morte súbita. Proporciona mais conforto, ajuda na hidratação e na recuperação quando o recém-nascido estiver doente. O bebê que se alimenta somente com leite materno responde de forma mais positiva à vacinação (VIEIRA; SILVA; FILHO, 2003).

2.1.3 Vantagens para a Mãe

A amamentação aumenta a produção de ocitocina, a qual vai promover as contrações que vão facilitar a expulsão da placenta e ajudar o útero a recuperar o seu tamanho inicial contribuindo para recuperação mais rápida do seu peso habitual, involução uterina mais rápida, verificando-se também um menor sangramento após o parto (BRASIL, 2009).

A mãe que amamenta o seu filho por um período razoável, terá como benefícios, uma recuperação rápida pós-parto, pois produzir leite e amamentar consome cerca de 600/700 calorias por dia, voltando à forma pré-gravidez em menos tempo, diminui o risco de cancro da mama, pois se todas as mulheres amamentassem por 24 meses, ou mais, a incidência do cancro da mama diminuiria

em aproximadamente 25%. Diminui também o cancro do ovário e a osteoporose, de acordo com estudos recentes, a incidência de osteoporose em mulheres que não amamentaram foi quatro vezes superior relativamente às que amamentaram. Previne doenças cardíacas, artrite reumatóide e controla o diabetes. Segundo alguns estudos, amamentar reduz a necessidade de insulina em mães com diabetes insulínica durante o período pós-parto. Atrasa a menstruação, sendo um importante fator no espaçamento das gravidezes e controle da fertilidade. O leite materno é simples e conveniente, sempre pronto, sem a necessidade de aquecimentos, preparações e desinfecções. É microbiologicamente seguro e a utilização de enorme quantidade de utensílios desnecessários. Aumenta a confiança da mãe trazendo uma sensação de bem estar e segurança. Promove um vínculo mais íntimo com seu filho. Diminui o absentismo escolar/laboral, poupa tempo com preparo e aquecimento de outros tipos de leite, como também o trabalho extra de ter que lavar bicos e mamadeiras (GIUGLIANI, 2000).

2.1.4 Vantagens para o Meio Ambiente

Permitem poupar energia e recursos alimentares, evitando gastos com embalagens apropriadas, como também produtos de limpeza e desinfecção.

Evita-se a utilização de toneladas de alumínio, papel, tintas, plástico, silicone, borracha e vidro, que se gastariam na produção de latas, biberões, roscas, folhetos e pôsteres publicitários, etc. Amamentar é também um ato ecológico, pois todos estes materiais, bem como outras substâncias utilizadas na sua produção, são poluentes. Para além de se poupar água, eletricidade e gás necessários para a lavagem, desinfecção, fervura da água, etc (LEVY; BÉRTOLO, 2007).

2.1.5 Vantagens Econômicas

Existem numerosos estudos que apontam ser a forma mais segura e mais saudável de alimentação infantil, o aleitamento materno é também mais barato, com vantagens econômicas para as famílias principalmente em se tratando de um país como o Brasil em que a maioria da população vive com dificuldades financeiras, além de favorecer também as empresas e os sistemas de saúde. As vantagens econômicas advêm da redução de doenças e consequente diminuição em gastos

adicionais em cuidados de saúde, menor absenteísmo laboral, diminuem os custos com mamadeiras, bicos artificiais, gás de cozinha, leites artificiais, entre outros. Além disso, a redução de custos do Estado que muitas vezes é obrigado a importar fórmulas lácteas e leite em pó necessário para suprir a demanda nutricional do lactente (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

2.2 DESMAME PRECOCE

O desmame precoce é definido como a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de crianças que se encontram em aleitamento materno exclusivo, já o período de desmame é o tempo correspondente à inclusão deste alimento até a completa exclusão do leite materno (ARAÚJO et al., 2008).

A amamentação deve ser aprendida para o sucesso da permanência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, pois este não consiste de um fato totalmente instintivo do ser humano. Assim, após a alta hospitalar, a mulher sofre influências nos seus pensamentos e ações com o ato de amamentar em seu convívio social sendo este o momento em que se inicia a introdução precoce de outros alimentos (ARAÚJO et al., 2008). Dessa forma, são vários os fatores que possibilitam a ocorrência do desmame precoce.

Pesquisas relatam que o desmame precoce é um dos maiores responsáveis pelo aparecimento de Diabetes Mellitus tipo I e a diminuição do grau de entendimento e aprendizagem da criança, concluindo que pode ser um grande fator de risco para a população de baixa condição socioeconômica, tendo muitas chances de causar desnutrição e infecção, comprometendo o crescimento e desenvolvimento da criança (SANTOS; PIZZI, 2006).

No século XIX, o movimento higienista manteve a sua secularidade ao responsabilizar e transmitir culpa a mulher pelo desmame precoce no que se refere à utilização do leite fraco como alegação materna ao mesmo tempo em que negligenciou a fisiologia da lactação humana (RAMOS; ALMEIDA, 2003). No entanto, a partir do nascimento do filho, a mãe passa a observar, conhecer e compreender os seus comportamentos como a frequência do choro, do sono, a solicitação e aceitação das mamadas bem como a avaliação do seu crescimento e desenvolvimento. Diante deste conjunto de elementos observados ela passa a avaliar e questionar a sua capacidade física e biológica de nutrir a criança. É neste

momento que a maioria dos estudos aponta para a concepção da mãe de que seu leite não é de boa qualidade e quantidade o suficiente para a nutrição do recém-nascido (SILVA, 2000).

O segundo fator contribuinte para o desmame precoce, de acordo com Ramos; Almeida (2003) consiste nas intercorrências de mama puerperal das quais são citadas por Araújo et al. (2008), como ingurgitamento mamário, fissuras, mastites, mamilos invertidos, planos ou semi-protrusos, hipogalactia, entre outros. Todos esses problemas podem ser evitados com a ação de medidas preventivas ou curativas nas práticas assistenciais desde o pré-natal até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil realizados nas consultas após alta hospitalar.

Outras alegações maternas para a prática do desmame precoce são evidenciadas pela falta de experiência entre as primíparas e mães adolescentes e o trabalho materno fora de casa devido o crescimento da inserção da mulher no mercado de trabalho como uma das transformações sociais ocorridas desde os anos de 1970 (ARAÚJO et al., 2008).

Concorda-se com outros autores quando Vega; González (1993 apud UCHIMURA et al., 2001) identificaram que a idade dos pais, inferior a 20 anos, mães solteiras, nível de escolaridade menor de quatro anos de estudos, baixa renda socioeconômica, ocorrência de problemas durante o parto, gravidez indesejada e o desconhecimento pela mãe sobre a importância do aleitamento, como sendo alguns determinantes para a ocorrência do desmame precoce.

Ainda, Ramos; Almeida (2003) apontam em seus estudos as ações de saúde pública para promoção, proteção e mais o apoio à solidão e isolamento da mulher que amamenta o qual foi identificado como sendo mais uma das necessidades implicitamente vivenciadas por estas nutrizes que reflete na prática do desmame precoce com o objetivo de incluir nas ações assistenciais como algo exclusivo no setor saúde.

3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Somente a partir do sexto mês de vida da criança é que alguns sistemas encontram-se desenvolvidos: neurológico e trato gastrintestinal. Então é a partir deste momento que juntamente com o leite materno a alimentação complementar passa a ser necessária, pois, esse tipo de alimento preparado e modificado visa atender as necessidades nutricionais da criança com o objetivo de aumentar as quotas de energia e micronutrientes (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

As necessidades nutricionais da criança e a produção do leite materno, a partir dos seis meses de idade, não mais se completam, sendo preciso, neste momento, introduzir outros alimentos que forneçam os nutrientes necessários para favorecer o crescimento saudável e pleno desenvolvimento infantil. Assim, alimentação complementar é definida como qualquer tipo de alimento líquido ou sólido que não o leite materno oferecido à criança durante o período de aleitamento (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Alimentos de transição, que correspondem à antiga expressão “alimento de desmame, é a alimentação complementar associada ao leite materno preparado para oferecer a criança até que ela possa receber os mesmos alimentos consumidos pela sua família (BRASIL, 2009).

Fujimore; Ohara (2009) atentam para o cuidado na utilização da expressão alimentos de desmame, estes não devem ser utilizados como fonte primária em substituição ao leite humano o qual sugere sua completa interrupção.

Porém é observado que muito se orienta sobre aleitamento materno através dos programas e ações já criados e desenvolvidos. No entanto, verifica-se que a alimentação complementar está sendo relegado a segundo plano o que deveria caminhar paralelamente a amamentação. Conforme explanado, faz-se necessário refletir quanto e como as crianças estão recebendo este tipo de alimento. Brunken et al. (2006) relata que muito se tem avançado em pesquisas e na promoção do aleitamento materno, mas a alimentação complementar não tem sido explorada.

No Brasil, mais precisamente na Região Nordeste, os alimentos complementares são compostos pelos cereais, amiláceos derivados de raízes e tubérculos os quais fazem parte de alimentações de reduzida densidade energética e de baixa disponibilidade de micronutrientes. Os alimentos complementares são

representados, geralmente, pelos cereais, frutas, legumes, verduras e raízes, além dos grupos das carnes, gorduras e ovos. No entanto, estudos mostram que a alimentação é preparada à base de leite em pó ou líquido, acrescida de farináceo e açúcar, verificando-se que este tipo de alimento está presente em refeições de crianças antes dos seis meses de vida (OLIVEIRA et al., 2005).

As modificações físicas e fisiológicas como o desaparecimento do reflexo de protrusão de língua, a maturação da função gastrointestinal e renal e o desenvolvimento neuromuscular, entre o quarto ao sexto mês de vida do recém-nascido, favorecem a aceitação e tolerância da alimentação quanto à consistência e textura (BRASIL, 2009).

Existem predisposições genéticas herdadas dos pais no que se refere à sensibilidade específica para gostos e sabores possibilitando influenciar escolhas alimentares e daí proporcionar excesso ou déficit nutricional. Contudo, essa influência adquirida nos primeiros contatos com a alimentação complementar pode ser modificada ao longo da vida, por isso, neste momento, o comportamento dos pais frente aos obstáculos da alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras. Assim, através da estimulação dos sentidos como exemplo o olfato, sentindo o aroma dos alimentos ou de palavras incentivadoras, os pais podem contribuir positivamente no reconhecimento e aceitação do alimento oferecido. Inicialmente as crianças tendem a rejeitar esses novos alimentos que não lhes são conhecidos, por isso, para a aceitação da criança a este alimento, é necessário que seja oferecido em média de oito a dez vezes (BRASIL, 2009).

Brunken et al. (2006) apresentam os danos causados pela introdução precoce da alimentação complementar na dieta das crianças menores de seis meses de vida, ocasionando uma diminuição e posterior substituição do leite materno com consequente redução dos fatores de proteção, de absorção do ferro e zinco e da eficácia da lactação na prevenção de novas gravidezes. Outros fatores como o risco para infecções respiratórias, gastrintestinais e alergias; a pré-disposição para o Diabetes Mellitus tipo I; o retardo no crescimento e desenvolvimento da criança também são algumas das causas provocadas pela introdução da alimentação complementar precoce (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Conforme Carvalhaes; Parada e Costa (2007) o hábito de chupar chupeta, ou seja, contato precoce do neonato com bicos artificiais, problemas com as mamas (fissuras mamilares e ingurgitamento mamário) e sua relação com falhas

nas rotinas assistenciais dos serviços de saúde, são apontados como principais fatores no abandono da prática da amamentação e consequente introdução precoce de alimentação complementar. Já os fatores sócio-econômicos e demográficos, tais como, escolaridade, trabalho, idade materna e licença-maternidade são consideradas situações subsequentes aos fatores anteriormente citados.

O uso da chupeta interfere na amamentação diminuindo sua frequência e consequentemente, o completo desmame precoce além de comprometer a produção do leite, pois este é produzido através da estimulação da sucção do recém-nascido na aréola e mamilo do peito. Além de interferir no aleitamento materno, o uso de chupeta está associado a uma maior ocorrência de candidíase oral, de otite média e de alterações do palato (GIUGLIANI, 2000).

Soares et al. (2003) relata que os Hospitais Amigo da Criança executam os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, o qual foi desenvolvido e preconizado pela Organização Mundial de Saúde conjuntamente com o UNICEF. Nesses dez passos está incluído o não uso de mamadeiras e chupetas nas maternidades a após a alta hospitalar.

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia-hora após o parto;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou do ambulatório (ARAÚJO; OTTO; SCHMITZ, 2003).

Além disso, Soares et al. (2003) ainda mostra que em uma pesquisa realizada no ano de 1999, nas capitais brasileiras, 53% das crianças menores de um ano usavam chupeta. Esta prática contribui significativamente para o desmame precoce, pois o uso da chupeta prejudica a produção do leite materno devido às diferentes técnicas de sucção da chupeta e do seio.

Portanto, o sucesso da promoção da alimentação complementar, em últimas instâncias, ocorre apenas quando as mães e cuidadores conseguem colocar em prática as recomendações preconizadas. Para isso são essenciais definições de mensagens educacionais efetivas para atingir a adoção de práticas mais positivas, conhecimentos dos conceitos e opiniões das mães sobre a alimentação das crianças pequenas. O reconhecimento e valorização, pelo profissional de saúde, ajudam a mãe e o cuidador como elemento chave para a saúde da criança a executar as práticas de alimentação da criança que fazem o diferencial qualitativo mesmo quando vivendo em condições desfavoráveis (BARROS, SEYFFARTH, NOBREGA, 2008).

4 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

De acordo com Pereira e Bachion (2008), através dos diagnósticos identificados o profissional de enfermagem deverá promover atitudes eficazes na assistência e controle da alimentação complementar precoce. Ainda, Amorim e Andrade (2009), afirmam que cabe ao enfermeiro e sua equipe a incumbência de agir de forma preventiva nos problemas que possam ocorrer junto as Estratégias de Saúde da Família (ESF), durante as consultas ao pré-natal, até a introdução de forma adequada da alimentação complementar após o sexto mês de vida. Com isso o enfermeiro passa a ser o profissional que mais se relaciona com as nutrizes, fornecendo-lhes confiança suficiente e ensinando as técnicas adequadas a fim de estimular a amamentação, além de proporcionar a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com o propósito de evitar a introdução da alimentação complementar precoce.

No entanto, é necessário que o enfermeiro e a equipe multiprofissional atuem na busca de identificar e compreender os reais motivos pelos quais as mulheres deixam de amamentar seus filhos para que sejam alcançados os objetivos dos projetos e programas de incentivo ao aleitamento materno (SILVA, 2000).

Considerando-se a importância de reconhecer e transmitir as informações através da educação para mulheres, nos períodos pré e pós-natais, acerca dos fatores biológicos para as técnicas corretas da amamentação e para a prevenção e tratamento das intercorrências mais comuns, é importante que seja percebido e valorizado o significado que a mulher atribui a essa experiência. Segundo Silva (2000), este significado é determinante na ação de amamentar, como também na qualidade e duração da amamentação. Por isso é necessário rever o posicionamento do profissional que deve estar capacitado a fim de acolher e dar a oportunidade para que a mulher possa expressar suas vivências anteriores e sua concepção adquirida após alta hospitalar através das interferências do convívio social (ARAÚJO et al., 2008).

Dessa forma, a presença de um profissional, que observa além dos aspectos biológicos, contribui na tomada de decisões da puérpera ao possibilitar melhor compreensão de aspectos relevantes que poderiam passar despercebidos em uma consulta rápida e rotineira. A decisão da mãe em amamentar ou dar continuidade a esse ato é feito através de uma avaliação das necessidades, dos

riscos e dos benefícios do recém-nascido e da própria nutriz, tais como, a necessidade de repouso, de trabalhar, de não sentir dor, entre outros (SILVA, 2000).

Devido à alta taxa de morbimortalidade infantil notificada em anos anteriores no Brasil onde uma das principais causas para este fato destacam-se as afecções do período perinatal, o Ministério da Saúde e os Poderes Públicos instituíram várias medidas de atenção e proteção à saúde da criança. A consulta de puericultura, realizada na Unidade Básica de Saúde, tem a finalidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento favorecendo atividades preventivas e de promoção à saúde da criança com o objetivo de mudar esta realidade brasileira (LEITE; BERCINI, 2005).

A Regulamentação do Exercício Profissional descrita na Lei Nº 7.498/86, contempla a consulta de enfermagem como a atividade privativa do enfermeiro em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada. Dessa forma, a resolução Nº 159/93, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é quem rege as normas e requisitos para colocar em ação a consulta de enfermagem. (CÓDIGO DE ÉTICA, 2007).

O enfermeiro, através do ouvir, recebendo e compreendendo o mundo da mãe que procura os serviços de enfermagem em puericultura, cria um vínculo de confiança e, conseqüentemente, a estimula a participar dos cuidados e decisões em relação à saúde da criança (SANTOS, 2004).

A consulta de enfermagem para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) infantil deve ser realizada sistematicamente e com uma frequência de no mínimo sete consultas no primeiro ano de vida da criança, número este estabelecido pelo Ministério da Saúde (LEITE; BERCINI, 2005). Esta sistematização consiste de um roteiro programático que compreende os processos da entrevista para a coleta dos dados, do exame físico, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e as orientações pertinentes aos problemas identificados (OLIVEIRA; CADETTE, 2009). É neste momento que além do enfermeiro fornecer as orientações pertinentes ao esquema vacinal, ao adequado crescimento ponderal entre outros, deve favorecer um processo contínuo na educação permanente sobre todos os aspectos relacionados à saúde da criança inclusive as orientações adequadas para a alimentação complementar.

4.1 ORIENTAÇÕES PARA AS MÃES QUANTO À ÉPOCA E FREQUÊNCIA DE INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A mãe ou o cuidador, inserido em seu contexto social e econômico, suas preferências e crenças alimentares, é o principal responsável pela formação dos hábitos alimentares da criança, pois é quem determina a variedade, a quantidade, a qualidade e a frequência dos alimentos oferecidos (SANTOS et al., 2010).

A partir da consulta de enfermagem em puericultura, o enfermeiro, através de sua responsabilidade e participação ativa no processo da alimentação complementar, deve estar capacitado para oferecer orientações na educação permanente à mãe e seus familiares com o objetivo de divulgar e implementar práticas alimentares adequadas (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007).

As recomendações atuais para a introdução da alimentação complementar sugerem que a criança amamentada, após os seis meses de vida, deve receber três refeições diárias mais o leite materno sob demanda livre e intercalado entre cada refeição, sendo duas papas ou suco de frutas in natura oferecidas, uma no meio da manhã e outra no meio da tarde e uma papa salgada no horário do almoço ou no jantar. A consistência da alimentação para esta idade deve ser sob a forma de papas, amassadas e oferecidas em colher; já os alimentos líquidos devem ser dados no copo e após as refeições principais (BRASIL, 2009).

A partir dos sete meses de vida, acrescenta-se mais uma refeição salgada na dieta da criança devendo conter alimentos como tubérculos, hortaliças, leguminosas e carne picada ou desfiada. Aos nove meses, deve-se passar a receber gradativamente a refeição da família de acordo com o desenvolvimento neuropsicomotor da criança (MATTOS et. al., 2008). Já aos doze meses de idade a maioria das crianças podem receber os mesmos alimentos consumidos pela família.

A Sociedade Brasileira de Pediatria apud Mattos et al. (2008) recomenda evitar oferecer alimentos industrializados e água de coco por conter baixo valor energético. Não usar mel no primeiro ano de vida, pois pode causar botulismo. Além disso, é importante que os alimentos sejam oferecidos separadamente para que a criança identifique os vários sabores.

Os cuidados com a higiene, preparo, administração e estocagem da alimentação é outro aspecto que deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde no período de introdução da alimentação complementar, pois

o risco de contaminação devido a manipulação e preparo dos alimentos favorecem a ocorrência de doenças diarréicas e consequente desnutrição (SANTOS et al., 2010). Lavar as mãos da criança e de quem prepara e oferece o alimento, com água e sabão, preparar o alimento em quantidade suficiente para apenas uma refeição para que seja evitada a oferta de restos da refeição anterior para a criança e manter limpos os objetos e utensílios utilizados no preparo e administração da alimentação consiste de práticas adequadas de higiene dos alimentos complementares que devem ser discutidas e orientadas na consulta de enfermagem (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

O profissional de enfermagem deve estar atento quanto às orientações de introduzir os alimentos gradativamente, ou seja, um de cada vez, com intervalo de dois a três dias, pois este mecanismo ajuda na identificação do possível alimento pelo qual a criança não se adaptou ou desenvolveu reação alérgica (PALMA; BARBOSA, 2008).

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados do presente trabalho estão descritos e relacionado com a compreensão dos significados e experiências que as mães e/ou os cuidadores atribuem acerca da alimentação infantil.

Os dados foram coletados através de um formulário contendo questões subjetivas para melhor expressar aquilo que se buscou contextualizar nos objetivos enunciados. A aplicação dos formulários foi realizada no momento da consulta do crescimento e desenvolvimento infantil no Centro de Saúde Ponta Negra onde as usuárias foram convidadas a participar da pesquisa em questão conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais se encontram em anexo a este trabalho sob a forma de apêndices, estando apresentados em tabelas com posterior discussão para melhor compreensão dos resultados. Para tanto, elegeu-se as representações sobre as condições socioeconômicas, variáveis materno-infantil e caracterização da alimentação infantil quanto à concepção materna.

5.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

TABELA 1 – Condições socioeconômicas das mães que estão em uso do aleitamento materno ou da alimentação complementar, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no período de julho a agosto de 2010, Natal-RN.

VARIÁVEIS (PUÉRPERA)		TOTAL	%
Idade	20 – 30	11	75
	30 – 40	04	25
Estado Civil	União Estável	09	60
	Solteira	06	40
Escolaridade	Sem Alfabetização	02	10
	Ensino Fundamental	02	10
	Ensino Médio	11	80
Atividade Laboral	Do Lar	09	60
	Fora do Lar	06	40
Renda Familiar	Até um Salário Mínimo	11	75
	Mais de um Salário Mínimo	04	25

Fonte: Dados da pesquisa do autor

A Tabela 1 apresenta a análise dos fatores relacionados às condições socioeconômicas das mães que ainda estão em aleitamento materno ou alimentação complementar. Também observou-se que as mães estão inseridas em duas faixas etárias prevalentes entre os 20 e 40 anos. O estado civil polarizado foi o da união estável, sendo que algumas são mães solteiras. A escolaridade está distribuída nos níveis fundamental, médio e mães sem alfabetização, visualizando-se no penúltimo item que a maioria das puérperas são donas de casa, ou seja, desenvolvem atividades em seus próprios lares. Já no último item define a renda familiar nas variáveis até um salário mínimo ou mais.

Os hábitos alimentares da criança, as condições econômicas e sociais da família em que pertencem bem como o cuidado dispensado em sua criação, consistem em situações que devem ser investigadas ao se deparar com uma criança que não esteja crescendo e se desenvolvendo dentro dos parâmetros aceitáveis pela OMS. Neste enfoque a Tabela 1 identifica as condições socioeconômicas das mães entrevistadas.

Verificou-se que a maioria das mães, (75%), pertenciam ao grupo mais jovem entre os 20 e 30 anos, e as demais, (25%), eram mães um pouco mais maduras estando na faixa dos 30 aos 40 anos. Estas, menos jovens possuem um maior número de filhos, cerca de 2 a 7 filhos, mesmo com isso não se identificou alterações significativas nas práticas alimentares das dietas dos seus filhos.

Apesar do público alvo deste estudo ter em sua amostra como critérios de exclusão as mães menores de 18 anos de idade, não houve a possibilidade de realizar comparações acerca da concepção e dos hábitos alimentares entre mães adolescentes e mães adultas. Mas, Vieira; Silva; Filho (2003) em seus estudos relataram que as mães adolescentes ofereciam menos carne para seus filhos devido à menor renda per capita do que as mães adultas. Porém, a amamentação por um ano não se mostrou diferente entre esses grupos e que as mães adolescentes e as primíparas são as que mais se beneficiam das atividades de educação em saúde por terem mais acesso às intervenções dos profissionais no pré-natal, pós-parto e puericultura resultando num grande motivo para esta adesão das adolescentes ao Aleitamento Materno (VIEIRA; SILVA; FILHO, 2003).

No que se refere ao Estado Civil, (60%) das entrevistadas não possuíam registro de casamento em Cartório Civil, encontravam-se na situação de União Estável convivendo com companheiro. Os (40%) restantes, eram mães solteiras.

A situação conjugal é um fator importante para a estabilidade emocional e financeira das mães, principalmente para aquelas que se encontram na situação de mães solteiras. A presença do companheiro lhes traz mais segurança e apoio para a mulher cuidadora evitando, assim a transmissão de angústias e consequente abandono do aleitamento materno.

No que concerne a participação do pai no apoio a alimentação da criança, o estudo mostrou como sendo um importante aliado para a mulher cuidadora a sua presença, visto que este está inserido num dos itens influenciadores do aspecto psicossocial. Uchimura et al., (2001), confirmam esta situação ao destacar as mulheres que tem família estável, ou seja, que são casadas ou que vivem em união estável, amamentam por um período mais prolongado do que as solteiras, separadas ou viúvas. As mulheres que apresentam o estado marital não definido estão incluídas na população de risco para o desmame precoce.

A vulnerabilidade para o desmame precoce possui grande ligação com as pessoas que não tem acesso as fontes de informações, por isso, não compreendem as noções básicas que asseguram o cuidado à criança, favorecendo maior sensibilidade às influências de mitos e tabus construídos culturalmente (JOCA et al., 2005).

Em relação à escolaridade materna, identificou-se que a maior prevalência das mães, 80%, havia concluído ou parado de estudar no ensino médio, 10% sem alfabetização e mais 10% com ensino fundamental incompleto. Desses 80%, apenas duas mães, entre as entrevistadas, relataram introduzir leite artificial mais farináceo com o objetivo de preservar o sono e o descanso da nutriz no turno vespertino mesmo com a consciência de saber que esta prática não é benéfica para o bebê. Entretanto, esses dados revelam que o nível de escolaridade não influenciou de forma negativa na alimentação infantil no que se refere à introdução precoce da alimentação complementar. Comparando-se com outros estudos não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quando se avaliou o oferecimento da refeição da família na alimentação das crianças menores ou iguais a seis meses de idade.

Outros cuidadores que não a mãe também são os responsáveis pela adoção dos conhecimentos e práticas adequadas para a alimentação infantil. Com a implantação e difusão das creches no Brasil desde a década de 1920, percebe-se que a família transfere cada vez mais as atribuições de desenvolvimento dos hábitos

alimentares saudáveis para estas instituições. Nesse contexto, Shimabukuro; Oliveira; Taddei (2008) afirmam que quanto maior o grau de escolaridade, maior é o conhecimento dos educadores sobre a alimentação infantil o qual ressalta a importância da qualificação e capacitação dos profissionais educadores para estabelecer qualidade e condições dignas de assistência à criança.

Uma outra pesquisa mostrou que a mãe com escolaridade superior a oito anos de estudos era um indicativo para o consumo de refeições lácteas, e que a comida de panela oferecida às crianças de seis a doze meses de idade, estão associada às mães que tem menor escolaridade (SALDIVA et al., 2007).

Simon; Souza; Souza, (2003) identificam em seus estudos que a mãe com nível superior de escolaridade tende a oferecer mais cedo o feijão e a introdução mais tardia de água ou chá na dieta alimentar dos seus filhos.

Ainda, em relação ao nível de escolaridade materna, Soares et al., (2003) comprovam que o uso da chupeta foi mais freqüente entre as crianças de mães com menor grau de instrução e que as mães com melhor escolaridade tinham maior probabilidade de estarem bem informadas sobre os riscos do uso da chupeta, mas, mesmo assim, as crianças dessas mães utilizam a chupeta.

Quanto ao trabalho materno, observou-se que a maioria das mães era dona de casa, sendo o companheiro o principal mantenedor da família com renda per capita predominando mais de um salário mínimo em 25% dos casos. Por outro lado, o Programa Bolsa Família foi relatado pelas entrevistadas como sendo a fonte de sustento de algumas. Pode-se inferir que a renda média das entrevistadas ficou estabelecida entre setecentos e cinquenta reais, mas salienta-se que a maioria declarou não possuir renda. A escolaridade materna e a renda familiar sempre são destacadas como variáveis significantes nos estudos epidemiológicos em relação à alimentação infantil no qual reflete em condutas inadequadas da mãe ou do seu cuidador no momento da oferta da alimentação para a criança. Neste estudo, não foram observadas diferenças significativas quanto ao abandono do Aleitamento Materno Exclusivo relacionado à renda.

Crianças oriundas de famílias de baixa renda são mais susceptíveis a outros fatores que proporcionam a morbimortalidade infantil além de interromper o Aleitamento Materno Exclusivo antes dos três meses de vida (MASCARENHAS, 2006). Ainda, a população dos bolsões de pobreza não tem condições de obter alimentos adequados, por isso aumentam as despesas com a introdução

desnecessária e precoce de alimentos complementares. Por outro lado, nas áreas rurais onde o poder aquisitivo é relativamente baixo apresentam maior frequência e duração do aleitamento materno. Portanto, há a dificuldade de acesso a alguns alimentos destas famílias mais carentes que residem na zona rural (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004).

5.2 VARIÁVEIS MATERNO-INFANTIL

TABELA 2 - Variáveis materno-infantil das mães entrevistadas que estão em uso do aleitamento materno ou da alimentação complementar, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no período de julho a agosto de 2010, Natal-RN.

VARIÁVEIS		TOTAL	%
Filhos	Um	07	50
	Dois	03	20
	Três ou Mais	05	30
Parto	Natural	09	60
	Cesariana	06	40
Chupeta	Usa	06	40
	Não Usa	09	60
Idade do RN	Menos de Um Ano	09	60
	Mais de Um Ano	06	40

Fonte: Dados da pesquisa do autor

Nesta tabela apresentou-se a análise das variáveis relacionadas com a quantidade de filhos, tipo de parto, o hábito de usar a chupeta e a idade do recém-nascido.

O grau de instrução, na maioria dos casos, conduz a formação da família, pois em associação com o poder aquisitivo determinará o número de filhos. Por este motivo, ressalta-se a importância do planejamento familiar, pois a mulher deve se preparar emocional e financeiramente para todas as mudanças que irão ocorrer na sua vida com a possibilidade de que ela possa dispensar maior atenção e educação aos seus filhos (JOCA et al., 2005).

Esta pesquisa revelou que, das 15 mães entrevistadas, 10 possuem de 1 a 2 filhos, com predominância de 1 salário mínimo na renda per capita. Dessa forma, esses dados mostram que as famílias estão cada vez mais cautelosas e conscientes

no que concerne o planejamento familiar em adição as suas condições e necessidades financeiras. Portanto, pode-se observar que não há mais uma prevalência de grande quantidade de filhos nas camadas sociais de menor poder aquisitivo. Antigamente as famílias possuíam vários filhos o que dificultava ainda mais em uma criação personalizada, hoje com acesso a informação este quadro mudou, os casais estão mais conscientes da necessidade de ter menos filhos a fim de melhorar a qualidade de vida.

Nas primíparas os sentimentos de medo e insegurança podem interferir nos cuidados com a criança, pois esta fragilidade contribui para maior propensão a aceitar a interferência da família, do convívio cultural ou de seguir as orientações dos profissionais de saúde na adesão de tomada de decisões que poderão ser positivas ou negativas para a saúde da criança (SANTOS, 2004). Nas múltiparas, o numero de filhos está relacionado com maior duração da amamentação, pois a mãe comprova, em suas experiências anteriores, os benefícios do aleitamento materno. Para a ocorrência dos cuidados adequados na alimentação infantil, esta variável talvez não seja o suficiente visto que essa múltipara está inserida em seu contexto socioeconômico o qual poderá interferir também na sua decisão (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Quando se investigou sobre o tipo de parto das participantes do estudo, foi observado que a maioria, (60%), teve parto natural destacando-se que, neste estudo, o tipo de parto não influenciou a condição de o bebê receber ou não aleitamento materno e alimentação complementar.

Parto natural é aquele de início espontâneo onde o bebê se insinua em posição cefálica de vértice, com 37 a 42 semanas de gestação e sem distorcias. Joca et al. (2005) ressalta que o parto natural favorece maior relação de afetividade entre a mãe e o recém-nascido com isso a maior adesão deste ao aleitamento materno estimulando a frequência da amamentação e a manutenção este leite materno através da liberação do hormônio prolactina, por meio do estímulo da sucção, promovendo a sua síntese.

Quanto ao parto cesárea, existe a propensão do recém-nascido de receber fórmula láctea e glicose em mamadeiras devido à recuperação em cerca de seis horas do estado pós-cirúrgico materno. Num estudo realizado em Pelotas-RS, descobriu-se que no primeiro mês de vida os recém-nascidos de parto cesárea

eletiva, apresentaram um risco três vezes maior na interrupção da lactação (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006)

As alegações das mães pesquisadas (6) para a prática do uso da chupeta consistiram em: “eu dou a chupeta só para ele dormir”; “Para consolar”; “Para acalmar quando ele está agitado”; “Somente quando ele está com fome”; “Pelo costume de outras pessoas”. Percebe-se que apesar da maioria das crianças não utilizarem o bico artificial, as cuidadoras ainda se beneficiam deste objeto com a intenção de ter mais tempo para o descanso, mesmo conscientes dos malefícios que podem provocar na saúde da criança. Também foi observado que a maioria das pesquisadas não tinham o conhecimento de que a chupeta pode trazer danos para a produção do leite materno. Muitas se queixaram de ter pouco leite ao relacionar com a quantidade de líquidos que ingerem ao longo do dia, como a água, sendo o responsável por esta deficiência.

Entretanto, das 9 crianças que não utilizam a chupeta, 6 mães alegaram que seus filhos não aderiram a esta prática por que não aceitaram.

O uso dos bicos artificiais, conhecidos como chupeta, consiste de uma prática disseminada culturalmente que atende não só as necessidades de acalmar e confortar a criança, como também a intenção de proporcionar um tempo de descanso para a mãe (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007). Como solução para amenizar essas necessidades, Soares et al., (2003) sugerem que as famílias disponham de um ambiente adequado, tranquilo, com condições emocionais para favorecer outros métodos de alento aos seu filhos. Portanto, o uso da chupeta deve ser visto pelos profissionais de saúde como um indicador de dificuldade da nutriz com a amamentação (SOARES et al., 2003).

Com relação à idade das crianças, 6 delas possuíam mais de 1 ano de idade, prevalecendo a idade máxima de 2 anos. Nesta amostra percebe-se que a maioria, cerca de 4 crianças, seguiram as recomendações de acordo com o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, incluídas entre os dez passos para uma alimentação saudável, instituída pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) qual seja, a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de vida com a adição de forma lenta e gradual da alimentação complementar a partir do sexto mês.

PASSO 1 - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chá ou qualquer outro alimento.

PASSO 2 - A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

PASSO 3 - A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

PASSO 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

PASSO 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

PASSO 6 - Oferecer a criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

PASSO 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

PASSO 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, bala, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

PASSO 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

PASSO 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar; oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (BRASIL, 2002).

Para Oliveira et al., (2005), o engrossante, mingau preparado a base de leite de vaca, açúcar e farináceo de arroz ou de milho, é a alimentação predominante nas refeições das crianças maiores de seis meses de vida com a participação das frutas e cereais nos alimentos complementares consumidos. Já na alimentação das crianças de 12 a 24 meses de idade, continua expressivo o consumo de mingau e de cereais, refletindo o baixo consumo das verduras, leguminosas e gorduras além de sobressair o acentuado declínio no aleitamento materno.

Após os seis meses de idade a capacidade gástrica da criança é de 200 ml, assim é recomendado oferecer alimentos de alta consistência para suprir esta capacidade energética desejada. A forma de preparo da alimentação complementar consistiu de um grande fator determinante para a dieta infantil após os seis meses de vida, pois as mães preferem oferecer mais líquidos a alimentos sólidos por causa do receio de que provoque o engasgue e a constipação intestinal na criança (SALDIVA et al., 2007).

Para identificar a situação do aleitamento materno em que o binômio mãe/bebê se encontram a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2009) utilizam os seguintes indicadores:

- **Aleitamento Materno Exclusivo (AME)** – Criança até seis meses de vida que estiver recebendo apenas o leite proveniente de sua mãe ou de bancos de leite humano, e nenhum outro líquido ou sólido com exceção de vitaminas, minerais e medicamentos.
- **Aleitamento Materno Predominante (AMP)** – Quando o lactente até seis meses de vida recebe, além do leite materno, água ou bebidas a base de água, como sucos de frutas e chás.
- **Aleitamento Artificial/Complementação precoce** – Introdução de outros alimentos que não o leite humano na alimentação da criança antes dos quatro meses de vida, como leites artificiais administrados através de mamadeiras (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, p. 553, 2009).

Ainda, de acordo com a idade, das nove crianças menores de um ano de vida, verificou-se que 05 encontravam-se em AME; 02 recebiam o leite materno mais uma complementação de leite artificial com adição de farináceo no período da noite o qual as mães alegaram oferecer essa alimentação para que a criança pudesse dormir durante toda a noite; 01 criança recebeu aleitamento artificial/complementação precoce devido a pega incorreta da criança no seio materno provocando fissuras com consequente diminuição e ausência da produção do leite, por fim, 01 criança encontrou-se na situação do AMP pois a mãe oferecia o chá com a intenção de acalmar seu bebê quando achava necessário. Portanto, observa-se o resultado positivo em relação à duração do aleitamento materno e a diminuição dos hábitos culturais e crendices em relação à introdução de água e chás durante os primeiros seis meses de aleitamento materno. Entretanto, outro estudo mostra que os alimentos complementares mais utilizados no primeiro mês de vida foram os chás seguidos da água e sucos de frutas, devido às influências das crenças populares ainda muito evidente acreditando que o chá possua propriedades terapêuticas como no combate as cólicas (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004).

Corroborando com outras pesquisas, Bernardi; Jordão; Filho (2009), identificaram, na cidade de Campinas – SP, a predominância de água, chás e leite em pó na dieta das crianças de 4 a 7 meses de idade além, das mães entrevistadas, acrescentarem papa salgada, carnes, legumes e verduras.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL QUANTO A CONCEPÇÃO MATERNA

Nas tabelas 1 e 2, foi possível identificar e descrever como as mãe e/ou cuidadores, indivíduos constituintes de uma determinada sociedade, expressam a

sua realidade, dependendo do seu nível de conhecimento e pautado na sua experiência do cotidiano acerca da influência na alimentação infantil. Dessa forma, esse terceiro momento destina-se a expor a concepção das mães sobre a alimentação oferecida aos seus filhos.

Até os seis meses de vida da criança, a nutriz sente a responsabilidade do fardo de ser a única fonte de nutrição para o seu filho. No entanto, após esse período, a alimentação infantil continua a depender da mãe, porém agora de outra forma, através da escolha do cardápio e do preparo criterioso das receitas na dieta alimentar. Devido o período de desmame, seja ele ocorrido em tempo oportuno ou precocemente por intercorrências de fatores externos, a mãe assume um significado de abandono do próprio filho, por isso com a necessidade de estímulo como brincar, o desejo de levar o alimento à boca, ou seja, de interação no momento da refeição que a criança expõe, emerge o propósito de acolher o seu filho. Com isso, surge a remissão da culpa pelo desmame reafirmando a capacidade de ser provedora dos cuidados com o seu bebê (SALVE; SILVA, 2009).

O ato de amamentar consiste de uma prática difícil de conquistar plenamente, visto que, muitas vezes, a mãe julga ser desvantajosa diante das dificuldades enfrentadas ao referir dor, desconforto, estafa física e mental, entre outros (FROTA et al., 2008). Nessa categoria, foi possível perceber que as nutrizes possuem uma informação bastante sólida com relação às vantagens/benefícios que o aleitamento materno proporciona para si e para seu bebê. Esta concepção parte do pressuposto de que a experiência positiva com a amamentação contribuiu para a sua manutenção.

Dentre os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe, citados por todas as entrevistadas, podem-se destacar:

“Com a amamentação tenho a consciência de me alimentar melhor” (mãe. 1).

“Amamentar ajuda a prevenir contra o câncer de útero e de mama, emagrece e o útero volta ao normal mais rápido” (mãe. 2).

“Promove carinho e prazer pra mim e meu filho” (mãe. 3).

“É bom para os dentes da criança, evita doenças e infecções e produz imunidade, anticorpos para ele” (mãe. 4).

Contrastando com os resultados positivos desta pesquisa acerca do conhecimento das genitoras sobre as vantagens do ato de amamentar, Frota et al.

(2008), afirmam que apesar das mães mencionarem os sentimentos de satisfação e felicidade com relação as vantagens do leite materno, elas queixaram-se do cansaço e da falta de tempo para a realização de outras tarefas.

A alimentação complementar, segundo a concepção da maioria das mães entrevistadas, deve ser oferecida entre o sexto e o sétimo mês de idade do bebê. Apenas uma mãe referiu a idade de um ano para oferecer alimentos que não o leite materno. Constatou-se, no presente estudo, que o conhecimento sobre o período oportuno, estabelecido pela OMS e MS, para a introdução de novos alimentos na dieta infantil corroboram, em grande parte dos casos estudados, com a realidade praticada por estas responsáveis cuidadoras da alimentação infantil.

Apesar de esse estudo possuir a limitação de não identificar os grupos de alimentos, impedindo que se explorem as características dos micronutrientes, foi analisado o consumo de preparações típicas infantis como as papas, mingaus, sopas, frutas, sucos, entre outros. Nesse caso, quanto aos primeiros alimentos que devem ser oferecidos para a criança, a maior parte das mães foram unânimes em relação à adição da sopa de legumes, de verduras e feijão, canja de arroz, carne e suco de frutas no cardápio. Outras de menor parcela afirmaram que deve ser dado leite artificial, mingau, papa de mucilom, pão e biscoitos, frutas raspadas, líquidos como água, sucos, chás e verduras liquidificadas. Com isso, nos discursos apresentados sobre esse tema, as mães expressaram angústias em relação à consistência do alimento ao transmitir receio de oferecer alimentos semi-sólidos ou sólidos. Dessa maneira foi possível identificar desde as mães que ainda oferecem alimentos liquidificados até aquelas que seguem as orientações estabelecidas pelos Órgãos oficiais.

No estudo de Arimatea; Castro; Rotenberg, (2009), observou-se que vários profissionais orientam corretamente a consistência, recomendando o uso de alimentos amassados, porém ainda permanecem as orientações para o uso de alimentos liquidificados.

O Ministério da saúde (BRASIL, 2009) orienta que os alimentos processados no liquidificador ou peneira são contra-indicados devido a sua baixa densidade energética, optando preparar o alimento amassado com o garfo para que seja evitado preparações muito diluídas, pois a mastigação, deglutição e a digestão são importantes para o desenvolvimento da musculatura facial, para a dentição, para as funções gastrointestinais, entre outros.

Os principais motivos para a inadequação das orientações preconizadas para a transição alimentar ocorridas com 79,2% das crianças na cidade do Recife devem-se a não aceitação da criança pela alimentação, a interferência da avó e a comodidade da mãe no preparo do mingau em relação ao alimento salgado. No entanto, para que o alimento seja aceito pela criança é necessário estimular os sentidos como a visão, o olfato, além disso, o paladar ao oferecer cerca de 12 a 15 vezes o mesmo alimento até sua aceitação. No que se refere à interferência da avó, esta participa efetivamente na educação dos hábitos alimentares da criança (SANTOS; LIMA; JAVORSK, 2007).

Silva (apud Ramos; Almeida, 2003) ressaltam a importância dos familiares, amigos e profissionais de saúde que convivem com a mãe podem transmitir influências positivas ou negativas na escolha e preparação da alimentação infantil e afetar a seletividade, a aptidão e o estado emocional da criança. Dessa forma, esta pesquisa revelou que as nutrizes, em sua maioria, receberam incentivos da avó, da tia e principalmente, do companheiro para amamentar até os dois anos de idade, mas ainda se verificou que uma pequena parcela recebeu e seguiu as orientações da irmã e da avó para introduzir água e chá.

Os profissionais de saúde têm papel relevante na orientação e apoio desde o aleitamento materno até a introdução da alimentação da família. Com base nesta compreensão concorda-se, nesse estudo, 7 mães relataram ter recebido orientações por parte dos profissionais de saúde a respeito da introdução de outros alimentos após os primeiros seis meses de vida. Desse modo, a maioria das genitoras, cerca de 5, com crianças menores de seis meses de vida ainda não haviam recebido orientações dos profissionais de saúde para a alimentação complementar. O pediatra foi o profissional mais citado pelas pesquisadas seguido do nutricionista. Apenas 1 profissional de enfermagem contribuiu nessa amostragem. Vale ressaltar que 2 mães alegaram ter sido o pediatra responsável por sugerir-las para acrescentar leite artificial com a intenção de satisfazer a saciedade de fome de um recém-nascido com um mês de vida e, em outro caso, a oferecer água e chá para acalmar a criança. No estudo de Carvalhaes; Parada; Costa (2007) mesmo tendo conhecimento das recomendações, alguns profissionais fazem a orientação de introdução de alimentos mais precocemente, pois as mães relataram que uma pequena parcela de médicos orientou para oferecer água, chá e leite de vaca as crianças.

Ainda, verifica-se uma postura Médico Higienista ao perceber que o pediatra, com uma abordagem prescritiva, direciona e expõe as diretrizes sobre a alimentação da criança. No entanto, a mãe, principal executora dos cuidados e receptora das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, amigos e familiares, através do seu domínio sente-se segura, com isso desenvolve autonomia sobre as decisões e escolhas dos alimentos que farão parte do cardápio (SALVE; SILVA, 2009).

Em outra pesquisa, a consulta de enfermagem mostrou-se satisfatória em 70,5% dos casos sobre o esclarecimento de dúvidas das genitoras e as orientações recebidas verbalmente e por escrito ao informar a importância de práticas alimentares saudáveis (SANTOS; LIMA; JAVORSK, 2007).

Observa que muitos profissionais de saúde conhecem as recomendações em relação à alimentação complementar, mas, verifica-se que ainda permanecem práticas não mais recomendadas, como a utilização de alimentos liquidificados e a introdução precoce de alimentos. Nesse aspecto, concorda-se com outros autores quando afirmam que existe a necessidade de maior divulgação dos manuais educativos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para que se faça valer, ou seja, para que se busque alcançar o principal objetivo no que se refere a dar apoio e direção aos profissionais de saúde. Portanto, torna-se evidente a necessidade de qualificação das ações desses profissionais através da educação continuada e permanente (ARIMATEA; CASTRO; ROTENBERG, 2009).

Sobre esse aspecto, Santos; Lima; Javorski, (2007) mostraram que as condutas executadas pelos profissionais muitas vezes não se adéquam às normas do Ministério da Saúde devido o insucesso da educação em saúde ocasionado pela ineficácia do processo de comunicação entre o emissor, no caso o enfermeiro, e o receptor a mãe e/ou cuidador. Pois verifica-se que um processo de comunicação obtém êxito quando os esforços planejados são capazes de modificar o comportamento das pessoas em prol da saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alimentação complementar adequada para a criança torna-se um componente essencial para o desenvolvimento da segurança alimentar e nutricional da população e para o progresso da nação, pois implica garantia do direito ao acesso permanente aos alimentos adequados em quantidade, qualidade e respeito às características culturais de cada povo (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Na leitura e análise dos resultados conclui-se que muitas dessas variáveis das quais fazem parte do ideário popular, foram consideradas negativas em vários outros estudos para o Aleitamento Materno Exclusivo. Neste caso, essas variáveis descritas anteriormente nos subtítulos 5.1 e 5.2, não apresentaram nível de significância estatística que sustente sua verdadeira influencia no desmame precoce. Dessa forma, este estudo contribuiu para desmistificar a relação, dita desfavorável pela literatura, entre as condições socioeconômicas menos favorecidas das mães e/ou cuidadores com a prática de hábitos alimentares inadequados para a saúde da criança.

O presente estudo deu ênfase à mãe, pela sua magnitude no cuidado com a criança. Desse modo, no que se refere à concepção das mães sobre a introdução da alimentação complementar em lactentes menores de seis meses de vida, identificou-se que grande parte das entrevistadas são detentoras dos saberes em relação às práticas saudáveis da alimentação infantil. Pôde-se perceber que essa atitude se estabeleceu desde a concepção do recém-nascido após o parto ao favorecer o Aleitamento Materno Exclusivo, até a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno.

Apesar de esse estudo apresentar a limitação de não responder algumas questões relacionadas ao pré-natal, julga-se que essa resposta positiva das entrevistadas seja o reflexo da qualidade da assistência pelos profissionais de saúde, nas consultas de pré-natal e puericultura. Porém, vale ressaltar que é necessária uma conduta mais atuante voltada para as recomendações e orientações no que se refere à introdução da alimentação complementar, principalmente pelos profissionais enfermeiros, pois sua participação mostrou-se insignificante nessa pesquisa.

Portanto, para que a consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil torne-se satisfatória para a mãe e/ou

cuidador que carece de ser compreendida e ser esclarecida suas dúvidas e para os Órgãos Oficiais que tanto buscam erradicar as doenças prevalentes na infância, é preciso que, além da participação ativa e compromissada desses profissionais, é necessário a capacitação profissional para que através da educação em saúde tornem-se agentes transformadores da sociedade em benefício da saúde e da qualidade de vida.

A educação em saúde pode ser um instrumento valioso, visto que permite desenvolver atividades direcionadas aos princípios de educar, facilitando, com isso, a sensibilização das mães para tomada de consciência desses valores. Portanto, a possibilidade de mudanças correlaciona-se a credibilidade dos profissionais de saúde e à sua disponibilidade como modificadores de hábitos culturais (FROTA et al., p. 403-9, 2008).

Impossibilitar um recém-nascido de ter o privilégio de uma saúde nutricional plena, não é o melhor caminho, visto que o seu afastamento do leite materno acabará por incidir num grave erro. Como também não é justo abandonar as mães de uma informação mais refinada no que concerne à saúde do seu filho, sobretudo porque é sabido que muita coisa ainda precisa ser esclarecida pelos órgãos competentes, sem esbarrar obviamente numa grave ideologia de interesses.

Da investigação e do estudo acerca do problema, chegou-se à conclusão que mais eficaz seria a utilização de uma política pública de saúde que pudesse de uma forma atuante e contínua manter todas as mães muito bem esclarecidas, preservando assim o acesso do recém-nascido a uma alimentação saudável qual seja a exclusividade do leite materno até os seis primeiros meses de vida e sua manutenção até dois anos de idade com posterior adição da alimentação complementar adequada.

Entendemos que a adoção de medidas de cunho educacional atenderia com mais satisfação os anseios das cuidadoras. A mãe que busca a informação nutricional carece de conhecer as razões que levaram a adoção da alimentação complementar e não a utilização exclusiva do leite materno.

Embora haja recomendações científicas corretas, o sucesso da promoção da alimentação complementar ocorre apenas quando as mães e/ou cuidadores consegue colocá-las em prática. Para isso, o enfermeiro dentro da equipe de saúde tem o papel educativo ao orientar sua equipe capacitando-a a atuar tanto na parte educativa quanto assistencial. Conhecer os conceitos e opiniões das mães sobre a alimentação das crianças pequenas, reconhecer e valorizar a capacidade da mãe

como elo para a saúde da criança, possibilita o profissional de saúde a programar planos de cuidados para ajudar a mãe a executar as práticas de alimentação da criança até que ela aprenda a fazê-lo sozinha (MONTE, GIUGLIANI, 2004).

Como foi dito anteriormente uma alimentação rica em nutrientes fará com que o recém-nascido se desenvolva saudável e livre de futuras patologias.

O que se espera então da pesquisa?

O seu aprimoramento e o seu crescimento, em busca de uma solução que torne as mães mais informadas e seus filhos melhores nutridos, mas sem comprometer a vínculo que existe entre eles, aproximando daquilo que se imagina ser a melhor saúde, mas que a saúde pública seja prestada com consciência, com qualidade e acima de tudo com responsabilidade.

A saúde no Brasil ainda não se tornou capaz de atender toda a demanda pelas necessidades existentes em nossa sociedade, isso envolve questões de cunho ideológico, questões estruturais e questões culturais, já percorremos um longo caminho, há uma percepção adequada que o modelo precisa ser transformado e tem sido transformado, de modo que para todos os profissionais envolvidos o que se deve busca é o mais próximo do ideal.

Por fim que todo esse trabalho científico não deve se curvar diante de princípios vistos como imutáveis, mas que chegue aos mandamentos mais simples de uma saúde abrangente e igualitária a todos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M.; ANDRADE, E. R. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. **Perspectivas Online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, 2009.

ARAÚJO, M. F. M. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: Evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 1, n. 3, p. 195-204, abr./jun., 2003.

ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A.F.N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 411-419, out./dez., 2003.

ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 4, n. 61, p. 488-92, jul./ago., 2008.

ARIMATEA, J. E.; CASTRO, L. M. C.; ROTEMBERG, S. Práticas alimentares de crianças menores de um ano. As orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. **Ceres**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 65-78, 2009.

BARBOSA, M. B. et al. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 20, p. 55-62, jan./fev., 2007.

BARBOSA, M. B. et al. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creche. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.3, n. 27, p. 272-81, 2009.

BERNARDI, J. L. D.; JORDÃO, R. E; FILHO, A. A. B. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Rev. Panam. Salud Publica**, Campinas, v. 5, n. 26, p. 405-11, 2009.

BARROS, R.M. M.; SEYFFARTH, A. S.; NÓBREGA, E. O. Avaliação de práticas adotadas após uma atividade educativa sobre alimentação complementar. **Com. Ciências e Saúde**, Brasília, v. 1, n. 19, p. 43-50, 2008.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. **Código de Ética e outros dispositivos de lei**. Lei Nº 7.498/86, p. 41, edição 2007.

BRASIL, M. S. Dez Passos para uma Alimentação Saudável. **Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos**. Organização Pan-americana de saúde, Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos n. 107, p. 152, 2002.

BRASIL, M. S. **Saúde da Criança:** Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Organização Pan-americana de saúde, Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos n. 23, p. 112, 2009.

BRUNKEN, G. S. *et al.* Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 82, p. 445-51, 2006.

CARBONARE, S. B.; SAMPAIO, M. M. S. C. Composição do Leite Humano – Aspectos imunológicos. In: Rego JD. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, p.518, 2002.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu. **Revista Latino - Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 15, p. 62-69, jan./ fev., 2007.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.5, n. 19, p. 623-630, set./out. 2006.

FROTA, M. A. *et al.* O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. **Cogitare Enferm.**, Fortaleza, v. 3, n. 13, p. 403-9, jul./set., 2009.

FUJIMORE, E.; OHARA, C. V. S. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. **Série Enfermagem**, Barueri, 2009.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro. v.76, n. 3, p.238-252, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento Materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 80, p. 117-118,2004.

JOCA, M. T. *et al.* Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Esc. Anna Nery R Enferm.**, Fortaleza, v. 3, n. 9, p. 356-64, dez., 2005.

LAMOUNIER, J. A.; VIEIRA, G. O.;GOUVÊA, L. C. Composição do Leite Humano – Fatores Nutricionais. In: Rego JD. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, p.518, 2002.

LEITE, G. B.; BERCINI,L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do Programa Saúde da Família do Município de Campo Mourão - Paraná, em 2003. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 224-230, set./dez., 2005.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. Manual de Aleitamento Materno. Comitê Português para a UNICEF/Comissão Nacional-Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Edição Revista de 2007.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso da chupeta. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.4, n. 62, p. 562-9, jul./ago., 2009.

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

MATOS, A. P. Alimentação do Lactente. In: **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2º Ed., p. 120, 2008.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 80, p. 131-141, 2004.

NETO, E. T. S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Nutri.**, Campinas, v. 4, n. 18, p. 459-469, jul./ago., 2005.

OLIVEIRA, V. C.; CADETTE, M. M. M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Act. Paul. Enferm.**, Minas Gerais, v. 3, n. 22, p.301-6, 2009.

PALMA, D. ; BARBOSA, M. B. . Alimentação de transição no primeiro ano de vida. In: Hugo Issler. (Org.). **O Aleitamento materno no contexto atual: Políticas, prática e base científica**. São Paulo: Sarvier, 2008, v. 1.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. **Avaliação diagnóstica de enfermagem sobre fatores de risco para o desmame precoce**: Uma revisão da literatura. Blumenau, v.1, 2008.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 79, p. 385-90, 2003.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 83, p. 53-8, 2007.

SALVE, J. M.; SILVA, I. A. Representações sociais das mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Act. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 1, n. 22, p. 43-8, 2009.

SANTOS, A. P. A.; PIZZI, R. C. O papel do enfermeiro frente aos fatores que interferem no aleitamento materno. Batatais, 2006, 71 f., Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Claretiano.

SANTOS, C. S. Principais problemas encontrados pelas mães de crianças entre cinco e oito meses relativos à transição alimentar atendidas em um serviço de puericultura do Recife. 2004. 76f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

SANTOS, C. S. et al. Alimentação complementar do lactente: subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura. **Cogitare Enferm.**, Recife, v. 3, n.15, p. 536-41, jul./set., 2010.

SANTOS, C. S.; LIMA, L. S.; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em serviço de puericultura do Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 7, p. 373-380, out./dez., 2007.

SHIMABUKURO, E. E.; OLIVEIRA, M. N.; TADDEI, J. A. A. C. Conhecimento de educadores de creches sobre alimentação infantil. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 3, n. 26, p. 231-7, 2008.

SILVA, I. A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, n. 4, p. 362-9, dez., 2000.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, v. 4, n. 17, p. 437-447, out./dez., 2004.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e sócio-econômicas, em crianças no primeiro ano de vida nascidos em um hospital universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira Epidemiologia**. São Paulo, v. 6, n. 1, 2003.

SOARES, M. E. M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 74, p. 309-16, 2003.

UCHIMURA, N. S. et al. Estudo dos fatores de risco para o desmame precoce. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 713-718, 2001.

VIEIRA, G. O. *et al.* Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 80, p. 411-6, 2004.

VIEIRA, M. L. F.; SILVA, J. L. C. P.; FILHO, A. A. B. Amamentação e alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 79, p. 317-24, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa Concepção das Mães Sobre a Introdução Precoce da Alimentação Complementar em Lactentes até Seis Meses de Vida que é coordenada por Loruama Fonseca de Souza.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura identificar a concepção das mães sobre as desvantagens da introdução precoce da alimentação complementar em crianças em até seis meses de idade; identificar os motivos apresentados pela mãe para a introdução da alimentação complementar precoce nos primeiros seis meses de vida do lactente; caracterizar as mães quanto às variáveis, escolaridade, tipo de parto, trabalho, idade, apoio familiar na amamentação e número de consultas pré-natal. Isso justifica pela intenção de reduzir a alta prevalência do abandono da amamentação ao conseguir identificar as desvantagens da introdução precoce dos alimentos complementares com o consequente risco de desnutrição.

Caso decida aceitar o convite, você será convidada a responder a uma entrevista contendo perguntas sobre seus dados pessoais e a alimentação do seu filho. Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, havendo a possibilidade de se interromper o prosseguimento da pesquisa por fatores externos ao estudo. Terá o seguinte benefício ao participar da pesquisa: orientações no sentido de proporcionar melhor crescimento, nutrição e desenvolvimento da sua criança.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

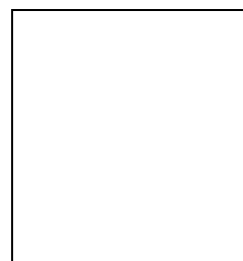
Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Loruama Fonseca de Souza, no endereço: Av. Maria Lacerda Montenegro, nº. 17, Cond. Parque Guairá III, Bl 4ª, Ap. 204 ou pelo telefone 3208-1111.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP: 59072-970, Natal-RN. Telefone/Fax: (84)215-3135.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa Concepção das Mães Sobre a Introdução Precoce da Alimentação Complementar em Lactentes até Seis Meses de Vida.

Participante da pesquisa:



Assinatura

Identificação Datiloscópica

Pesquisador responsável:

Assinatura

Endereço Profissional: Av. Maria Lacerda Montenegro, nº. 17, Cond. Parque Guairá III, BL 4ª, Ap. 204 ou pelo telefone 3208-1111.

Comitê de Ética e Pesquisa: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP: 59072-970, Natal-RN. Telefone/Fax:(84)215-3135.

CARTA DE ANUÊNCIA

O Centro de Saúde de Ponta Negra, aceita receber a aluna Loruama Fonseca de Souza, Universitária do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte-FARN, concordando com a execução do projeto de pesquisa intitulado: **“Concepção das Mães Sobre a Introdução Precoce da Alimentação Complementar em Lactentes até Seis Meses de Vida**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Izete Pereira e co-orientação da Coordenadora Prof.^a Mariluce, assumindo o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição.

Ana Karina de Araújo Xavier Costa
(Enfermeira do Centro de Saúde Ponta Negra)

Natal, 18 de Maio de 2010

APÊNDICE C
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

I-IDENTIFICAÇÃO DA NUTRIZ

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cep: _____ Telefone: _____

1.1 Qual a sua idade?

--

1.2 Qual o seu Estado Civil?

--

1.3 Qual o seu nível de escolaridade?

--

II – CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS

2.0 Você trabalha fora de casa? Quantas horas?

--

2.1 Qual a renda familiar?

--

2.2 Número de filhos?

--

2.3 Tipo de parto?

--

2.4 Qual o peso do Recém-Nascido?

--

2.5 Seu filho utiliza chupeta? Por quê?

--

2.6 Qual a idade do seu bebê?

--

III – CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

3.0 Você está amamentando? Por quê?

--

3.1 Qual alimento deve ser dado até os seis meses de vida?

3.2 Até quanto tempo o bebê deve amamentar exclusivamente?

3.3 O ato de amamentar produz benefícios à saúde da criança e da mãe? Quais são os benefícios?

3.4 A família interfere no ato de amamentar?

3.5 Se SIM, cite como a família interfere?

3.6 Você acha que o leite materno contém todos os nutrientes necessários para o crescimento do seu bebê?

3.7 Você acha que seu bebê está protegido contra doenças alimentando-se com leite materno?

--

3.8 Qual a sua opinião sobre oferecer alimentação complementar junto com o leite materno nos primeiros seis meses de vida do seu bebê?

--

3.9 Você recebeu orientações sobre a introdução da alimentação complementar? Quais foram essas orientações e de que profissional?

--

4.0 Algum profissional da saúde apoiou a oferecer chá ou outro alimento para seu filho durante os seis meses de vida?

--

4.1 A partir de qual idade devem iniciar a introdução da alimentação complementar?

--

4.2 Quais os primeiros alimentos complementares devem ser oferecidos para seu bebê?

--

ANEXO

