

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NA OPINIÃO DE GESTANTES

SUELI APARECIDA MOREIRA TAKUSHI

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Depto. de Saúde Materno Infantil
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Saúde da Criança,
do Adolescente e do Jovem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina
d'Andretta Tanaka.

São Paulo
2003

Autorizo, para fins acadêmicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.


Sueli Aparecida Moreira Takushi

São Paulo, 18 de junho de 2003.

44 283 / 2003 cog

Para Ângelo e Maria (*in memoriam*) pelos valores que me conduzem...

**Para Luiz Alberto, Nicolas e Nina, pela
diferença que fazem em minha vida.**

Agradecimentos

À Profa. Dra. Ana Cristina d'Andretta Tanaka, pela admissão e pela prontidão incansável em me orientar em todos os momentos;

Ao Professor Dr. Paulo Rogério Gallo, pela confiança e colaboração efetiva para viabilizar a realização desse estudo;

À Profa. Dra. Ana Maria Bara Bresolin, pela compreensão e pelas valiosas sugestões;

À Profa. Dra. Sônia Buongiorno de Souza, pela contribuição ao projeto dessa pesquisa;

Ao Prof. Dr. Júlio César Massonetto, pelo incentivo ao empreendimento desse estudo;

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro;

À Equipe do Centro de Saúde, Escola Barra Funda, pela disponibilidade de recursos e atenção dispendida;

À Equipe do Centro de Saúde Geraldo de Paula Sousa, pela concessão dos recursos e pela acolhida;

Às gestantes que participaram desse estudo, pela cooperação;

Aos meus familiares, amigos e colaboradores,

Muito obrigada!

RESUMO

Takushi SAM. **Alimentação Complementar na Opinião de Gestantes**. São Paulo, 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Objetivos: A introdução de alimentação complementar adequada aos 6 meses preserva os benefícios do aleitamento materno exclusivo e assegura a continuidade do crescimento e desenvolvimento infantil. Entretanto, a introdução de alimentos diferentes do leite materno antes dos 6 meses oferece riscos à saúde da criança, principalmente quando a escolha destes alimentos baseia-se no conhecimento empírico e apresenta poucos traços do conhecimento científico. Com o objetivo de apreender o conhecimento que as gestantes detêm sobre a alimentação complementar ou substituta do aleitamento materno, realizou-se o presente estudo.

Métodos: Em estudo transversal, os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais com 164 mulheres que freqüentaram a assistência pré-natal de Centros de Saúde da região Central de São Paulo. Os dados foram coletados em formulário, contendo questões relacionadas à introdução de alimentos complementares. Para análise dos dados, utilizou-se do programa epi-info versão 2002. Foram aplicados testes estatísticos do χ^2 para verificar associação entre idade, escolaridade, paridade e intenção de amamentar durante mais tempo e de forma exclusiva e freqüência de desconhecimento de questões contidas no formulário deste estudo. **Resultados:** Somente 43,9% de mulheres pretendem amamentar de forma exclusiva até 6 meses. Um total de 71,3% de mulheres manifestaram a intenção de oferecer água e chá à criança em idade inferior aos 6 meses; 39,0% de mulheres pretendem oferecer leite de vaca ou fórmulas antes dos 6 meses. Um total de 44,5% de mulheres pretendem introduzir alimentos semi-sólidos (sopa e frutas) aos 6 meses. E 50% de mulheres pretendem liquefazer a sopa. Não foram obtidos resultados estatisticamente significantes entre a presença de escolaridade, idade e paridade e a intenção de amamentar durante mais tempo e exclusivamente. Também não há relevância estatística entre idade, escolaridade, paridade e a freqüência de respostas admitindo desconhecimento. **Conclusão:** O conhecimento de gestantes apresenta-se homogêneo. A alimentação complementar planejada por elas apresenta

irregularidades em relação à idade da criança, diluição, consistência e teor nutricional. O conhecimento que as gestantes detém durante a assistência pré-natal baseia-se no empirismo, mantém fortes traços decorrentes da história econômica do país; recebe influência da propaganda na valorização de marcas e embalagens de produtos substitutos do aleitamento materno; apresenta poucos traços do conhecimento científico que foi adquirido por ela sem distinção entre a necessidade do adulto e da criança.

Descritores: Alimentação Complementar. Alimentação Infantil. Alimentação no Primeiro Ano de Vida. Aleitamento Materno. Desmame. Conhecimento de gestantes.

SUMMARY

Takushi SAM. **Alimentação Complementar na Opinião de Mulheres Gestantes** [Complementary Feeding in the pregnant women's opinion]. São Paulo (BR), 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective. The introduction of a proper complementary feeding for babies at the age of 6 months have preserved the benefits of breastfeeding as an exclusive way to feed them and ensured the growth of the baby continuously. However, an inclusion of different feeds from breast milk before the aged of 6 months have offered some risks to the healthy of the baby, mainly when the choice of this feed have been based much more on empiric knowledge instead of scientific one. With the intention to know the pregnant women's opinion about complementary feeding, this study has been prepared. **Methods.** In a cross-section study, all the data were taken by individual interviews with 164 women who used to frequent The Healthy Center in São Paulo's heartland. The data were taken through forms with questions associated to the introduction of complementary feed. To analyse those data, the software Epi-Info version 2002 have been used. There were applied to the women for statistics tests of χ^2 to verify the association between age, degree, parity, intention to breastfeeding for a long time as an exclusive way and the frequency of lack of knowledge about questions in those forms related to this study. **Results.** Only 43,9 of the women have intended to breastfeed babies as an exclusive way to feed the baby until the age of 6 months. 71,3% of them have been willing to offer water or tea to babies at the age inferior of 6 months. 39,0% of the interviewees have had intention to offer milk or formulas to babies before the age of 6 months. 44,5% of those women have intended to introduce semi-solid feed (soups and fruits) at the age of 6 months. And 50% of them have had serious intention to liquify soup. There was no significant results statistically between degree, age, parity and the intention of breastfeeding for a long time exclusively. Also, there were no relevant statistics between age, degree, parity and the frequency of answers admitting lack of knowledge. **Conclusion.** The pregnant women have shown acquaintance with the matter in a smooth way. The complementary feeding planned by them have had irregularities as to the age of the

baby, dilution, consistency and nutritional drift. The knowledge that they have had in the course of the pregnancy have been based on empiricism, that keep aspects from economical history of the country; moreover have received influences from advertisements which appreciate trademarks and packets of products that substitute breastfeeding; it also have shown that pregnant women have acquired a few aspects of scientific knowledge without distinction of the necessity between adults and babies.

Descriptors. Complementary feeding, Infant feeding, Breastfeeding, Weaning, Feeding for babies at the first year of their lives.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1.	Alimentação Complementar e Aleitamento Materno.....	1
1.2.	Alimentação Complementar.....	5
1.3.	Condições Biológicas e Sócio-Econômicas da Mulher.....	6
1.4.	A Importância da Assistência Pré-Natal como Fonte de Conhecimento.....	8
1.5.	Formação do Conhecimento sobre Alimentação Infantil.....	9
1.6.	O Contexto Urbano.....	11
1.7.	Alimentação Complementar – Precoce e Aleatória.....	12
2.	OBJETIVOS.....	13
2.1	Objetivo Geral.....	13
2.2	Objetivos Específicos.....	13
3.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
3.1	Delineamento.....	14
3.2	Amostra (População e Local).....	14
3.3	Principais Variáveis Estudadas.....	15
3.4.	Análise dos Dados.....	16
3.5	Procedimentos Éticos.....	16
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
4.1	Intenção de Amamentar.....	18
4.2.	Motivos para decidir sobre o Aleitamento Materno.....	18
4.3.	Idade Materna.....	25
4.4.	Escolaridade Materna.....	28
4.5.	Filhos Anteriores.....	30
4.6.	Perspectiva de Frequência de Aleitamento Materno.....	33
4.7.	Aleitamento Materno Exclusivo.....	34
4.8.	Introdução de Água e de Chá.....	36
4.9.	Outros Líquidos.....	38
4.10.	Intenção de adoçar o Chá e o Sucó de Frutas.....	40
4.11.	Intenção de Introduzir Leite de Vaca e Fórmulas.....	42
4.12.	Considerações sobre a oferta de Leite de Vaca em Mamadeira.....	44
4.13.	Intenção de adicionar Açúcar e Cereais.....	46
4.14.	Leite Fluido.....	47
4.15.	Introdução de Alimentos de Consistência Sólida.....	49
4.16.	Modificação da Consistência da Sopa e da Fruta.....	50
4.17.	As Frutas.....	52
4.18.	Composição da Sopa.....	53
4.19.	Legumes.....	54
4.20.	Introdução de Carne e Fígado.....	55
4.21.	Introdução de Frango e Peixe.....	57
4.22.	Verduras.....	58
4.23.	Adição de Sal, Óleo e demais Substâncias.....	62
4.24.	Ovos.....	64
4.25.	Arroz com Feijão.....	65
5.	CONCLUSÕES.....	67
6.	REFERÊNCIAS.....	68
	ANEXOS.....	87

1. INTRODUÇÃO

1.1. Alimentação Complementar e Aleitamento Materno

Alimentação Complementar corresponde a qualquer alimento, líquido ou sólido, diferente do leite da mãe, que é oferecido à criança que se encontra em aleitamento materno. É também denominada Alimentação de Transição, porque se baseia nos alimentos especialmente preparados para as crianças pequenas, até que elas estejam aptas a receber a alimentação habitual da família (Giugliani e Victora, 1997; Giugliani e Victora, 2000).

A Organização Mundial de Saúde atualmente recomenda a introdução da Alimentação Complementar a partir do início do segundo semestre de vida para, dentre outras razões que serão abordadas no decorrer deste estudo, incentivar a prática do aleitamento materno exclusivo durante o primeiro semestre de vida (WHO, 2001a; WHO, 2001b).

O incentivo ao aleitamento materno exclusivo, durante os primeiros 6 meses, atualmente é uma recomendação mundial de saúde pública. Esta duração, considerada ótima, é particularmente importante para as crianças que vivem em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde nem sempre se dispõe de recursos técnicos e sanitários, envolvendo a alimentação utilizada para complementar ou substituir o aleitamento materno (WHO, 2001a).

Tanto o aleitamento materno exclusivo quanto a alimentação complementar introduzida em tempo oportuno são etapas fundamentais da alimentação da criança, principalmente no primeiro ano de vida, ao assegurar o estado nutricional adequado para garantir condições de bom crescimento e desenvolvimento.

O aleitamento materno é uma qualidade do processo reprodutivo feminino, cuja prática resulta em inúmeros benefícios para a nação, para a mãe e principalmente para a criança. É um processo fisiológico que resulta na produção do leite materno, por meio do qual a mãe torna disponível para a criança muito mais que nutrição, mas também proteção, hidratação e inúmeros estímulos decorrentes do seu exercício e da interação mãe e criança.

No Brasil, o Ministério da Saúde já vem incentivando o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses como o primeiro de dez passos para a melhoria da alimentação de crianças menores de dois anos (IBFAN, 2002; MS, 2002).

Entretanto, a situação do aleitamento materno em nosso país ainda se encontra muito distante do recomendado, de acordo com os dados do Inquérito (MS, 1999a), os quais revelam uma freqüência nacional de aleitamento exclusivo de 53,1% para o primeiro mês, de 14,7% no período de 4 a 5 meses e somente de 9,7% entre 5 e 6 meses.

No Estado de São Paulo, observa-se uma freqüência de aleitamento materno exclusivo de 36,2% para o primeiro mês, de 10,8% para o período de 4 a 5 meses e somente de 7,6% para o período de 5 a 6 meses (MS, 1999b).

Estes dados demonstram que, apesar de a maioria das mulheres iniciar o aleitamento materno, começa também a introduzir, quase simultâneamente, alimentos complementares. E, com isso, a etapa de alimentação complementar se justapõe ao período que se destina ao aleitamento materno exclusivo, complementando-o ou substituindo-o por completo, reduzindo sua freqüência e sua duração. Este desajuste, que ocorre entre estas duas etapas, acaba por estabelecer o início do desmame antes dos 6 meses, conhecido como desmame precoce.

No Brasil, particularmente no município de São Paulo, o desmame precoce atuou associado a outros fatores para elevar a taxa de mortalidade infantil no período de 1961 a 1973, em 45% (passando de 60,21 óbitos por mil nascidos vivos para 87,20 óbitos por mil nascidos vivos) e nos anos seguintes voltou a apresentar declínio que se mantém até os nossos dias (Zúñiga e Monteiro, 2000). A taxa de mortalidade infantil em 1998, no Estado de São Paulo, foi de 18,8 óbitos por mil nascidos vivos, de acordo com estimativa realizada por Szwarcwald e col. em 2002.

Nas décadas de 80 e 90, a queda expressiva da mortalidade infantil por causas infecciosas, incluindo as doenças gastrointestinais, ocorreu de forma mais acentuada nas áreas urbanas onde se tem melhor acesso aos serviços de saúde e ao saneamento básico. No entanto, a mortalidade elevada de crianças, cujas mães não tiveram acompanhamento tanto no pré-natal quanto no parto, permaneceu freqüente nas áreas rurais do país (Kilsztajn e col., 2000; Maranhão e col., 1999).

Com a queda da mortalidade infantil decorrente das doenças infecciosas, a mortalidade por causas neonatais precoces passou a assumir maior importância na estrutura de mortalidade no país, representando hoje 52% do total de óbitos infantis que ocorrem na primeira semana de vida (Kilsztajn e col., 2000; Maranhão, 1999). O desmame precoce atua na mortalidade neonatal associado à prematuridade e à

permanência prolongada na maternidade (Zúfiga e Monteiro, 2000).

Atualmente, a promoção do aleitamento materno exclusivo desde as primeiras horas após o parto configura-se como uma estratégia fundamental, adotada pelo Governo Federal, para reduzir a mortalidade infantil, em particular aquela que ocorre na primeira semana de vida.

A prática, de maneira freqüente, do aleitamento materno, além de beneficiar a nação no combate à mortalidade infantil, também confere vantagens à mulher, tais como maior espaçamento entre as gestações, redução do risco de desenvolver câncer de mama e de ovários (WHO, 1990), menor sangramento pós-parto e conseqüente prevenção de anemia (Lana, 2001).

O aleitamento materno, além dos benefícios que proporciona para a saúde reprodutiva da mulher, também promove, por meio da interação corporal, o estabelecimento do vínculo afetivo desejável para a relação mãe e criança (Lana, 2001).

O início do aleitamento materno depende, em parte, do comportamento da criança no momento de sugar e da própria sucção, um ato reflexo importante para o manejo da “pega correta” (Sanches, 2002).

Entre os bebês que apresentam grande interesse em sugar e o fazem de forma vigorosa, (os hiperativos e os gulosos), ocorre um maior risco para mamada insatisfatória do que entre aqueles que apresentam comportamento tranquilo (Sanches, 2000).

A sucção conferida no aleitamento materno permite estabelecer um padrão de alimentação à criança, no qual todas as suas estruturas orais se desenvolvem e se fortalecem de forma adequada (Junqueira, 2000; Neiva e col., 2003; Vinha, 2002).

O estabelecimento de um padrão de alimentação que se baseia no esforço é um importante fator para que a criança, mais tarde, prossiga no aprendizado do exercício da mastigação de alimentos complementares de consistência adequada.

No leite materno, concentra-se um sistema imune de ação específica na proteção à saúde da criança, o que contribui para diminuir a ocorrência de doenças infecciosas, particularmente de doenças diarréicas, eventos comuns onde não se dispõe de boas condições sanitárias envolvendo a manipulação de alimentos complementares (Calvano, 2002; Montrone, 2002; Goldman, 2000; WHO, 2001a).

Por ser a água o componente mais abundante encontrado no leite materno, ele

se torna perfeitamente capaz de suprir as necessidades hídricas da criança nos primeiros 6 meses de aleitamento materno exclusivo (Moura, 2002), mantendo-a hidratada de forma adequada, mesmo nos dias mais quentes de verão (Victora, 1989).

O leite materno pode responder a todas as necessidades de nutrientes durante os primeiros 6 meses de vida, com a possível exceção de vitamina D em algumas populações e de ferro entre crianças com peso relativamente baixo ao nascer (Dewey, 2001).

Contudo, a composição do leite materno pode variar:

- entre as diversas regiões geográficas devido ao diferente conteúdo da dieta materna, que influencia principalmente o seu teor em ácidos graxos (Ruan, 1995; Fidler, 2000), em vitaminas hidrossolúveis B e C e em volume de fluido (Lönnerdal, 2000);
- com o tempo de maturação gestacional - o leite materno destinado à criança prematura contém maior conteúdo de colesterol (Lönnerdal, 2000);
- com a estação climática, no verão apresentando maior teor de vitamina C (Tawfeek, 2002);
- no decorrer do dia, um maior teor de ferro foi observado na mamada noturna (Silvestre, 2000);
- no decorrer da mesma mamada, um maior teor de gordura pode ser encontrado no leite que é sugado no final (Lönnerdal, 2000).

Na maioria das substâncias, a glândula mamária parece ter desenvolvido mecanismos para regular suas concentrações e compensá-las mesmo quando a dieta materna varia consideravelmente ou as condições maternas são adversas, de modo a adaptar-se plenamente às características fisiológicas e às necessidades nutricionais da criança para os primeiros 6 meses (Lönnerdal, 2000).

Durante os primeiros 6 meses de vida, a necessidade de ferro do lactente é baixa e plenamente suprida pelo leite materno, contudo o seu intenso crescimento cria uma demanda adicional de ferro e nesta época suas reservas orgânicas também encontram-se reduzidas. A partir deste momento a criança torna-se dependente de um contínuo e adequado suprimento de ferro exógeno e, ao mesmo tempo fica vulnerável à deficiência, uma vez que necessita de uma quantidade relativamente grande de ferro

para manter a concentração de hemoglobina constante com o volume de sangue em expansão (Dewey, 2001).

1.2. Alimentação Complementar

A Organização Mundial de Saúde recomenda que a introdução de Alimentação Complementar se inicie aos 6 meses de vida, de preferência sem interferir na continuidade do aleitamento materno, que poderá ser mantido até os 2 anos de idade ou mais (WHO, 2001a; MS, 2002).

A introdução da alimentação complementar no início do segundo semestre, além de preservar os benefícios conferidos no aleitamento materno exclusivo, tem dentre outros objetivos o de aumentar a densidade energética e oferecer alimentos ricos em micronutrientes, particularmente o ferro, além de proporcionar novos estímulos para que a criança continue a crescer e a se desenvolver sem necessariamente deixar de ser amamentada.

Aos 6 meses a criança apresenta maior maturidade fisiológica renal e digestiva (Euclides, 2000; Moura, 2002), obtém o controle da cabeça e pescoço, adquire e mantém a postura sentada, torna-se mais hábil para agarrar os alimentos com as mãos e inicia os movimentos de mastigação (Trahms, 2002), ocorrendo também a erupção dos primeiros dentes (Lacerda e Acciolly, 2002), prontificando-a para receber alimentos de composição e consistência diferentes do leite materno.

A introdução de alimentos complementares antes dos 6 meses de vida geralmente tende a substituir o aleitamento materno, não conferindo nenhuma vantagem para o crescimento físico quando comparado ao aleitamento materno exclusivo (Hop et al., 2000; Dewey, 2001), além de se manter constantemente relacionada a uma série de eventos prejudiciais à saúde da criança que afetam principalmente seu sistema gastrointestinal (Lloyd, et al, 1999).

A introdução de alimentos de consistência semi-sólida, além de contribuir para estimular o desenvolvimento da criança, também tem sido relacionada a uma maior duração do aleitamento materno quando comparada à introdução de alimentos complementares líquidos (Bueno, 2002; Trahms, 2002) que geralmente é conduzida pelo uso de mamadeira (Sanches, 2002; Vinha, 2002).

A oferta de alimentação complementar deve ser realizada de forma que não interfira na amamentação, pois o leite materno continua a ser ótima fonte de proteínas

e vitaminas, principalmente no primeiro ano de vida (Dewey, 2001).

A introdução de alimentos complementares também representa possibilidades de a criança interagir com o meio ambiente no contato com novas texturas, aromas, sabores e cores dos alimentos para prosseguir no seu desenvolvimento.

1.3. Condições Biológicas e Sócio-Econômicas da Mulher

A gestação em idades extremas, associada ao estado nutricional inadequado, tanto de deficiências quanto de obesidade (Williams e Trahms, 1997), a presença ou história de doenças crônicas (Nieclewicz, 1994) e a história obstétrica da mãe, tanto de imaturidade quanto de alta paridade, podem resultar em complicações que afetam à saúde da criança (Worthington-Roberts e Rees, 1997), implicando na sua permanência na maternidade por mais tempo, um fator que pode dificultar o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno (Züñiga e Monteiro, 2000) e resultar na introdução de alimentos complementares mais cedo do que o recomendado.

A experiência materna adquirida pela maternidade do filho anterior e a observação de alguém da família amamentando ou preparando alimentos às crianças menores também podem influenciar a adesão da mulher ao aleitamento materno e a sua forma de conduzir a introdução de alimentos complementares.

Nakamura e col., 2003 realizaram uma investigação sobre a percepção de meninas em idade escolar sobre o aleitamento materno e observaram que a maioria das meninas já teriam presenciado alguém amamentando, no próprio lar e em público. Em brincadeiras com bonecas (atividade lúdica), somente uma pequena porcentagem de meninas oferecia exclusivamente o seio, ou o seio e a mamadeira. A maioria das meninas teria vergonha de amamentar em público.

Essa investigação demonstra que o aprendizado sobre aleitamento materno pode ser adquirido desde a infância pela experiência de observação e pela vivência da maternidade anterior, resultando no conhecimento que pode ser considerado de natureza empírica ¹.

¹ *O empirismo é uma corrente filosófica, que surgiu no século XVII, que considera a experiência externa (as sensações) e interna (os sentimentos tal como são vividos) como fonte única, direta ou indireta do conhecimento (Locke, 1999).*

Para Orlandi 1985, as mudanças na estrutura familiar na sociedade urbana moderna constituem-se num dos fatores do declínio do aleitamento materno porque, segundo ele, a jovem mãe *“não tem mais o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos (avós, tias, irmãs, entre outros elementos facilitadores do aleitamento materno”*.

Portanto, a assistência à mulher deve constituir-se num espaço de resposta aos anseios e inseguranças da gestação, particularmente às primigestas que, por não contarem com a experiência prévia, podem estar mais sujeitas às inseguranças decorrentes do não-domínio da situação (Nozawa, 1991).

O número de filhos anteriores também pode influenciar a duração do aleitamento materno, ao estabelecer ou não condições que disponibilizem a mulher para o trabalho fora do lar, um dos fatores determinantes para a redução do tempo destinado ao aleitamento materno (MS, 1991).

A duração do aleitamento materno também pode influenciar-se pela escolaridade materna. De acordo com o estudo realizado pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM – 1997, as mulheres com maior escolaridade tendem a amamentar os seus filhos durante mais tempo quando comparadas àquelas com menor escolaridade. A duração do aleitamento materno entre mulheres de até 3 anos de estudo equívale-se àquela encontrada entre mulheres sem nenhuma escolaridade.

A escolaridade materna também pode reduzir a duração do aleitamento materno na medida em que facilita a inserção da mulher no mercado de trabalho. De acordo com Itaboraí, 2002, cada ano de estudo representa 16% a mais de possibilidade de a mulher estar desenvolvendo trabalho fora do lar. A proporção de mulheres que integra o mercado de trabalho cresce em todos os níveis de escolaridade, mas o crescimento é mais intenso entre as mulheres que apresentam entre 9 a 11 anos de estudo.

A escolaridade materna, associada às informações obtidas durante a assistência pré-natal, pode resultar em maior conhecimento sobre aleitamento materno de acordo com estudo realizado no qual se verificou que as mulheres com maior escolaridade e que afirmaram terem recebido orientações sobre o aleitamento materno durante a gestação, com no mínimo 5 consultas à assistência pré-natal, podem apresentar melhor conhecimento sobre a amamentação do que aquelas que

afirmaram ter recebido orientações após o nascimento da criança (Giugliani, 1995). O conhecimento adquirido durante a assistência é um dos fatores que eleva a possibilidade das mulheres de amamentar durante mais tempo e de forma exclusiva de acordo com o estudo realizado por Susin em 1999.

1.4 A Importância da Assistência Pré-Natal como Fonte de Conhecimento

A assistência pré-natal constitui-se em mais uma oportunidade para agregar informações sobre amamentação ao conhecimento da mulher principalmente porque, de acordo com Silva, 1994, durante a gestação as mulheres também decidem-se em relação ao aleitamento materno.

O desejo da gestante de querer o melhor para o filho é um dos estímulos que facilita a revisão de hábitos alimentares, durante a assistência pré-natal, para ela no sentido de assegurar o seu ganho de peso adequado e para a família que se inicia e ou se amplia.

Ouvir as mulheres, de um modo geral, e orientar aquelas que não desejam e não querem amamentar, é um dos compromissos atualmente admitidos em nosso país, para a melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher (MS, 2000) e à criança.

Até o momento, a assistência pré-natal ocupa-se em incentivar o aleitamento materno, ressaltando os benefícios de sua prática para a saúde da criança, ficando as questões relacionadas à alimentação complementar para serem tratadas em consultório de pediatria, mesmo para aquelas mulheres que não desejam ou não podem amamentar de forma exclusiva durante 6 meses.

Desta forma, o conhecimento científico, obtido durante a assistência pré-natal, pode refletir-se de forma mais acentuada na opinião das mulheres em questões relacionadas ao aleitamento materno.

Por outro lado, o conhecimento que as mulheres detêm durante a assistência pré-natal sobre alimentação complementar pode apresentar poucos traços do conhecimento científico, os quais passam a depender:

- imediatamente, da qualidade da assistência pré-natal em proceder à educação nutricional dirigida a ela, enquanto pessoa adulta e gestante com necessidades distintas daquelas que a criança menor de 1 ano possa apresentar;

- do que ela aprendeu durante a assistência pediátrica na orientação da alimentação do filho anterior;
- de informações obtidas sobre alimentação e nutrição durante o ensino formal;
- do conhecimento científico de outras épocas que é transmitido de uma geração para a outra por tradição.

O conhecimento científico tende a difundir-se entre as camadas populares com um século de atraso (Boltanski, 1979), perdendo, desta forma, sua especificidade como um saber mais ou menos restrito, passando a fazer parte do conhecimento popular (Novaes, 1979).

1.5. Formação do Conhecimento sobre Alimentação Infantil

Embora o conhecimento sobre como alimentar a criança não se restrinja somente à classe de mulheres, é nela que este senso comum encontra maior expressão, porque as mulheres, de modo geral, sempre participaram de sua elaboração, como na criação de receitas e na divulgação das mesmas entre o grupo (Schaefer e Janstsch, 1995).

No Brasil, o conhecimento sobre a alimentação infantil decorre da história política, econômica e cultural, incluindo o tipo de colonização ocorrida, quando se conjugaram hábitos alimentares da cultura indígena, européia e africana (Turano e Almeida, 1999).

As mulheres indígenas praticavam o aleitamento materno e raramente introduziam outros alimentos antes de a criança começar a andar (Borges, 2000).

Para as mulheres européias, era comum o aleitamento mercenário com amadeite, um hábito rotineiro na Europa desde o século XVIII (Badinter, 1985) e que se instaurou na colônia, onde as mulheres africanas serviram como amas-de-leite para amamentar crianças de mulheres européias (Lery, 1980).

Na cultura africana, a introdução de alimentos iniciava-se entre recém-nascidos com a oferta de água adoçada. Até os três anos, as crianças recebiam preparações de consistência amolecida, incluindo as papas de banana, de arroz e de fubá, o mingau de leite adoçado com açúcar e espessado com farinha de mandioca, araruta, maisena, fubá ou abóbora. As preparações salgadas incluíam os caldos de

carne e de peixe, nas quais também era adicionada a farinha de mandioca. O consumo de ovos era pouco apreciado na cultura africana, enquanto o feijão e o leite de cabra eram considerados os alimentos mais nutritivos (Cascudo, 1983).

A atividade econômica desenvolvida durante o período colonial, que consistia na exportação de produtos primários, principalmente para a Europa, também contribuiu para a formação de nossos hábitos alimentares.

O cultivo da cana-de-açúcar para abastecer os engenhos na obtenção do açúcar resultou em pouco espaço de terra para o plantio de alimentos de consumo local, determinando a escolha de alimentos de rápida produtividade e de conservação longa, como o feijão, o milho e a mandioca (Turano e Almeida, 1999).

A fatura de açúcar, que se constituiu no principal produto de exportação durante muito tempo em nosso país, pode explicar a apreciação pelas preparações doces em nossa alimentação (Lorimer, 2001).

O fato de o Brasil manter relações comerciais com a Europa também contribuiu para a incorporação de conceitos médicos daquele continente, principalmente os da Puericultura, um segmento da Pediatria que surgiu na França, no final do século XIX, com a proposta de orientar a melhor forma de cuidar das crianças, inclusive da alimentação. Dentre as recomendações destacavam-se a prioridade à alimentação láctea para o primeiro ano de vida, a introdução de caldos de legumes e de farinhas com um ano de idade e a inclusão de ovos e carnes somente a partir do segundo ano de idade (Novaes, 1979).

O conhecimento científico proveniente das escolas européias é dominante em nossa cultura até 1946, quando ocorre, em nosso país, a ascensão da saúde pública americana e os conceitos passam a ser adquiridos através das escolas médicas aqui instaladas e pela atuação de organismos internacionais, meios de divulgação dominantes, até os dias atuais (Novaes, 1979).

Cabe destacar que, para a economia americana, a internacionalização de sua cultura também representa a oportunidade para ampliar o número de consumidores de seus produtos. Isso se faz por meio do marketing, uma estratégia que se utiliza dos meios de comunicação de massa com o objetivo de influenciar o comportamento das pessoas para o consumo.

1.6. O Contexto Urbano

Entre 1950 até 1980, os hábitos alimentares no Brasil sofreram intensa modificação. Em apenas 30 anos, o Brasil se transformou, passando de um país com predominância rural e agrícola para um país com predominância urbana e industrial (Sachs, 1999).

Nesta época, as atividades da puericultura relacionadas ao cuidado e à alimentação das crianças foram assumidas pelas instituições educativas, como as creches, e pelos meios de comunicação de massa, incluindo as revistas e a televisão (Novaes, 1979).

Em pouco tempo, as informações veiculadas pelos meios de comunicação de massa adequaram-se aos interesses comerciais da indústria, no sentido de manipular a informação e disseminar o consumo de produtos, como o leite em pó.

A propaganda que era dirigida às mulheres e aos médicos pode ser considerada como um dos mecanismos importantes na disseminação do consumo de leite em pó em substituição ao aleitamento materno, principalmente a partir da década de 50 (Goldemberg e Tudisco, 1983; Goldemberg, 1988).

A oferta de leite em pó começou a se intensificar a partir da década de 40, em decorrência do aumento da produção nacional. Na década de 70, atinge o ápice de produção de leite modificado, que passou de 6.508 toneladas para 26.165 toneladas, e como consequência instituiu a prática generalizada do desmame precoce (MS, 1991).

No contexto urbano, outros fatores também contribuíram para a disseminação do consumo de leite em pó, dentre eles destaca-se o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, sem direitos que assegurasse condições para a continuidade do aleitamento materno exclusivo. E a falta de qualidade na assistência prestada à saúde da mulher e da criança também é responsável pela instituição da alimentação pela mamadeira (Vinagre e Diniz, 2002).

Cabe à assistência prestada a mulher e à criança, em particular durante o Pré-Natal, tornar acessível a aprendizagem da amamentação para todas as mulheres, e em particular para aquelas que não podem ou não querem amamentar, a orientação de como proceder na introdução de alimentos complementares, tornando-as menos vulneráveis à influência da propaganda que é empreendida pela indústria de alimentos substitutos do aleitamento materno.

1.7. Alimentação Complementar – Precoce e Aleatória

A precocidade na introdução de alimentos complementares ou substitutos do aleitamento materno constatada em vários estudos (Marchioni, 1999; Simon, 2001; Spinelli, 2000) tornou possível pressupor que o conhecimento que as mulheres possuem sobre a alimentação complementar é de natureza empírica, apresentando poucos traços do conhecimento científico.

Augusto, 1972, ao estudar o conhecimento de mulheres sobre a alimentação infantil, observou que a maioria delas aprendia a escolher os alimentos por conta própria, o que possibilita inferir que a escolha de alimentos complementares pode, em muitos casos, ocorrer com certo grau de aleatoriedade. A mulher acaba por decidir sozinha o tempo e o alimento que será introduzido como complemento ou substituto do aleitamento materno, com pouco ou nenhum critério técnico.

Isto em parte se deve ao atraso na orientação que é prestada à mulher sobre como proceder na escolha, preparo e tempo de introdução dos alimentos complementares e pode aumentar os riscos à saúde de crianças cujas mães optam por oferecer alimentos diferentes do leite materno antes de consultar a Equipe de Saúde.

A introdução precoce de alimentos complementares sem critério técnico pode representar um importante problema de saúde pública, quando a alimentação escolhida apresenta-se inadequada em composição nutricional, teor microbiológico, diluição e consistência, oferecendo riscos à saúde da criança, em particular no primeiro ano de vida.

Justifica-se, portanto, a realização deste estudo, que se propõe a conhecer a opinião de mulheres, que se encontram em assistência pré-natal, sobre aleitamento materno e introdução da alimentação complementar.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer as opiniões de gestantes sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida.

2.2 Objetivos específicos

- Obter as Perspectivas de Frequência do Aleitamento Materno e do Aleitamento Materno Exclusivo e da Introdução dos Alimentos Complementares;
- Relacionar a Alimentação Complementar citada à idade da criança para verificar possível adequação.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento

Trata-se de um Estudo Transversal desenvolvido durante o período de março a agosto de 2002. Os dados foram obtidos durante entrevista, quando se utilizou de um formulário estruturado sobre alimentação infantil, especialmente desenvolvido para esta pesquisa, conforme modelo ANEXO I.

3.2 Amostra (População e Local)

A população investigada é composta de mulheres gestantes usuárias da Assistência pré-natal do Centro de Saúde Escola Barra Funda e do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, que residem ou trabalham nas proximidades dos respectivos centros.

Durante um período de 6 meses ininterruptos, foram entrevistadas 114 mulheres gestantes (69,5%) proveniente do Centro de Saúde Escola Barra Funda e 50 mulheres (30,5%) assistidas pelo Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza (Tabela 1).

A pesquisa foi delineada para ser aplicada somente no Centro de Saúde Barra Funda, mas, no decorrer da obtenção dos dados, houve uma redução na demanda de usuárias gestantes atendidas naquele Centro e, para ampliar a amostra ao tamanho esperado, incluíram-se as usuárias do Centro de Saúde Geraldo Paula Souza, pela semelhança que apresentavam em relação à população entrevistada no primeiro Centro.

O Centro de Saúde Escola Barra Funda é uma Instituição da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, que mantém convênio com a Secretaria de Estado da Saúde e desenvolve, entre outras atividades de ensino, estágios curriculares e atendimento médico. O Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza é uma Instituição mantida pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que atua na prestação de serviços, ensino e pesquisa.

Os dois Centros de Saúde localizam-se na região Central Paulistana onde ocorre uma menor taxa de fecundidade, situação que tende a elevar-se em direção à região periférica da cidade, de acordo com estudo realizado por Martins em 1999.

Durante a assistência pré-natal, nos dois centros, as mulheres receberam informações sobre o aleitamento materno, individualmente, e em grupo, assistidas por Equipe Multiprofissional, basicamente composta de médico obstetra, enfermeira e psicóloga. Em nenhum dos Centros de Saúde foram prestadas informações envolvendo a alimentação complementar. Na Sala de Espera dos dois Centros de Saúde, havia cartazes elucidativos sobre o aleitamento materno e sua duração ideal de 6 meses.

Foram excluídas 15 entrevistas de mulheres gestantes de origem estrangeira, usuárias do Centro de Saúde Barra Funda, pelas diferenças culturais que apresentam.

3.3 Principais variáveis estudadas

3.3.1 Variáveis de identificação:

- Idade
- Escolaridade
- Paridade (filhos anteriores - experiência prévia da mulher em relação à alimentação infantil).

3.3.2 Variáveis do Aleitamento Materno, com base nas seguintes categorias:

Aleitamento materno - ocorre quando a criança recebe leite materno, diretamente da mama ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano (OMS, 1991);

Aleitamento materno exclusivo - ocorre quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e ou medicamentos. (OMS, 1991);

Aleitamento materno predominante - ocorre quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como suco de frutas e chás (OMS,1991);

Aleitamento materno misto - compreende o período em que a criança recebe aleitamento materno e alimentação láctea como o leite de vaca ou fórmulas;

Alimentação substituta ou alternativa - ocorre quando a criança menor de 6 meses deixa de receber o aleitamento materno e passa a se alimentar com leite

de vaca, fórmulas ou demais alimentos, com o objetivo de substituir o leite da mãe.

3.3.3 Variáveis da Introdução dos alimentos complementares:

Líquidos

- Água e chá, suco de frutas e demais líquidos;
Adição de açúcar;
- Leite de vaca ou fórmulas;
Adição de açúcar e cereais;
Métodos de preparo do leite.

Semi-sólidos

- Frutas;
- Sopa;
- Métodos para modificar a consistência;
- Introdução de Legumes; Carnes e Fígado; Frango e Peixe; Verduras;
Ovos; Arroz e Feijão;
- Adição de sal, óleo e demais substâncias.

3.4. Análise dos dados

As informações dos formulários foram transferidas para um banco de dados, padrão MS-Access e que foi utilizado como entrada de dados para o programa Epi Info, versão 2002. Para a apuração e análise dos dados, foram elaboradas Tabelas de Frequência e de Contingência. Foram aplicados os testes estatísticos do χ^2 , considerando-se como intervalo de confiança o nível de 95%. Calculou-se o valor de P e os Intervalos de Confiança.

Uma abordagem qualitativa, utilizando-se frases de mulheres em relação ao aleitamento materno e a introdução dos alimentos, possibilitou uma melhor compreensão dos dados quantitativos.

3.5 Procedimentos Éticos

O presente estudo foi realizado de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Foram realizadas várias entrevistas prévias com gestantes de Centro de Saúde

no decorrer do desenvolvimento do formulário, para viabilizar os objetivos da pesquisa antes de iniciá-la.

No início da entrevista apresentou-se, às possíveis participantes do estudo, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por escrito, conforme o formulário ANEXO II, para garantir a preservação do anonimato, a liberdade de escolha de participar, ou não, do estudo, isentando-as de qualquer constrangimento ou prejuízo no atendimento prestado pela Instituição.

Todas as mulheres gestantes entrevistadas foram esclarecidas em relação ao estudo e receberam um informativo impresso, conforme modelo ANEXO III, contendo dicas sobre alimentação infantil. Ao término da entrevista individual, também foram prestados esclarecimentos sobre eventuais dúvidas relacionadas ao assunto da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi inicialmente aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, conforme fotocópia no ANEXO IV.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Intenção de Amamentar

No presente estudo, todas as mulheres já haviam se decidido em relação ao aleitamento materno. Na opinião da maioria delas, a decisão é favorável ao aleitamento materno e apenas uma pensa em não fazê-lo.

Este resultado está de acordo com o estudo de Silva, 1994, no qual se observa que a decisão sobre o aleitamento materno ocorre ainda durante a gestação.

De acordo com Graffy, 1992, em países desenvolvidos tem sido demonstrado que entre um terço e metade de mulheres decide como irá alimentar seus filhos, mesmo antes de ficarem grávidas.

A decisão favorável ao aleitamento materno ou a intenção de amamentar manifesta pela mulher durante a gestação, na maioria das vezes, resultou no início do aleitamento materno, conforme demonstrou um estudo desenvolvido em Glasgow (Britten et al., 2001).

Marques et al., 2001 observaram que, entre as mulheres que estavam decididas positivamente a amamentar durante a gestação, 99% delas amamentaram os seus recém-nascidos; da mesma forma, a intenção manifesta, durante a gestação, de oferecer outro leite em determinado período de idade da criança, também se realizou na maioria das vezes.

4.2. Motivos para decidir sobre o Aleitamento Materno

Os motivos expressos pelas mulheres para decidirem-se pelo aleitamento materno refletem o conhecimento que ela adquiriu desde criança pela observação, experiência com a maternidade anterior, entre outros, e mais recentemente reflete o que ela aprendeu durante a assistência pré-natal.

Na Tabela 2, encontram-se os motivos, agrupados de acordo com o conteúdo de frases expressas pelas mulheres durante a entrevista. Ao analisá-los, verificou-se que o benefício do aleitamento materno para a saúde da criança é o motivo mais freqüente (73,8%) entre as mulheres para decidirem-se a amamentar.

Este resultado evidencia que os benefícios para a saúde da criança têm sido o maior enfoque nos vários momentos de aprendizado da mulher, inclusive durante a assistência pré-natal.

Frases contendo motivos que demonstram conhecimentos específicos conferidos no aleitamento materno são menos freqüentes entre as mulheres.

4.2.1. Fatores de Proteção

Somente 6,7% de mulheres demonstram conhecimentos relacionados aos fatores de proteção encontrados no leite materno.

Os fatores de proteção do leite materno são responsáveis pela maior saúde gastrointestinal, um fator importante na prevenção das doenças diarréicas que são comuns onde não se dispõe de boas condições sanitárias envolvendo a manipulação dos alimentos complementares (WHO, 2001a). Esta maior proteção conferida ao leite materno em parte se deve à presença de imunoglobina secretora tipo A (IgA), que tem ação protetora sobre a mucosa gastrointestinal, formando uma barreira intransponível para bactérias e antígenos que os impedem de colonizarem o intestino da criança (Goldman, 2000).

A proteção conferida no leite materno carrega a experiência imunológica materna que resulta da interação da mãe com os vários agentes patógenos que ela contatou no decorrer de sua vida e no meio ambiente atual onde ela vive e onde certamente passará a viver a criança (Calvano, 2002; Montrone, 2002)

4.2.2. Composição Nutricional do Leite Materno

Apenas 6,1% das mulheres mencionam motivos relacionados à composição nutricional do leite materno.

O leite materno pode suprir todas as necessidades da criança durante os primeiros 6 meses, com a possível exceção de vitamina D (Dewey, 2001), que deve ser obtida pela exposição regular da criança à luz solar (Lamounier e Leão, 1998).

No entanto, alguns estudos apontam para a influência da dieta materna sobre a composição nutricional do leite materno.

O consumo abundante de peixe na dieta materna pode resultar num maior conteúdo de ácido docosahexaenóico, como também num total de 3 ácidos poliinsaturados de cadeia longa no leite materno. (Ruan, 1995; Fidler, 2000).

Tawfeek, 2002, observou que o maior teor de vitamina C, durante o verão, estava relacionado à presença de vegetais e de frutas na dieta materna.

DeSantiago et al., 2002 encontraram um baixo teor de cálcio no leite de mulheres da área rural no México e observaram entre elas um consumo elevado de fibras pela alimentação.

O elevado consumo de fibras, provenientes de vegetais, pode resultar num menor teor de gordura no leite, segundo Messina e Mangels, 2001 e desta forma influenciar a absorção de vitaminas lipossolúveis e de cálcio.

De acordo com Worthington-Roberts, 1997, não existem evidências de que o teor de cálcio do leite materno possa ser influenciado pelo conteúdo ingerido na dieta. Acredita-se, segundo o mesmo, que ao ocorrer a deficiência de cálcio na dieta, este é mobilizado a partir dos ossos da lactante para que sejam mantidos os níveis deste mineral no leite da materno.

O maior impacto da situação nutricional materna sobre a lactação consiste na redução do volume total de leite produzido. Desta forma, a boa nutrição materna otimiza a qualidade e quantidade de leite produzido, enquanto se preserva a saúde da mulher (Worthington-Roberts, 1997) e ajuda-se a prevenir a deficiência de nutrientes em crianças (Lonnerdal, 2000).

Releva-se desta forma a importância de que todas as mulheres em idade reprodutiva revejam seus hábitos alimentares de preferência antes da gestação ou logo no início da assistência pré-natal.

4.2.3. Benefícios para a Saúde da Mulher

Nenhuma das mulheres demonstrou conhecimento sobre os benefícios conferidos na amamentação para a saúde delas, há apenas menção ao emagrecimento e à praticidade (Tabela 2).

Ao amamentar, a mulher também é beneficiada por apresentar menor sangramento após o parto, pois a ocitocina produzida pela hipófise, sob o estímulo das mamadas, é responsável pelas contrações uterinas no pós-parto, acelerando a volta do útero ao seu tamanho normal, diminuindo o sangramento uterino. A hemorragia pós-parto representa uma das principais causas de morte materna em países em desenvolvimento; decorre principalmente de atividade uterina ineficaz. Após o nascimento, a hemorragia pós-parto é responsável também por anemia materna, evitada pela involução uterina mais rápida na amamentação (Lana, 2001).

De acordo com Almeida, 1999, a praticidade também é uma das vantagens

para a mulher que amamenta.

A vantagem de emagrecer em decorrência do aleitamento materno ainda não está totalmente esclarecida.

De acordo aos estudos de Stabe, 2002, a retenção de peso pós-gestacional não se mostrara associada à duração ou ao tipo de aleitamento materno. Segundo ela, o ganho de peso gestacional e a ingestão calórica da mãe foram as variáveis que demonstraram estar relacionadas estatisticamente com a retenção de peso pós-parto, independentemente do tipo e duração do aleitamento materno.

O enfoque às vantagens da amamentação para a saúde da mulher pode conferir à Equipe de Saúde uma alternativa mais sedutora no incentivo ao aleitamento materno.

Para duas mulheres (1,2%), os motivos para decidirem-se sobre a amamentação estavam relacionados à **sucção**. Um dos motivos para amamentar dependia da procura da criança pelo aleitamento materno. E o outro estava relacionava-se à presença de mamilo invertido.

De acordo com Andrade e Souza, 1996, exercícios específicos para a mama orientados durante a assistência Pré-Natal podem auxiliar o preparo do mamilo para a sucção.

Os mamilos invertidos podem na maioria dos casos normalizar-se com a sucção insistente do bebê (Vinha, 2002), o que reforça a importância de informar à mãe, desde a assistência pré-natal, que a criança precisa abocanhar a aréola e não o mamilo (Lang, 1999).

Concordando-se com Sanches, 2002, sobre o papel da sucção no estabelecimento da “pega correta” do recém-nascido à mama como um dos fatores relacionados com o início bem sucedido do aleitamento materno.

Até o momento da entrevista, a gestante que apresentava mamilo invertido não demonstrou conhecimento sobre a possibilidade de amamentar, nem de fazer uso de exercícios para o preparo das mamas e dos mamilos ou de técnicas de posicionamento da criança à mama para proporcionar a “pega correta”.

Outros motivos observados nas frases das gestantes refletem a obrigação ou dever de amamentar (4%).

As frases com tom de obrigação refletem como a sociedade, na qual se inclui o profissional de saúde, determina o aleitamento materno para a mulher, sem muitas

vezes dedicar-se a ouvi-la sobre sua decisão, conforme demonstra estudo realizado por Silva em 1999.

Neste estudo a experiência bem sucedida em relação ao aleitamento materno do filho anterior é um dos motivos para amamentar o próximo filho (Tabela 2), o que reforça a importância de um manejo adequado da introdução de alimentos complementares para garantir uma experiência agradável e o sucesso do aleitamento do próximo filho.

4.2.4. Trabalho Materno

O trabalho materno constitui-se no principal motivo para não amamentar de acordo com uma das mulheres (Tabela 2).

Apesar de ser apontado em apenas um motivo, uma maior ênfase será dada ao trabalho materno que atualmente se constitui numa condição bastante comum em nossa cidade.

De acordo com os dados da Fundação Seade, 2001, a taxa de participação feminina no mercado de trabalho da Região Metropolitana de São Paulo representa mais de 53% das mulheres economicamente ativas e vem crescendo continuamente através dos últimos 13 anos, assim como a taxa de participação das mulheres que possuem uma posição de Chefe no domicílio também vem apresentando crescimento desde a década passada.

O trabalho materno não necessariamente impede o estabelecimento do aleitamento materno, mas pode criar dificuldades que inviabilizem a evolução do mesmo de forma exclusiva em idade superior aos 4 meses, devido à incompatibilidade entre a recomendação do aleitamento materno exclusivo de 6 meses e a legislação trabalhista que regulamenta uma licença-maternidade de 4 meses.

Neste estudo era comum entre as gestantes, que afirmam trabalhar fora, a intenção de oferecer outro leite na mamadeira, com o objetivo de acostumar a criança para que elas não sofressem em seu retorno ao trabalho. Situação semelhante a esta foi descrita por Rea em 2002.

Todas as mulheres devem ser orientadas sobre como ordenhar e armazenar o seu próprio leite (Rea, 2002) e também sobre a possibilidade de continuar amamentando durante o período em que permanecem junto à criança.

Para isso, é importante, desde a assistência pré-natal, orientar as mulheres, em particular àquelas que não podem amamentar durante 6 meses, a procurar orientação da Equipe de Saúde antes de proceder à introdução de alimentos na dieta da criança nos primeiros seis meses de vida.

Tabela 2 – Motivos para decidir sobre o aleitamento materno

Motivos	N	%
Saúde da criança	121	73,8
“Acho que é importante para a criança. É um leite saudável!”		
“Acho que é muito importante para o recém nascido...acho que é o certo !”		
“É bom para a criança ! Tem muitas vantagens para a criança !”		
“Faz bem para ele ! Não para mim, mas para ele !”		
“Faz bem para o bebê ! Eu quero o melhor para o meu filho !”		
“Não há nada melhor do que o leite da mãe... a criança fica mais saudável...”		
“...para a saúde do meu filho ficar forte !”		
“... é bom. Já tô tendo leite. A criança fica forte !”		
“Porque eu quero ! Eu sei que faz bem para o bebê... é saudável ! Só se eu não puder mesmo...”		
“Acho que a amamentação faz parte do futuro da criança, da saúde !”		
“É bom para a criança. Para o desenvolvimento e para a saúde da criança.”		
Fatores de proteção	11	6,7
“Acho que é bom ! Evita doença e diarreia.”		
“Evita muita coisa ! É mais saudável do que ficar dando mamadeira dali... daqui...”		
“Porque é importante até os 6 meses... evita doença !”		
Alimentação e nutrição	10	6,1
“O leite materno é o melhor alimento para o bebê !”		
“O leite tem tudo ! Todo tipo de vitamina, cálcio e água.”		
“... melhor coisa é o leite da mãe !”		
Benefícios para a mãe e filho	8	4,9
“Porque é bom para o nenê... bom para ele e bom para mim também !”		
“Porque faz bem para o nenê... para os dois e emagrece !”		
“Acho que é bom e que é mais fácil !”		
“Porque faz bem e acho cômodo !”		
Prazer	4	2,4
“Porque acho bonito !”		
“Acho gostoso e é preciso !”		
Obrigação	4	2,4
“Porque acho que tem que amamentar !”		
“Porque tem que amamentar a criança quando nasce !”		
Sucção	2	1,2
“Eles procuram o peito, sempre dei...”		
“Quero mas não consigo porque tenho o bico do peito invertido.”		
Experiência anterior	1	0,6
“Porque amamentei meu filho anterior e ele é forte !”		
Trabalho materno	1	0,6
“Não quero que ele sofra quando eu voltar ao trabalho... ..preciso trabalhar...”		
Não Sabe	2	1,2

4.3. Idade Materna

A população deste estudo compõe-se de maneira predominante por 72,6% de mulheres com idade entre 20 a 34 anos, de um pequeno grupo de adolescentes (16,4%) com idade entre 15 a 19 anos e de algumas mulheres (11%) com idade igual ou superior a 35 anos. (Tabela 3)

Esta população apresenta uma média de idade de 26 anos e uma mediana igualmente de 26 anos com desvio padrão (dp) de 6,4 anos.

Assemelhando-se às médias de idade materna encontradas por Simon, 2001 de 25,2 anos (dp de 6,1 anos); por Spinelli em 2000, de 24,5 anos (dp de 6,2 anos) e por Marchioni em 1999, de 25,7 anos (dp também de 6,2 anos).

Tabela 3 – Distribuição de gestantes assistidas em Centros de Saúde em 2002, de acordo com os grupos etários.

Idade (em anos)	N	%
15 a 19	27	16,4
20 a 34	119	72,6
35 ou mais	18	11,0
Total	164	100,0

A gestação em idades extremas tem sido relacionada a uma maior mortalidade infantil (Daw e Ananth, 2002) e a eventos que podem dificultar o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno.

A gestação entre mulheres acima de 35 anos, relacionada aos fatores tais como dieta inadequada, obesidade, estilo de vida sedentário (Williams e Trahms, 1997), à presença ou história de doenças crônicas (Nielewicz, 1994) e história obstétrica de alta paridade (Worthington-Roberts e Rees, 1997), pode desencadear problemas na gestação e no parto e afetar o estabelecimento e duração do aleitamento materno.

A gestação na adolescência, associada a uma dieta materna deficiente, pode resultar no aparecimento de deficiências vitamínico-minerais como as anemias, as quais têm sido relacionadas à prematuridade e ao baixo peso ao nascer (Williams e Trahms, 1997; Silva et al., 2001).

Segundo Worthington-Roberts e Rees (1997), o baixo peso ao nascer, pequeno para a idade gestacional e a prematuridade, estão associados ao ganho de peso insuficiente na gestação, particularmente na adolescência. De acordo com os mesmos, a gestação na adolescência caracteriza-se pela competição por nutrientes que promovem o crescimento materno, particularmente entre 10 a 14 anos, e o suprimento fetal; e pela imaturidade ginecológica, um fator que também contribui para o maior número de complicações, como a desproporção céfalo-pélvica.

A gravidez na adolescência é um dos fatores de risco que contribuem para a manutenção das altas taxas de baixo peso ao nascer (Monteiro, 1997) e de prematuridade (Silva et al, 2001) e podem exigir a permanência da criança na maternidade por mais tempo.

A prematuridade e a permanência prolongada na maternidade são tidos como fatores que contribuem para a manutenção das taxas de mortalidade neonatal e se ajustam perfeitamente ao desmame precoce (Züfíga e Monteiro, 2000) em decorrência de dificuldades de estabelecer e manter o aleitamento materno, implicando na introdução precoce de alimentos complementares.

Motil et al., 1997, ao estudarem a influência da idade sobre o aleitamento materno, observaram, entre outras diferenças, uma menor produção de leite materno entre mães adolescentes quando comparadas às mulheres adultas.

Furman, et al. (2002) observaram que mulheres com idade intermediária tendem a amamentar mais tempo crianças de baixo peso ao nascer, quando comparadas às mães adolescentes de crianças nas mesmas condições.

Volpe e Bear, 2000, ao estudarem a influência de programa educativo de amamentação entre adolescentes, obtiveram um aumento da iniciação do aleitamento materno neste mesmo grupo de até 3 vezes mais e concluíram que o aleitamento materno precisa ser melhor promovido nessa faixa etária.

A vivência materna também pode representar maior oportunidade de aprender pela experiência, o que poderia resultar em uma intenção mais duradoura de amamentar o filho e influenciar o conhecimento sobre alimentação complementar.

Neste estudo, foram realizados testes estatísticos para verificar a associação entre os grupos etários e a intenção de amamentar durante mais tempo e de forma exclusiva; entre grupos etários e a frequência de desconhecimento das questões contidas no formulário utilizado para obter os dados referentes ao aleitamento

materno e à alimentação complementar.

Os resultados obtidos não se mostraram estatisticamente significantes entre grupos etários e a intenção de amamentar durante mais tempo e nem entre os mesmos grupos etários e a frequência de respostas admitindo desconhecimento.

Não ocorre, nesta população, associação entre os grupos etários e a perspectiva de frequência de aleitamento materno geral e exclusivo. E nem entre os grupos etários e a frequência de desconhecimento de respostas do inquérito. E isto em parte se deve ao pequeno número de gestantes pertencentes aos grupos de idades extremas (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1 – Perspectiva da frequência de Aleitamento Materno, na opinião de mulheres de diferentes grupos etários assistidas em Centros de Saúde, 2002.

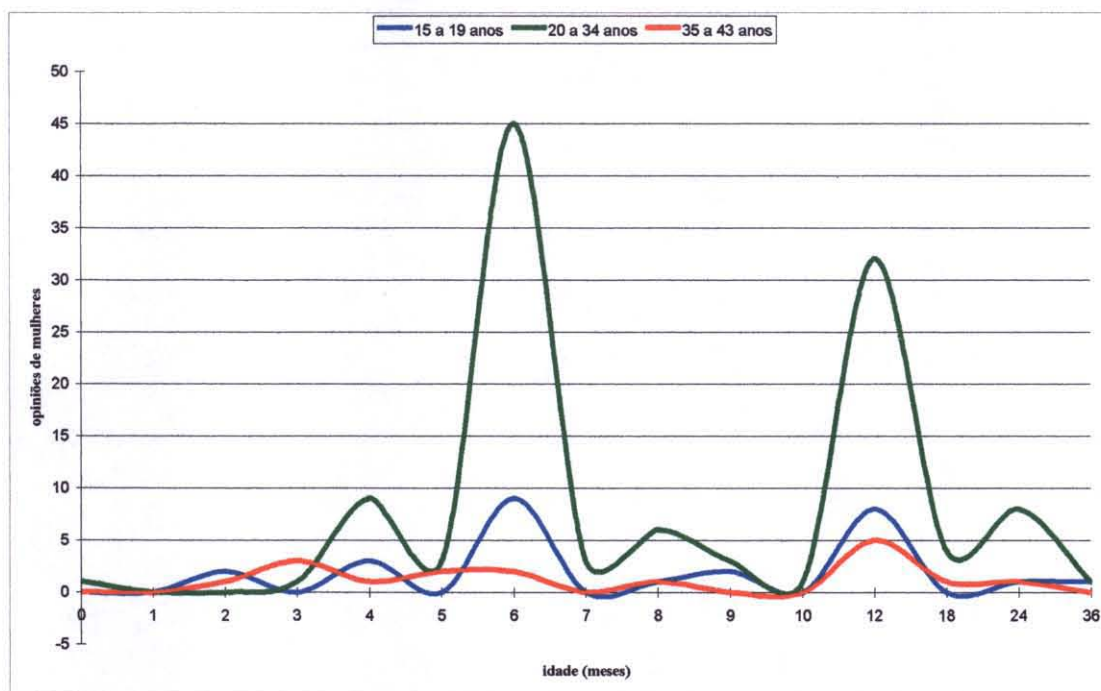
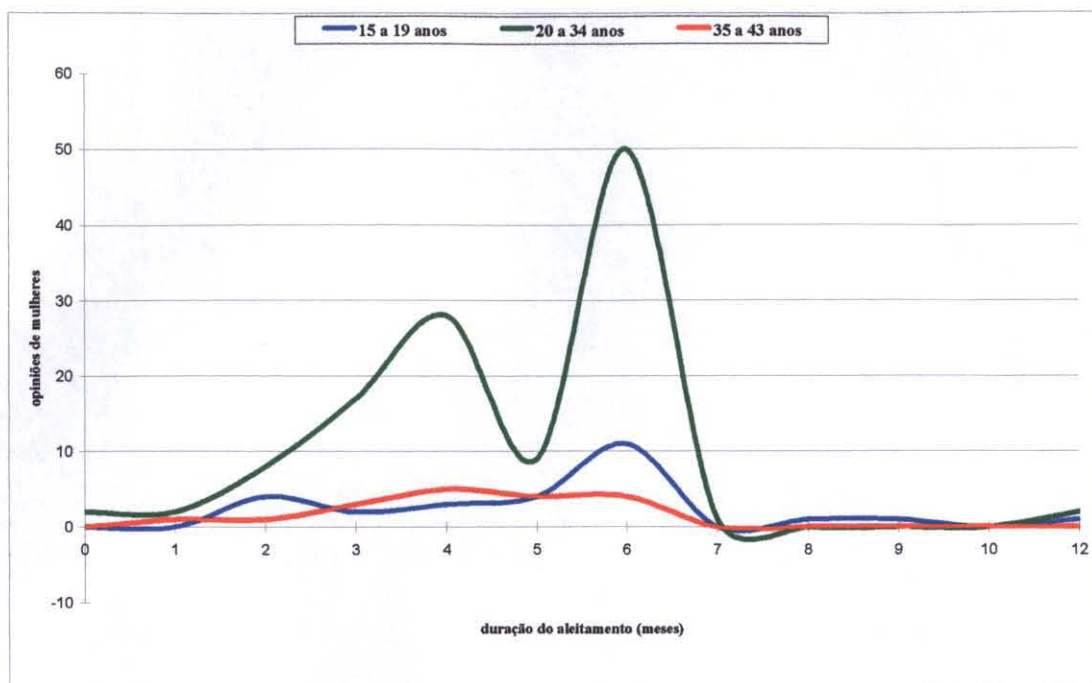


Gráfico 2 – Perspectiva de Aleitamento Materno Exclusivo segundo a opinião de mulheres de diferentes grupos etários, assistidas em Centros de Saúde, 2002.



4.4. Escolaridade Materna

Todas as mulheres no presente estudo apresentavam alguma escolaridade, não existindo portanto nenhuma analfabeta. A proporção maior de mulheres, 43,9% delas, apresenta de 9 a 11 anos de estudo, seguida por 35,4% que apresentam entre 5 a 8 anos de estudo (Tabela 4).

Assemelha-se à escolaridade materna encontrada no estudo de Simon em 2002, no qual 41,4 % das mulheres tinham de 9 a 11 anos de estudo e 38,3 % tinham de 5 a 8 anos de estudo.

Tabela 4 – Distribuição de gestantes atendidas em Centros de Saúde em 2002, de acordo com a escolaridade.

Escolaridade (em anos)	N	%
1 a 3	11	6,7
4	21	12,8
5 a 8	58	35,4
9 a 11	72	43,9
12 ou mais	2	1,2
Total	164	100,0

Em relação à prática de aleitamento materno e à introdução de alimentos complementares, vários estudos apontam que a escolaridade materna pode:

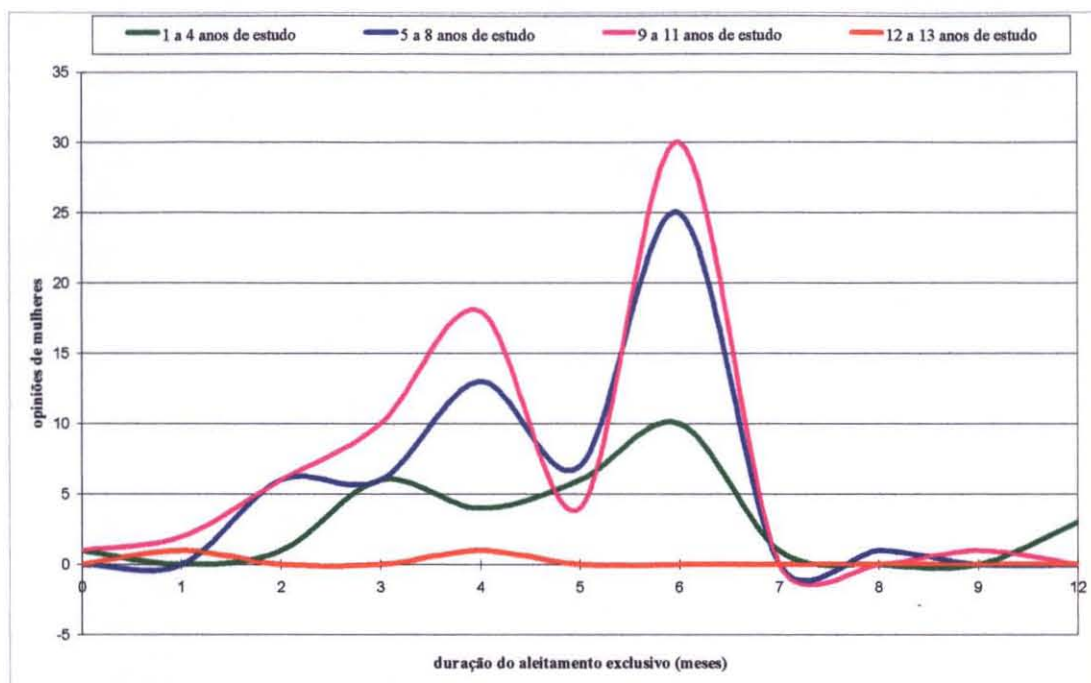
- influenciar positivamente a duração do aleitamento materno entre as mulheres com maior escolaridade (BEMFAM, 1997);
- associar-se às orientações durante a assistência pré-natal e facilitar a obtenção de conhecimento (Giugliani, 1995), um fator que aumenta a possibilidade de maior duração do aleitamento materno exclusivo (Susin e col, 1999);
- facilitar a inserção da mulher no mercado de trabalho, em particular entre aquelas que apresentam entre 9 a 11 anos de estudo (Itaboraí, 2002), um dos fatores que impõe limitações à prática do aleitamento materno exclusivo;

Neste estudo, foram aplicados os testes estatísticos para verificar a associação entre escolaridade materna e a intenção de amamentar durante mais tempo e de forma exclusiva e entre escolaridade e a frequência de respostas admitindo desconhecimento de questões contidas no formulário deste estudo referentes ao aleitamento materno e à alimentação complementar.

Os resultados obtidos não se mostraram estatisticamente significantes em nenhuma das associações. Não há na população deste estudo associação entre escolaridade e intenção de maior duração de aleitamento materno ou entre escolaridade e frequência de desconhecimento. Cabe observar que a amostra apresentou pequeno número de mulheres com escolaridade em situações extremas,

poucos ou muitos anos de estudo.

Gráfico 3 – Perspectiva de aleitamento materno exclusivo segundo a opinião de mulheres com diferentes anos de estudo, atendidas em Centros de Saúde, 2002



4.5. Filhos Anteriores

A população deste estudo compõe-se de 52,4% de mulheres que aguardam pelo nascimento do primeiro filho e de 22,6% de mulheres que apresentam apenas um filho anterior e de mulheres multíparas com dois a três filhos (20,7%) e com 4 a 7 filhos (4,3%).

De acordo a Organização Mundial de Saúde, mulheres que esperam pelo primeiro filho podem necessitar de auxílio no aprendizado de técnicas do aleitamento materno (OMS, 2001) e sentir-se bastante inseguras pelo não-domínio da situação (Nozawa, 1991).

Tabela 5 - Distribuição de gestantes segundo o número de filhos anteriores, assistidas em dois Centros de Saúde, 2002.

Número de filhos	N	%
0	86	52,4
1	37	22,6
2 a 3	34	20,7
4 a 7	7	4,3
Total	164	100,0

O número de filhos anteriores pode predizer a saúde reprodutiva da mulher pelo histórico de alta paridade (Worthington-Roberts e Rees, 1997) e pelo intervalo de nascimento inferior a 24 meses, um fator que aumenta o risco de a criança apresentar baixo peso ao nascer, de adoecer e de morrer (Barros e Victora, 1998).

De acordo com Barros e Victora, 1998, o número de irmãos também influencia a situação da saúde da criança devido a múltiplos fatores, incluindo a disponibilidade de alimentos.

Segundo Victora, 2001, crianças de família com três ou mais filhos menores de 5 anos apresentam um risco de mortalidade por pneumonia 2,2 vezes maior do que filhos únicos.

O número de filhos também pode influenciar o trabalho materno, um dos fatores associados ao desmame precoce (MS, 1991). O primeiro filho parece não afetar as chances da mulher de continuar o trabalho fora do lar, quando se compara à mulher sem filhos. O fato de ter 2 a 3 filhos reduz em 10% a possibilidade de a mulher encontrar-se empregada. Já o número de filhos mais elevados (4 ou mais) não está associado à redução da possibilidade de trabalho materno, possivelmente porque parte destes filhos assume responsabilidades domésticas, liberando a mãe para o mercado de trabalho (Itaboraí, 2002).

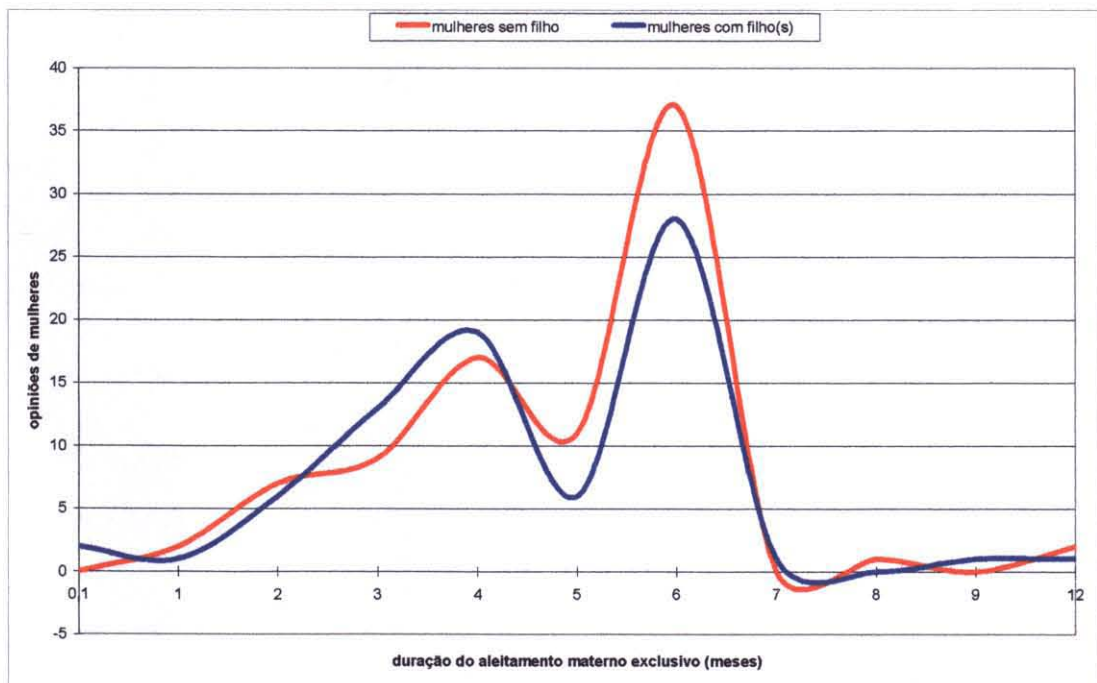
No presente estudo, foram realizados testes estatísticos entre as seguintes variáveis:

- a presença ou a ausência de filhos anteriores e a intenção de amamentar durante mais tempo e de forma exclusiva;

- a presença ou ausência de filhos anteriores e a frequência de desconhecimento de respostas do formulário;
- a presença de diferentes números de filhos (0 a 1), (2 a 3), (4 a 7) e a intenção de amamentar durante mais tempo e exclusivamente;
- a presença de diferentes números de filhos (0 a 1), (2 a 3), (4 a 7) e a frequência de desconhecimento de respostas.

No entanto, os resultados obtidos não demonstraram relevância estatística em nenhuma das situações. A experiência obtida com o filho anterior não representou portanto uma intenção de amamentar mais tempo quando comparada as mulheres nulíparas. Neste caso, a falta de experiência entre as nulíparas pode ter colaborado no sentido de estimar-se uma maior duração de aleitamento materno e ter contribuído para assemelhar-se a intenção das mulheres múltiparas (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Perspectiva de aleitamento materno exclusivo segundo a opinião de mulheres nulíparas e múltiparas de Centro de Saúde, 2002.



4.6. Perspectiva de Freqüência de Aleitamento Materno

De acordo às opiniões das gestantes, foram obtidas as seguintes perspectivas de freqüência de aleitamento materno:

- para o primeiro mês, a freqüência é de 98,4%;
- para o período de 5 a 6 meses, a freqüência é de 82,7%; e
- entre 8 a 12 meses, a freqüência é de 38,3%.

O tempo médio da perspectiva de aleitamento materno é de 9,7 meses, já a mediana é de 6,5 meses e o desvio padrão é de 7,2 meses (Tabela 6).

Um dos fatores que interferem na duração do aleitamento materno é a oferta de outro leite pela mãe, devido ao uso de mamadeira que, dentre outras conseqüências para a criança, pode levá-la a confundir-se entre o mamilo materno e o bico artificial e entre o padrão de sucção do aleitamento materno e o padrão de sorver na mamadeira (Sanches, 2002; Vinha, 2002).

Então, para prosseguir a análise das opiniões das gestantes, considerou-se como término do aleitamento materno aquele mês em que elas manifestaram a intenção de oferecer outro leite. Quando não existia a intenção de fazê-lo, manteve-se o mês originalmente apontado por elas para a duração da amamentação.

Acabado isso, obteve-se uma freqüência de intenção de amamentar para o primeiro mês de 94,5%, semelhante ao previsto por ela. Mas no período de 5 a 6 meses reduziu-se para 54,3% e de 8 a 12 meses caiu para 13,4%.

Considerando a intenção de oferecer outro leite como fator de desmame, verifica-se que o aleitamento materno deve durar, em média, 5,6 meses.

Tabela 6 - Perspectiva de aleitamento materno obtidas, segundo a idade prevista e após considerar a intenção de introduzir outro leite na mamadeira, entre mulheres de Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Intenção de amamentar	Intenção de oferecer outro leite
Até 1	98,4 %	94,5 %
De 1 a 2	97,8 %	89,6 %
De 2 a 3	96,0 %	84,8 %
De 3 a 4	93,6 %	75,0 %
De 4 a 5	85,7 %	59,1 %
De 5 a 6	82,7 %	54,3 %
De 6 a 7	48,6 %	17,7 %
De 8 a 12	38,3 %	13,4 %
Média	9,7 meses	5,6 meses
Mediana	6,5 meses	6,0 meses
Desvio padrão	7,2 meses	3,1 meses

Nota: foram consideradas as respostas de 155 entrevistadas, pois 9 mulheres não informaram o tempo

4.7. Aleitamento Materno Exclusivo

Na opinião de gestantes, a perspectiva de freqüência de aleitamento materno exclusivo para o primeiro mês é de 100,0%; para o período de 5 a 6 meses, de 43,9% e entre 8 a 12 meses, de 3,0%. Em média, a duração prevista pelas mulheres é de 4,7 meses.

Os líquidos, como a água e o chá, não são considerados alimentos, na opinião das gestantes, pois elas continuam a afirmar que pretendem amamentar exclusivamente, mesmo após manifestar intenção de introduzir outros líquidos, situação anteriormente apontada por Monteiro em 1997.

Então, para prosseguir a análise dos dados, admitiu-se como tempo máximo de aleitamento materno exclusivo o mês anterior àquele em que elas manifestaram a intenção de oferecer outros alimentos, como a água e o chá e até mesmo o suco de frutas e o leite.

Realizado isto, atingiu-se uma perspectiva de freqüência de aleitamento materno exclusivo de 100,0% para o primeiro mês e de 20,1% para o período final de 5 a 6 meses.

Em média, a duração pretendida de aleitamento materno exclusivo reduz-se de 4,7 meses para 2,9 meses.

E o tempo médio previsto pelas mulheres para continuar amamentando após introduzir outros líquidos (Aleitamento Predominante) é de 2,8 meses.

Na opinião delas, o Aleitamento Misto, o tempo que pretende continuar amamentando após manifestar a intenção de oferecer outro leite, deve durar, em média, 3,6 meses.

Tabela 7 - Perspectiva de freqüência de Aleitamento Materno Exclusivo antes e depois de considerar a intenção de introduzir outros líquidos, entre mulheres de Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Intenção de amamentar exclusivamente	Intenção de oferecer outros líquidos
Até 1	100,0 %	100,0 %
De 1 a 2	97,0 %	68,9 %
De 2 a 3	89,0 %	50,6 %
De 3 a 4	75,6 %	37,8 %
De 4 a 5	53,7 %	25,6 %
De 5 a 6	43,9 %	20,1 %
De 6 a 7	3,7 %	0,6 %
De 8 a 12	3,0 %	0,0 %
Média	4,7 meses	2,9 meses
Mediana	5,0 meses	3,0 meses
Desvio padrão	1,9 meses	2,1 meses

A duração de aleitamento materno exclusivo pretendida entre as mulheres desse estudo encontra-se muito abaixo do prazo recomendado de 6 meses pela Organização Mundial de Saúde e endossado pelo Ministério da Saúde em nosso país.

A maior vantagem desta duração, considerada ótima do aleitamento materno exclusivo para a saúde da criança, consiste no aumento da proteção gastrointestinal principalmente para aquelas que vivem em condições precárias de higiene

envolvendo a alimentação complementar (WHO, 2001a).

Hop et al., 2000, ao estudarem o efeito da introdução precoce de alimentos complementares sobre o crescimento físico em peso e estatura, observaram uma acomodação dos mesmos a longo prazo entre as crianças que receberam precocemente alimentos complementares quando comparada àquelas que receberam aleitamento materno exclusivo durante pelo menos 3 meses.

4.8. Introdução de Água e de Chá

Durante a entrevista, 30,5% de mulheres manifestaram a intenção de oferecer água e chá à criança no primeiro mês. Um total de 40,9% de mulheres pretende oferecer água e chá à criança com idade entre 2 a 5 meses (Tabela 8).

Na opinião das mulheres, a água será oferecida para saciar a sede da criança, conforme demonstram as frases expressas por uma delas:

“... os médicos falam para não dar que não precisa mas eu acho que eles (os bebês) sentem sede quando amamenta...”

“... porque os lábios ficam sequinhos ... mais no verão ... no inverno não precisa...”

Concorda-se, desta forma, com a informação publicada pelo MS (2002), sobre o entendimento materno de que a criança possa ter sede e que esta não seja saciada pela amamentação.

A composição fluida do leite materno torna-o suficiente para suprir necessidades de regulação da temperatura corporal, transporte de nutrientes, eliminação e excreção de produtos da célula, no organismo da criança nos primeiros 6 meses (Moura, 2002).

Estudos desenvolvidos comprovam que as crianças em aleitamento materno exclusivo conseguem manter-se hidratadas de forma adequada, mesmo nos dias mais quentes do verão, o que torna desnecessário oferecer líquidos, incluindo água e chá durante este período. O fato de a criança receber outras substâncias durante o aleitamento materno, incluindo água e chá, faz com que diminua de forma significativa o efeito protetor conferido ao leite materno contra as doenças diarréicas (Victora et al, 1989).

No estudo desenvolvido por Marques, et al., 2001, a intenção de oferecer água e chá na primeira semana de vida incluía-se como um dos fatores relacionados à

introdução de outro leite.

E o chá, na opinião das mulheres, deverá ser empregado para aliviar as cólicas, de acordo com esta frase:

“Vou dar chá só se der cólicas... ...só se precisar... ...para as cólicas... ...depende do apuro...”

O uso de chás como remédios para aliviar transtornos abdominais como as cólicas e acalmar a criança é uma prática comum em nosso meio (MS, 2002).

As cólicas são queixas freqüentes nos primeiros meses e geralmente causam grande ansiedade aos pais, familiares e ao próprio pediatra (Murahovschi, 2003).

De acordo com estudo de Saavedra e col, 2003, a incidência cumulativa de cólica referida pela mãe foi de 80%, porém, quando se aplicou o critério de Wessel ², apenas 16,3% dos casos de cólicas tinha uma magnitude considerável, mas não com a freqüência que a população identifica. Este mesmo estudo obteve uma significância efetiva entre desmame precoce e a presença de cólicas.

Tabela 8 – Perspectiva da introdução de água e chá durante o aleitamento materno na opinião de gestantes atendidas em Centros de Saúde em 2002.

Idade (em meses)	Água e Chá	Não vai dar	Não sabe	Total	%
0 a 1	50	-	-	50	30,5
2 a 5	67	-	-	67	40,9
6	13	-	-	13	7,9
7	2	-	-	2	1,2
Não sabe	-	-	4	4	2,4
Não vai dar	-	28	-	28	17,1
Total	132	28	4	164	100,0
%	80,5	17,1	2,4	100,0	

Segundo Euclides, 2000, o chá, além de não oferecer contribuição em nutrientes, exceto o açúcar, que é uma caloria vazia, pode conter substâncias

² A definição clínica para cólica do lactente, segundo Wessel, 1954, é descrita como uma síndrome com paroxismos de irritabilidade, agitação ou choro, que ocorre pelo menos três horas por dia, mais de três dias na semana e em pelo menos três semanas, em crianças saudáveis.

antinutricionais que comprometem a biodisponibilidade de minerais presentes no leite materno.

A oferta de água e de chá, para complementar ou substituir a mamada, reduz a sucção de leite materno por parte da criança e conseqüentemente acarreta menor estimulação para a produção do leite materno, um dos aspectos que contribui para o declínio da amamentação (Percegoni e col., 2002).

Lust et al., 1996, observaram que a presença dos vegetais, como a couve, o repolho, o brócolis, a couve-flor e a cebola; de chocolate e de leite de vaca na alimentação de mães de crianças que se encontravam em aleitamento materno exclusivo estava associada a presença de cólicas.

Duro et al., 2002, identificaram associação entre cólica infantil e má-absorção de carboidratos presentes no suco de frutas como o de maçã, devido à presença em sua composição de sorbitol e de teores elevados de frutose e glicose.

Para Clifford et al., 2002, o aleitamento materno não teve um efeito protetor no desenvolvimento de cólicas infantis, mas verificou que a presença de cólicas estava estatisticamente associada a variáveis preexistentes, como a ansiedade materna.

César e col. (1996) observaram que um percentual elevado de médicos recomendavam o uso de chás para crianças menores de seis meses no tratamento de cólicas intestinais, mesmo não existindo evidências científicas que comprovem sua eficácia.

Andrade e Souza, 1996, sugerem o emprego de massagens circulares na região abdominal da criança como uma das alternativa para alívio dos sintomas de cólicas.

4.9. Outros líquidos

Um total de 36,0% de mulheres pretendem introduzir outros líquidos na alimentação da criança aos 6 meses de idade. A maior parte das mulheres (46,3%) pretende oferecer outros líquidos antes dos 6 meses. E um número menor de mulheres (9,8%) pensam em oferecê-los no período de 7 a 12 meses (Tabela 9).

O suco de laranja lima é bastante mencionado para ser introduzido nos primeiros meses e isto se deve, segundo elas, à composição do mesmo que apresenta menor acidez quando comparado às demais frutas.

Outros líquidos citados com menor frequência são a água de coco, o refrigerante e o suco de beterraba.

A intenção de oferecer suco de beterraba na alimentação complementar é pouco freqüente entre as mulheres e, segundo as mesmas, a beterraba contém muitas vitaminas.

Tabela 9 – Perspectiva de introdução de líquidos durante o período de aleitamento materno entre gestantes de dois Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Suco de frutas	Suco de laranja	Água de coco	Refrigerante	Suco de beterraba	Não sabe	Não vai dar	Total	Total %
1 a 5	45	24	5	-	-	-	2	76	46,3
6	38	16	2	1	1	-	1	59	36,0
7 a 12	10	3	-	2	1	-	-	16	9,8
Não sabe	1	-	-	-	-	3	-	4	2,4
Não vai dar	-	-	-	-	-	-	9	9	5,5
Total	94	43	7	3	2	3	12	164	100,0
%	57,3	26,2	4,3	1,8	1,2	1,8	7,3	100,0	

A introdução do suco de frutas na alimentação complementar de crianças aos 6 meses é particularmente importante devido ao elevado teor vitamínico que apresentam.

A composição do suco de frutas cítricas rico em ácido ascórbico (Vitamina C) o torna importante para otimizar a absorção de ferro (Cunha e Cunha, 1998).

A Vitamina C é um dos fatores intensificadores de absorção do ferro heme (presente na carne, peixe e aves) e do ferro não-heme presente em ovos, grãos, vegetais e frutas e também nas carnes, peixes e aves (Kasdam, 2002).

Hallberg et al., 2003, ao estudarem a biodisponibilidade de ferro da alimentação complementar, verificaram que a adição de vitamina C pode elevar a absorção de ferro não-heme em 39%.

O ácido ascórbico, contido no suco de laranja, apresenta biodisponibilidade equivalente à da Vitamina C sintética, de acordo com o estudo realizado por Mangels, et al., 1993.

No entanto, a introdução excessiva de líquidos antes dos 6 meses está relacionada com casos de hiponatremia e desidratação que se agravam quando, além dos líquidos oferecidos durante o aleitamento materno, a mãe oferece também leite de outra espécie ou fórmulas (Bruce et al, 1997; Banajeh et al, 1999).

A intenção de oferecer refrigerante, apesar de pouco freqüente entre as mulheres, é contra-indicada nesta idade, pois, além de não ter nada a contribuir em termos nutricionais, contém polifenóis, que diminui a absorção do ferro não-heme e favorece a formação de um hábito alimentar inadequado (Angelis e Ctenas, 1993).

Refrigerantes como a Coca-Cola contém em sua fórmula a cafeína, substância utilizada como estimulante. De acordo com Loui et al., 2002, a cafeína promoveu uma maior excreção de minerais como o cálcio, o fósforo e o magnésio, entre crianças de baixo peso ao nascer, que se encontravam em aleitamento materno.

A beterraba contém em grande quantidade uma forma precursora da vitamina A que são os carotenóides, pigmentos responsáveis pela sua coloração avermelhada (Roncada, 1998).

No entanto, o consumo de beterraba, devido ao seu teor em nitrato, tem sido relacionado à ocorrência de metahemoglobinemia, mesmo entre crianças com mais de 6 meses (Sanches-Echaniz et al, 2001; Zeman et al, 2002).

A metahemoglobinemia é uma desordem que ocorre nos primeiros meses de vida, quando o estômago da criança apresenta uma baixa acidez, o que facilita a transformação do nitrato contido no alimento pelas bactérias intestinais. O nitrito, quando absorvido, age sobre a hemoglobina, causando a oxidação do Ferro e a formação da metahemoglobina, o que compromete o transporte de oxigênio no organismo e pode levar à hipoxemia (Zeman et al, 2002; Petersen et al, 1999).

O preparo da beterraba em forma de suco favorece reações sobre o seu conteúdo em nitrato, propiciando a formação de nitrosamina (que tem papel carcinogênico) em decorrência da redução do seu conteúdo em ácido ascórbico (Kolb et al, 1997).

4.10. Intenção de adoçar o Chá e o Suco de Frutas

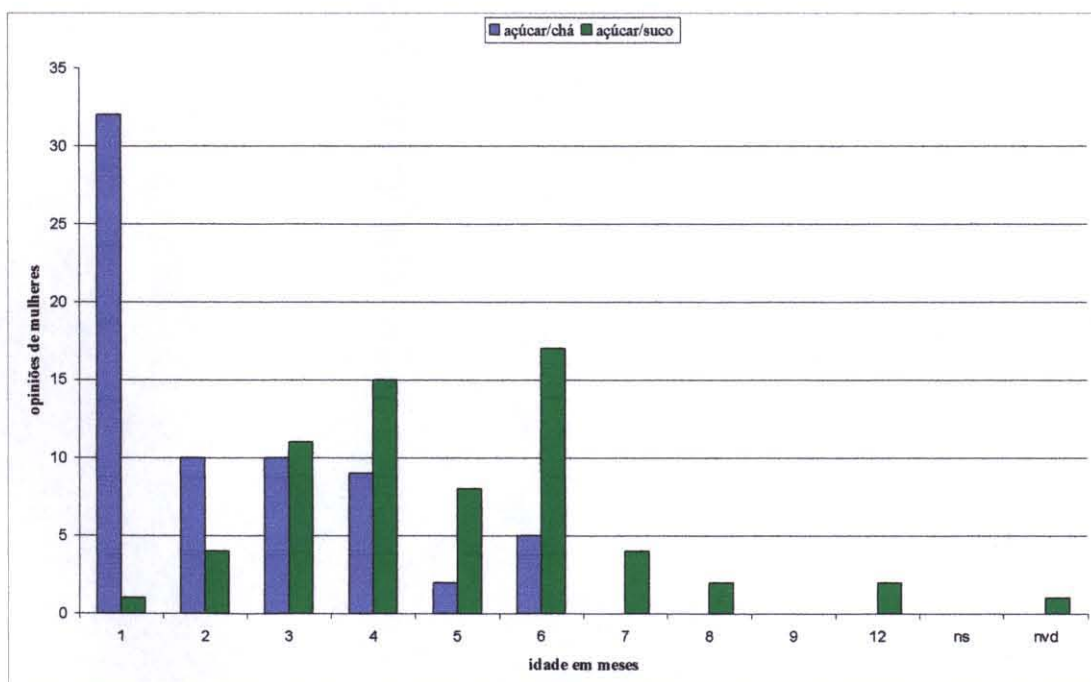
A intenção de oferecer açúcar (sacarose) é freqüente desde o primeiro mês até os 6 meses e é muito provável que se mantenha alta nos meses posteriores, quando pode ocorrer a introdução de outros alimentos adoçados (Gráfico 5).

As mulheres demonstram muito mais preocupação em relação à quantidade de açúcar que pretendem acrescentar ao chá e ao suco de frutas do que propriamente à oferta destes líquidos na alimentação complementar. Ao confirmar a intenção de adoçar tais líquidos as gestantes, acrescentavam frases tais como:

“pouquinho... só um pouquinho... pouquinho açúcar... ...dependendo da fruta nem precisa...”

Outras substâncias citadas com menos frequência entre as mulheres correspondem ao mel, que entre 10 mulheres (6,1%) é previsto para ser introduzido junto ao chá e ao suco de frutas no primeiro ano de vida e à dextrose de milho, citada por apenas 1 mulher para ser empregada em idade inferior a 6 meses.

Gráfico 5 – Perspectiva da adição de açúcar ao chá e ao suco de frutas segundo a idade da criança, na opinião de mulheres de Centros de Saúde em 2002.



A presença de carboidratos fermentáveis na dieta, incluindo as frutas e todas as formas dietéticas de açúcar (sacarose, mel, dextrose), é parte essencial no desenvolvimento da cárie. A cárie é uma doença infecciosa oral na qual o ácido produzido pelo metabolismo bacteriano obtido a partir de carboidratos fermentáveis leva à invasão bacteriana, causando a desmineralização do esmalte e destruição da

estrutura dental (Touger-Decker, 2002).

O hábito de apreciar alimentos adocicados e neste caso de pretender introduzi-los desde cedo na alimentação de crianças em parte se explica, segundo Lorimer, 2001, com o fato de que o açúcar fez parte da história econômica de nosso país.

O uso do mel, apesar de pouco freqüente, é previsto para ocorrer, na opinião das mulheres, nos primeiros meses. O emprego do mel na alimentação de crianças com idade inferior a 1 ano é considerado inadequado devido à imaturidade imunológica aos esporos da bactéria *Clostridium botulium*, encontrados no mel, que liberam toxinas que podem desencadear uma intoxicação no organismo da criança denominada botulismo (Nevas et al., 2002; Schocken-Iturrino et al, 1999).

A dextrose de milho produz menos fermentações no intestino da criança, mas deve ser utilizada com moderação, pois em excesso pode aumentar a carga osmolar-entérica e provocar diarreia osmótica (Euclides, 2000).

4.11. Intenção de Introduzir leite de vaca e fórmulas

De acordo com a Tabela 10, verifica-se que 33,5% de mulheres pretendem oferecer outro leite aos 6 meses de idade; um total de 39% de mulheres pretendem antecipar a introdução de leite para o período de 0 a 5 meses; e somente 19,5% de mulheres pensam em oferecê-lo em idade superior a 7 meses. Em média, as mulheres pretendem introduzir outro leite na alimentação complementar aos 5,7 meses. E o tempo previsto por elas para permanecerem amamentando após a introdução de outro leite (em aleitamento misto) é, em média, de 3,6 meses.

Para responder às questões relacionadas à possibilidade de oferecer outro leite na alimentação complementar, a maioria de mulheres referiu-se às marcas ou à embalagem do produto.

Um total de 7 mulheres demonstraram intenção de procurar o auxílio do médico para a escolha do leite, de acordo a frase:

“Vou dar o leite que o médico mandar... o pediatra é que vai dizer, é ele que sabe o leite que eu tenho que dar !”.

Entre as mesmas, observou-se a intenção de adoçar e de espessar o leite, que supostamente será indicado pelo médico.

Tabela 10 – Perspectiva de introdução de leite de vaca e fórmulas, segundo a idade de crianças, na opinião de mulheres de Centros de Saúde em 2002

Idade (em meses)	Ninho	Nan	Fluido UHT	Tipo B ou C	Não sabe	Não vai dar	Total	Total %
0 a 5	23	31	3	1	6	-	64	39,0
6	24	19	5	-	7	-	55	33,5
7 a 24	17	5	5	1	4	-	32	19,5
Não sabe	1	-	-	1	6	-	8	4,9
Não vai dar	-	-	-	-	-	5	5	3,0
Total	65	55	13	3	23*	5	164	100,0
%	39,6	33,5	7,9	1,8	14,0	3,0	100,0	

* 7 mulheres admitiram a procura do médico

Aos 6 meses a criança apresenta uma maturidade fisiológica renal e digestiva para lidar com boa parte dos alimentos de composição diferentes do leite materno (Euclides, 2000; Moura, 2002) e uma prontidão motora e oral que a capacita a receber alimentos de consistência semi-sólida (Trahms, 2002).

O leite materno, devido ao menor teor de proteínas e minerais que apresenta quando comparado ao leite de vaca, está perfeitamente adequado à capacidade renal e digestiva da criança em particular nos primeiros 6 meses de vida (Euclides, 2000; Moura, 2002).

No entanto, a introdução de leite de vaca ou de fórmulas em idade inferior aos 6 meses apresentam inconvenientes relacionados à imaturidade renal em concentrar e eliminar 6to elevado teor de solutos (substâncias nitrogenadas e eletrólitos) que resultam do metabolismo destes alimentos (Euclides, 2000) e, portanto, requer uma adequada diluição antes de serem empregados na alimentação de crianças nesta fase de idade.

A introdução de leite de vaca ou de fórmula antes dos 6 meses também está associada à maior freqüência de intolerância digestiva (Lloyd, et al, 1999); constipação intestinal crônica (Barbieri, 2002); alergias alimentares (Nowak-Wegrzyn et al, 2003) à prevalência de hiponatremia e hipokalemia (Banajeh et al, 1999) e à perda sanguínea intestinal crônica (Ziegler, 1990).

Para Lucas, 2002, a predominância da dieta láctea entre crianças menores de 1 ano com a exclusão de outros alimentos pode resultar em “anemia do leite.”

Martins, em 2002, observou, em estudo envolvendo crianças no primeiro ano de vida, um diagnóstico de anemia entre 44% de crianças e de ferro-deficiência entre 52,8% delas e verificou que a maioria já havia recebido alimentos complementares fontes de ferro, mas constatou entre elas uma predominância de consumo de alimentos lácteos.

Entre as crianças que são alimentadas com leite de vaca, faz-se necessária a introdução de alimentos contendo boas fontes de ferro mais cedo, para evitar que estas crianças tornem-se *ferro-deficientes* (Bresolin e col., 1996).

Isto em parte decorre da baixa biodisponibilidade do ferro encontrado no leite de vaca integral (de 10%) e nas fórmulas fortificadas (de 4%), muito inferiores quando comparadas à do leite materno que alcançam 49% (Lönnerdal, 2000).

A melhor biodisponibilidade do ferro, presente no leite materno, em parte, deve-se ao menor teor de cálcio encontrado no leite humano quando comparado ao leite de vaca (Hallberg et al, 2003).

Pabon e Lönnerdal, 2001, afirmam que a composição de lipídios presentes no leite materno pode melhorar a sua biodisponibilidade em ferro mas que também pode influenciar-se pela natureza dos lipídios contidos na dieta materna. Particularmente, a gordura saturada de origem animal parece aumentar a absorção de ferro e parte disto decorre da ação da mucosa intestinal sobre a composição de ácidos graxos.

O conteúdo em vitamina C do leite materno também pode melhorar a biodisponibilidade do ferro contido no leite materno e o seu teor depende da dieta materna, isto é, do consumo de vegetais e frutas frescas na alimentação da lactante (Tawfeek, 2002).

4.12. Considerações sobre a oferta de leite de vaca em mamadeira:

- o uso de bico artificial na alimentação complementar pode ocasionar o fenômeno da confusão de bicos. Esse fenômeno ocorre mediante um ou dois contatos do recém-nascido com um bico artificial, o que contribui para interromper o aleitamento materno (Sanches, 2002);
- o leite materno apresenta uma digestibilidade muito mais rápida do que o leite de vaca. Em parte isto se deve à disposição adequada do mamilo na boca da criança, o que permite que a digestão do leite materno já se inicie na boca. Já o bico de mamadeira ejeta o leite de vaca na parte posterior do

palato e portanto ele não sofre a pré-digestão oral, caracterizando um dos motivos que atrasa o seu processo digestivo (Carvalho, 2002);

- a diferente composição nutricional do leite de vaca, de difícil digestibilidade quando comparada à do leite materno, pode produzir mais saciedade na criança e fazer com que ela tenha menos manifestação de choro;
- o choro do bebê é um dos motivos que leva a mãe a oferecer outro leite (Siqueira e col., 1994);
- o fato de oferecer outro leite, e a criança permanecer por mais tempo satisfeita, também pode levar a mãe a conjecturar que seu leite é fraco e interromper o aleitamento materno;
- ao se alimentar pela mamadeira, a criança sorve o líquido por pressão negativa, o que resulta num conjunto de movimentos incorretos da musculatura, em particular da língua, possibilitando que ela estabeleça uma respiração inadequada oral (Vinha, 2002);
- a preocupação dos pais passa a centrar-se na quantidade dos alimentos e não necessariamente em desenvolver padrões de alimentação mais adequados do ponto de vista qualitativo (Ramos e Stein, 2000);
- o controle da quantidade ingerida passa em parte a ser regulado pela mãe, que geralmente tende ao exagero (Vinha, 2002);
- o uso de mamadeira muito cedo pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, pode prejudicar as funções de mastigação, deglutição, articulação dos sons da fala, ocasionar má oclusão, respiração oral (Neiva e col., 2003); e menor crescimento da mandíbula (Junqueira, 2000);
- ao substituir o aleitamento materno pela mamadeira, a mãe deve presenciar o momento de a criança se alimentar, oferecendo sua companhia constante, seu carinho e estimulação (Moreno, 1997);
- independentemente de o bebê encontrar-se em aleitamento materno ou ser alimentado pela mamadeira, ele deve ser segurado e aconchegado durante a alimentação (Trahms, 2002).

4.13. Intenção de adicionar Açúcar e Cereais

Um total de 11,6% de mulheres pretendem acrescentar produtos de cereais ao leite aos 6 meses; uma percentagem um pouco maior de mulheres (15,9%) pensa em acrescentar a introdução de cereais para o período de 0 a 5 meses e 10,4% manifestam a intenção de introduzir cereal ao leite de vaca a partir do 7º mês, prolongando-se até os 24 meses (Tabela 11).

O açúcar é a substância mais citada na opinião de 46,3% das mulheres para ser empregado no preparo do leite que será oferecido à criança com mais frequência a partir do 2º mês de idade.

As principais marcas de produtos de cereais observadas nas respostas foram, em ordem decrescente: a Cremogema, o Mucilon, a Maisena, a Arrozina, a Farinha Láctea, o Neston e a Aveia.

A Cremogema, o Mucilon, a Maisena e a Arrozina são produtos à base de amido de milho e de arroz. A Farinha Láctea é um produto à base de trigo e o Neston compõe-se de cereais, como o trigo e a cevada.

Tabela 11 – Perspectiva de adição de cereais ao leite de vaca e à fórmula, segundo a idade da criança, na opinião de mulheres de Centros de Saúde, em 2002.

Idade (em meses)	Cre- mo- gema	Muci- lon	Mai- sena	Arro- zina	Fari- nha Láctea	Nes- ton	Aveia	Não sabe	Não vai dar	Total	%
0 a 5	8	3	6	5	1	2	1	-	-	26	15,9
6	4	8	3	1	2	1	-	-	-	19	11,6
7 a 24	5	2	3	2	3	1	1	-	-	17	10,4
Não sabe	-	-	-	-	-	-	-	22	-	22	13,4
Não vai dar	-	-	-	-	-	-	-	-	80	80	48,8
Total	17	13	12	8	6	4	2	22	80	164	100,0
%	10,4	7,9	7,3	4,9	3,7	2,4	1,2	13,4	48,8	100,0	

A mucilagem obtida por meio da cocção do amido de arroz e de milho, além de melhorar a digestibilidade, contribui para o aumento da densidade calórica do leite de vaca, ajuda na homogeneidade e estabilidade da mistura, principalmente quando se acrescenta óleo vegetal (Ornellas, 2001).

Entretanto, a introdução da farinha de trigo, aveia, cevada e centeio é

desaconselhável em idade inferior aos 6 meses, devido ao risco de intolerância ao glúten, proteína encontrada nestes cereais (Lacerda, 2002).

Penna e col. (2003) observaram que o espessamento obtido a partir de preparações caseiras espessadas com amido de milho tem eficácia semelhante à de fórmulas pré-espessadas na redução de episódios de regurgitações e vômitos de lactentes com refluxo gastroesofágico.

A intenção de prolongar a oferta de leite de vaca espessado com cereais até os 2 anos de idade (Tabela 11), devido ao seu rico conteúdo energético e ao baixo valor nutricional que apresentam, pode reduzir a aceitação de preparações salgadas, contendo alimentos com fontes de nutrientes, em particular o ferro, importante nesta fase de crescimento da criança.

A oferta de leite espessado e adoçado em mamadeira, à noite, contribui para a formação de cáries nos dentes anteriores-superiores de crianças pequenas (Touger-Decker, 2002).

A substituição do leite materno pela alimentação com mamadeira também se relaciona à menor aceitação de alimentos sólidos, quando comparada às crianças que recebem aleitamento materno exclusivo (Sullivan e Birch, 1994).

A modificação da consistência com a introdução de alimentos semi-sólidos é importante para que a criança aprenda a mastigação, necessária para dar continuidade ao desenvolvimento e amadurecimento das estruturas orais iniciados com a sucção (Junqueira, 2000).

4.14. Leite Fluido

Na opinião das mulheres, o leite em embalagem longa vida é o mais consumido pela família.

De acordo com elas, *“O leite de lata, o Ninho, é que é próprio para o bebê...”*

Somente 14% de mulheres pretendem utilizar o leite fluido na alimentação da criança aos 6 meses; 5,4% pretendem oferecê-lo à criança entre 3 a 5 meses e a maioria das mulheres (71,9%) pretendem oferecê-lo no período de 7 a 48 meses.

Na opinião de 6 mulheres, a introdução de leite desnatado deve-se ao receio de que a gordura possa fazer mal à criança.

E a escolha do leite tipo C, na opinião de 2 mulheres, deve-se ao menor custo.

Tabela 12 - Perspectiva de introdução de leite fluido na alimentação complementar de acordo a idade de crianças, na opinião de mulheres de Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	UHT integral	Pasteu- rizado A e B	UHT desna- tado	Pasteu- rizado C	Leite em pó	Não sabe	Não vai dar	Total	%
3 a 5	6	-	-	-	2	-	-	8	4,9
6	15	-	1	1	6	1	-	24	14,6
7 a 48	80	14	5	1	18	-	-	118	72,0
Não sabe	-	1	-	-	-	9	-	10	6,1
Não vai dar	-	1	-	-	-	-	3	4	2,4
Total	101	16	6	2	26	10	3	164	100,0
%	61,6	9,8	3,7	1,2	15,9	6,1	1,8	100,0	

Observou-se, na opinião das mulheres, um amplo conhecimento de marcas de produtos substitutos do leite materno e a valorização de suas embalagens em particular da lata e da caixinha longa vida.

Notou-se ainda que a presença da marca e da lata confunde as mulheres em relação à composição do produto. Parece não haver, na opinião delas, associação entre o leite de vaca fluido e o produto do leite em pó.

Estes resultados apontam a influência da propaganda na disseminação do consumo de produtos como o leite em pó e da idéia de qualidade que a lata possa conferir ao produto. As marcas dos produtos passaram na verdade a chamar mais a atenção do que seu valor nutricional, o que resulta em prejuízos para a economia da família e para a saúde da criança.

Concorda-se com estudos que apontam os anúncios de propaganda do leite em pó como um dos fatores de disseminação do consumo deste produto em substituição do aleitamento materno (Goldemberg e Tudisco, 1983; Goldemberg, 1988).

Em relação ao preparo do leite fluido, nenhuma das mulheres, que pretende empregar o leite em pó integral e o leite fluido na alimentação da criança com idade inferior a 6 meses, demonstrou conhecimento da diluição do leite, um procedimento necessário, conforme Euclides, 2000.

E isto aponta para a necessidade de implementar a orientação da introdução de alimentação complementar, em particular àquelas mulheres que não desejam ou não

querem amamentar, conferindo ao conhecimento delas um critério técnico na escolha e preparo destes alimentos.

De acordo a tabela 13, verifica-se que a maioria das mulheres (78,7%) pretende submeter o leite fluido ou a água à fervura, antes de oferecê-lo à criança e apenas 12,2% de mulheres pensam em aquecer o leite.

A fervura do leite é particularmente importante para a eliminação de microorganismos, como a bactéria salmonela, passível de ser encontrada no leite, carnes, frango, ovos e peixes e que somente é eliminada em temperaturas superior a 70° C mantidas por 15 segundos (Cusin, 2001).

Tabela 13 – Perspectiva do preparo do leite fluido para uso na alimentação complementar, na opinião de mulheres de dois Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Ferver	Aquecer	Não sabe	Não vai dar	Total	%
3 a 5	9	-	-	-	9	5,5
6	20	3	1	-	24	14,6
7 a 48	100	17	1	-	118	72,0
Não sabe	-	-	10	-	10	6,1
Não vai dar	-	-	-	3	3	1,8
Total	129 *	20	12	3	164	100,0
%	78,7	12,2	7,3	1,8	100,0	

* 23 pretendem ferver a água do preparo do leite em pó.

4.15. Introdução de Alimentos de Consistência Sólida

Os alimentos semi-sólidos que as gestantes pretendem introduzir são a sopa, a combinação sopa e fruta, as frutas e a combinação de arroz com feijão (Tabela 14).

Ainda de acordo com a Tabela 14, verifica-se que 44% de mulheres manifestam a intenção de introduzir estes alimentos aos 6 meses. Um total de 37% delas pretendem antecipar a introdução entre 1 a 5 meses e 17% pretendem efetuar a introdução no período de 7 a 12 meses de idade.

A perspectiva média de introdução de alimentos semi-sólidos (sopa e frutas) é de 5,7 meses.

Tabela 14 – Perspectiva de introdução de alimentos complementares semi-sólidos, segundo a idade da criança, na opinião de mulheres de Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Sopa	Sopa e frutas	Frutas	Arroz e feijão	Não sabe	Total	%
1 a 5	43	12	3	2	1	61	37,2
6	47	19	3	2	2	73	44,5
7 a 12	16	3	6	3	-	28	17,1
Não sabe	-	-	-	-	2	2	1,2
Total	106 *	34	12	7	5	164	100,0
%	64,6	20,7	7,3	4,3	3,0	100,0	

* 10 sopinhas são industrializadas

4.16. Modificação da Consistência da Sopa e da Fruta

De acordo a Tabela 15, verifica-se que um total de 82 mulheres (50%) pretende liquefazer a sopa antes de oferecê-la à criança.

O uso de métodos manuais para modificar a consistência da sopa, como amassar com o auxílio de talher, foi previsto entre 51 mulheres e passar pela peneira foi citado entre 8 mulheres.

E somente entre 23 mulheres não há intenção de empregar nenhum método de modificação da consistência da sopa após a cocção.

Tabela 15 – Perspectiva de métodos empregados para modificar a consistência da sopa cozida, entre gestantes de dois Centros de Saúde Escola, 2002.

Idade (em meses)	liquefazer	Amassar	nenhum	passar pela peneira	Total	%
1 a 5	35	14	3	2	54	32,9
6	34	26	7	6	73	44,5
7 a 18	13	11	13	-	37	22,6
Total	82 *	51	23	8	164	100,0
%	50,0	31,1	14,0	4,9	100,0	

* 2 gestantes pretendem ofertar a sopa na mamadeira com idade entre 4 a 6 meses.

Por outro lado, o emprego de métodos manuais na modificação da consistência da fruta é mais freqüente na opinião de 146 mulheres (89%). E o uso de

liquefação é previsto apenas entre 17 mulheres (Tabela 16).

Tabela 16 – Perspectiva dos métodos empregados para modificar a consistência da fruta introduzida na alimentação complementar, na opinião de gestantes de dois Centros de Saúde Escola, 2002.

Idade (em meses)	Raspar ou amassar	Liquefazer	Não sabe	Total	% Total
1 a 5	51	6	-	57	34,8
6	55	3	-	58	35,4
7 a 24	40	8	-	48	29,3
Não sabe	-	-	1	1	0,6
Total	146	17	1	164	100,0
%	89,0	10,4	0,6	100,0	

Ao observar a intenção do emprego de métodos para modificar a consistência destes alimentos, é possível afirmar que a fruta será o primeiro alimento de consistência semi-sólida que fará parte da alimentação complementar.

A introdução da Alimentação Complementar de consistência semi-sólida, entre crianças que se encontram em aleitamento materno, tem sido relacionada a uma maior duração do aleitamento materno quando comparada àquelas crianças que recebem inicialmente alimentos de consistência líquida para complementar o leite materno (Bueno, 2002).

O emprego de métodos manuais para atenuar a consistência dos alimentos durante a introdução da alimentação complementar aos 6 meses permite:

- viabilizar inicialmente sua oferta sem danificar totalmente o teor de fibras, importantes para o peristaltismo intestinal da criança;
- preservar a textura da fruta, tornando-a apropriada para estimular o aprendizado da mastigação desde o início de sua introdução;
- estimular o exercício da mastigação para a continuidade do desenvolvimento oral adequado da criança, iniciado no aleitamento materno pela sucção (Junqueira, 2000);
- interferir menos sobre a duração do aleitamento materno quando comparada à introdução de alimentos líquidos (Bueno, 2002).

Nos dias atuais, o emprego do liquidificador para modificar a consistência dos alimentos contribui para otimizar o tempo que a família despende no preparo dos alimentos que se destinam à criança, no entanto algumas irregularidades devem ser consideradas, tais como:

- a exposição do alimento ao recipiente interno de um liquidificador, superfície de difícil higienização, que portanto pode comprometer a qualidade microbiológica da preparação;
- a consistência homogênea que, além de não estimular a criança a mastigar, também dificulta sua oferta em colher, tornando-a propensa ao uso de mamadeiras;
- o uso de mamadeiras durante a alimentação complementar, que pode prejudicar o desenvolvimento motor oral da criança (Neiva e col., 2003; Vinha, 2002);
- a consistência amolecida ou diluída da alimentação de crianças menores de dois anos, o que também pode resultar em densidade energética baixa nesta fase (Giugliani e Victora, 2000).

4.17. As Frutas

Na opinião das mulheres, as principais frutas que elas pretendem introduzir na alimentação dos filhos são a banana, a maçã, a pêra, o mamão e a laranja, com mais frequência, a partir do 4º mês (Tabela 17).

As demais frutas citadas pelas mulheres para fazer parte da alimentação da criança são, em ordem decrescente, a uva, a melancia, o melão, o abacate, a ameixa, a manga, a goiaba, o morango, a acerola, o abacaxi, o caqui e o kiwi.

Observou-se entre as mulheres o conhecimento da propriedade laxativa do mamão.

Tabela 17 – Perspectiva da introdução de frutas durante a alimentação complementar da criança, na opinião das mulheres de dois Centros de Saúde , 2002.

Idade (em meses)	Banana	Maçã	Pêra	Mamão	Laranja	Outras
1 a 3	8	8	6	7	4	4
4 a 5	47	45	26	28	17	7
6	56	50	36	29	25	11
7 a 24	39	47	27	21	18	12
Total	150	150	95	85	64	34

As frutas apresentam muitas vantagens quando introduzidas na alimentação complementar, aos 6 meses.

Seu teor em frutose (Demonte, 1998) proporciona sabor adocicado, o que facilita sua aceitação na alimentação da criança e contribui para elevar o conteúdo energético da alimentação complementar.

As frutas cítricas contêm elevado teor de vitamina C, com o que contribuem para aumentar a biodisponibilidade do ferro, particularmente do ferro não-heme, da alimentação complementar (Lönnerdal e Dewey 1996), principalmente as frutas cítricas (Vanucchi e Jordão Júnior, 1998).

Desta forma, a introdução da fruta, combinada à sopa, além de contribuir para reduzir o hábito de oferecer guloseimas como sobremesa, pode melhorar o aproveitamento do teor mineral da sopa.

As frutas, como a banana, a maçã e a pêra são ricas em pectina (Ettinger, 2002), fibra solúvel que confere boa digestibilidade às mesmas.

Em geral colaboram com alto teor de beta-caroteno, um pigmento que é precursor da vitamina A presentes nas frutas de cor amarelada, como o mamão (Bobbio e Bobbio, 2003).

O mamão, por conter papaína, um laxante natural, pode ser muito útil na alimentação da criança nesta fase.

4.18. Composição da Sopa

Na opinião das gestantes, de modo geral, a sopa corresponde a uma preparação obtida através da cocção da carne ou do frango, acrescida de legumes, pouca ou nenhuma verdura, água para o caldo e na maioria das vezes sal.

Na opinião das mulheres, a sopa deverá ser a forma de preparo dos legumes, dos alimentos cárneos e da maioria de verduras.

4.19. Legumes

De acordo com a Tabela 18, é possível observar que os legumes de maior preferência, na opinião das mulheres, são a cenoura, a batata, a mandioquinha, a beterraba, o chuchu e a abobrinha.

Outros legumes, citados pelas mulheres, com menor frequência, são, em ordem decrescente, o tomate, a mandioca, a vagem, o inhame, a batata doce, a berinjela, o nabo e o pimentão.

Tabela 18 – Perspectiva da introdução de legumes na alimentação complementar, na opinião de mulheres de dois Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Cenoura	Batata	Mandio- quinha	Beter- raba	Chuchu	Abo- brinha	Outros
1 a 5	52	50	29	26	21	12	7
6	71	66	43	29	22	19	10
7 a 12	32	32	17	13	14	7	7
18	2	2	-	2	-	-	-
Total	157	150	89	70	57	38	24 *

* 2 são industrializadas

As raízes, tubérculos e frutos de algumas hortaliças são popularmente conhecidos como legumes.

A adição de legumes à alimentação complementar, devido à variedade de pigmentos e ao sabor adocicado que apresentam, pode facilitar a introdução dos demais alimentos na dieta da criança.

A batata e a mandioquinha são excelentes fontes de hidratos de carbono, o que contribui em muito para aumentar a densidade energética da sopa, devendo portanto serem utilizadas como alternativas ao macarrão, ao arroz e ao cereal empregado para espessar o leite.

Assim como o inhame, o cará, a mandioca, a batata doce e outras raízes

também são excelentes fontes de hidratos de carbono e alternativas à batata, tão apreciada em nosso meio, conforme se observa nesta frase expressa por uma das mulheres participantes do presente estudo:

“...quando se pensa na sopinha, a primeira coisa é a batatinha porque ela digere mais rápido... ...é mais fácil para a criança comer... ...do sabor as crianças gostam...”

A beterraba é bastante apreciada na opinião das mulheres para ser introduzida na alimentação complementar e isto se deve ao valor nutricional da mesma, que segundo elas:

“... a beterraba é rica em ferro ! ...”

De acordo com a Tabela 22, adaptada do IBGE, 1977, observa-se que a beterraba apresenta teor elevado em beta-caroteno, substância precursora da vitamina A, responsável pela sua pigmentação avermelhada (Roncada, 1998).

Mas, de acordo a mesma Tabela, verifica-se que a beterraba apresenta baixo teor em ferro.

Por ser de natureza não-heme, sua biodisponibilidade é fortemente influenciada pela presença de demais fatores na dieta, o que pode resultar numa absorção inferior a 10% (Osório, 2002), sem contar o inconveniente da presença de nitrato em sua composição, o que pode implicar em metahemoglobinemia em crianças pequenas (Zeman et al, 2002), como já foi descrito no capítulo sobre líquidos.

A cenoura, a abóbora e demais vegetais alaranjados também constituem-se em importantes fontes de beta-caroteno, sem apresentarem o inconveniente teor de nitrato.

Os legumes apresentam boa digestibilidade; após a cocção adquirem uma textura apropriada para o emprego de métodos manuais para modificar sua consistência no início da introdução de alimentos.

4.20. Introdução de Carne e Fígado

Num total de 110 mulheres (67,1%) que pretendem introduzir a carne bovina, dentre elas encontram-se 26 (15,9%) que pensam em incluir também o fígado bovino. Somente uma mãe pretende oferecer o fígado de galinha.

Na opinião da maioria das mulheres, a carne bovina deve ser introduzida

simultaneamente à carne de frango. A introdução da carne bovina e de frango deve ocorrer, na opinião de 33,5% de mulheres, aos 6 meses (Tabelas 19 e 20).

Um total de 23,8% pretende antecipar a introdução da carne na dieta da criança em idade de 1 a 5 meses e 38,4% de mulheres pretendem oferecer a carne em idade de 7 a 30 meses (Tabela 19).

O receio de que a criança possa engasgar-se com a carne motiva as mulheres a pensar em atrasar sua introdução ou modificar sua consistência, liquefazendo-a, desfiando-a manualmente ou oferecendo somente o caldo, retirando-o da sopa.

Tabela 19 – Perspectiva da introdução de carne e víscera na alimentação complementar da criança na opinião das mulheres de dois Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Carne de Boi	Fígado	Não sabe	Não vai dar	Total	%
1 a 5	27	8	-	4	39	23,8
6	41	10	-	4	55	33,5
7 a 30	42	8	2	11	63	38,4
Não sabe	-	-	3	-	3	1,8
Não vai dar	-	-	-	4	4	2,4
Total	110	26 *	5	23	164	100,0
%	67,1	15,9	3,0	14,0	100,0	

* 1 corresponde ao fígado de galinha

A partir do início do segundo semestre, a criança em aleitamento materno exclusivo deve receber alimentos que sejam boas fontes de ferro para evitar tornarem-se ferro-deficientes e desenvolverem anemia ferropriva, um problema bastante comum em nosso país, particularmente entre crianças menores de 2 anos (Cunha e Cunha, 1998).

A alimentação complementar deve conter, principalmente, alimentos que sejam fontes de ferro-heme, encontrado no fígado, na carne vermelha, no frango e no peixe, biologicamente mais disponível por serem absorvidos diretamente pelas células da mucosa intestinal, após proteólise da mioglobina ou da hemoglobina (Cunha e Cunha, 1998).

O fígado, apesar de pouco freqüente na opinião das mulheres para fazer parte

da alimentação complementar, é a principal fonte de ferro-heme de acordo com Anderson, 2002 e com a Tabela 22 adaptada do IBGE.

4.21. Introdução de Frango e Peixe

De acordo a Tabela 20, observa-se que somente 33,5% das mulheres pretendem oferecer o frango e o peixe aos 6 meses de idade. Verifica-se também que 23,8% de mulheres pensam em antecipar a introdução destes alimentos e 38,4% delas pensam em incluir frango e peixe na alimentação complementar a partir de 7 meses de idade da criança.

Tabela 20 – Perspectiva da introdução de carne de frango e de peixe na alimentação complementar da criança, na opinião de mulheres de dois Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Frango	Frango e Peixe	Não sabe	Não vai dar	Total	%
1 a 5	26	5	-	8	39	23,8
6	49	5	-	1	55	33,5
7 a 30	40	11	-	12	63	38,4
Não sabe	-	-	3	-	3	1,8
Não vai dar	-	-	-	4	4	2,4
Total	115	21	3	25	164	100,0
%	70,1	12,8	1,8	15,2	100,0	

Parece não existir um consenso na literatura que indique a idade adequada para proceder à introdução de peixe na alimentação da criança.

Alguns autores aconselham que a introdução de peixe deve ocorrer somente no 2º ano de idade, devido à característica alergênica e por apresentar o risco de contaminação por metais pesados (Helbling, 1994; Chandra, 1997).

Outros autores afirmam que a introdução de peixe pode ocorrer juntamente com a alimentação complementar (WHO, 1988), de forma gradativa a partir do 6º mês de vida (Ctenas, 1999).

O consumo de peixe marinho é importante devido ao seu teor em ácidos graxos poliinsaturados da série ômega 3 (como o ácido eicosapentaenóico ou EPA, e o docosahexaenóico, ou DHA), os quais participam da formação do sistema nervoso e do crescimento da criança (Ettinger, 2002).

Porém, nesse estudo, a maioria das mulheres não pretende oferecer o peixe na alimentação complementar, talvez em decorrência da falta de hábito por parte das mesmas no consumo de pescados.

↪ Estudos apontam que o consumo de peixe na alimentação de lactantes resulta na presença de diferentes ácidos graxos no leite materno (Ruan 1995; Fidler, 2000).

⇓ Desta forma, o consumo de peixe é particularmente importante na alimentação de mulheres lactantes e entre as crianças que não se encontram em aleitamento materno.

4.22. Verduras

Na Tabela 21, observa-se que as principais verduras citadas pelas mulheres para, de acordo com elas, fazerem parte da alimentação de seus filhos, são a couve, o espinafre, a alface, o repolho e o brócolis.

Outras verduras citadas com menor frequência são, em ordem decrescente, o agrião, a couve-flor, a escarola, a acelga, o almeirão, as folhas de beterraba e as folhas de cenoura.

Dentre as 22 mulheres que responderam não saber a verdura a ser oferecida à criança, muitas desconhecem o conceito de verduras, citando, em seu lugar, ervas ou legumes.

Um total de 38 mulheres não pretende oferecer nenhum tipo de hortaliça folhosa, e esta decisão estava relacionada ao hábito alimentar delas, conforme demonstram estas frases:

“Não vou pôr na sopa porque eu não gosto!”

“Verdura!!!... só vou dar depois de 1 ano... ...nem sei qual!... ...porque eu mesma não gosto!...”

Um total de 75 mulheres pensa em introduzir as verduras na alimentação complementar em forma de sopa. E um total de 24 mulheres pretende oferecer as verduras cruas na alimentação da criança com idade entre 4 meses à 1 ano.

A cocção da verdura possibilita abrandar a hemicelulose e a lignina (fibras encontradas nas verduras), fazendo com que melhore sua digestibilidade e torne possível sua introdução na alimentação complementar aos 6 meses de idade.

As verduras, por serem matéria orgânica, são reservatórios de agentes infecciosos (Neves, 2000), o que torna aconselhável medidas de higiene rigorosas e

cocção antes de serem introduzidas na alimentação complementar.

As hortaliças contêm elevado teor de vitamina C (Lonnerdal e Dewey 1996); o ácido ascórbico contido no brócolis cozido, por exemplo, apresenta biodisponibilidade equivalente àquela encontrada na vitamina C sintética (Mangels et al., 1993) e por isso contribuem para aumentar o aproveitamento do ferro contido nos alimentos cárneos e no feijão.

As mulheres desse estudo pretendem oferecer as verduras de coloração verde-escuras porque, segundo elas, contêm mais ferro.

Vários estudos apontam a possibilidade de que as verduras verde-escuras contenham mais ferro, inclusive o próprio guia alimentar para crianças menores de 2 anos do Ministério da Saúde, 2002, o que pode significar a presença de traço do conhecimento científico que as mulheres podem ter adquirido na orientação nutricional que foi dirigida a ela, recentemente, durante a assistência pré-natal.

Tabela 21 – Perspectiva da introdução de verduras na alimentação complementar, na opinião de mulheres de Centros de Saúde.

Idade (em meses)	Couve	Espinafre	Alface	Repolho	Brócolis	Outras	Não sabe	Não vai dar
1 a 5	12	6	5	6	4	2	-	-
6	25	21	4	8	7	11	-	-
7 a 36	15	11	26	8	4	12	3	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-	19	-
Não vai dar	-	-	-	-	-	-	-	38
Total	52	38	35	22	15	25	22	38

Tabela 22 – Composição em nutrientes de alguns alimentos

Porção (100 gramas)	Ferro (mg)	Vitamina A/ betacaroteno (mmg)
Beterraba	0,8	2
Fígado (de qualquer animal)	8,2	8.551
Repolho (folha verde-clara)	0,7	10
Serralha	3,1	480
Espinafre	3,3	585
Couve	1,0	650
Brócolos	1,1	250
Chicória	1,7	330
Acelga (verde-clara)	3,6	292
Agrião	1,9	370
Alface	1,3	87
Feijão grão-seco	7,6	2
Feijão cozido	1,5	-
Mandioquinha	3,6	22
Batata inglesa	0,8	-
Cenoura	0,7	1100
Chuchu	0,6	2
Abóbora	0,7	350
Abobrinha	0,6	5
Carne de boi magra	3,2	4
Frango carne magra	1,3	25
Frango carne gorda	1,8	260
Peixe – Cação	1,5	210
Peixe – Anchova	5,2	13
Gema de ovo	5,5	816
Ovo de galinha	3,2	530
Leite de vaca <i>in natura</i>	0,1	38
Peixe – Sardinha	1,3	92
Peixe – Pescada	1,1	32
Peixe – Trilha	6,0	32

Fonte: IBGE, 1977.

A valorização do consumo de espinafre pode ter sido, em parte, atribuída ao personagem de desenho animado Popeye, criado em 1936, nos Estados Unidos por Elzie Segar. A aceitação pública obtida com o Popeye, foi tão grande que se elevou, de forma considerável, o consumo de espinafre naquele país e no mundo. Devido ao formidável sucesso comercial obtido nas vendas de espinafre, Crystal City, no Texas, onde se concentra a maior produção desta hortaliça, ergueu uma estátua do Popeye de 1,80 metros, em sua homenagem (Odintz, 2002).

De acordo com Bobbio e Bobbio 2001, a cor é o mais importante fator para guiar a escolha do alimento já que é a qualidade que mais facilmente disputa a atenção do consumidor.

As cores dos alimentos resultam da presença de pigmentação. Nos vegetais a cor verde indica a presença de clorofila e, na carne, a cor avermelhada se deve à presença de hematina (Bobbio e Bobbio, 2001; 2003).

A clorofila e a hematina se assemelham pela presença de porfirina, uma estrutura básica cíclica formada por anéis pirrólicos. Na hematina, os anéis pirrólicos encontram-se ligados ao Ferro, que também ocupa o centro da molécula. Na clorofila, molécula orgânica complexa, a porfirina geralmente está ligada ao Magnésio que ocupa seu centro. Um fenômeno importante, que acontece com a clorofila, é a facilidade com que os íons de magnésio nesses pigmentos são substituídos por metais como o cobre (Bobbio e Bobbio, 2001; 2003).

Os complexos formados com cobre têm cor verde brilhante e fazem com que os alimentos se tornem atraentes. Estes complexos não são absorvidos pelo organismo humano, o que torna o seu consumo seguro (Bobbio e Bobbio, 2003).

Em estudos envolvendo os efeitos da fortificação do solo, com várias substâncias químicas, inclusive ferro, sobre a composição do espinafre, observaram o aumento de cobre, manganês, zinco, entre outros elementos químicos (Singh et al., 2001; Red et al, 2001).

Para Reddy et al., 1992, o cultivo de espinafre em solo enriquecido com grande quantidade de ferro resultou em maiores quantidades de ferro neste vegetal, porém com reduzida biodisponibilidade.

À medida que ocorre o amadurecimento dos vegetais, a clorofila desaparece e a síntese de carotenóides é estimulada e as verduras se tornam amareladas (Bobbio e Bobbio, 2003). Dentre os carotenóides que as verduras amarelas passam a apresentar,

encontram-se a a luteína e a zeaxantina, os quais têm sido relacionados de forma benéfica à saúde ocular (Sommerburg et al., 1998; Krinsky et al., 2003).

Um hábito bastante comum consiste em desprezar-se as verduras, quando estas apresentam coloração amarelada, por considerá-las impróprias para o consumo.

Segundo os dados do IBGE, 1977, a acelga (que tem tonalidade mais clara) possui quantidades superiores de ferro quando comparada às demais verduras verde-escuras citadas pelas mulheres, como a couve e o brócolis.

O ferro contido nos vegetais, além da pequena quantidade que contém, por ser de natureza não-heme, apresenta uma biodisponibilidade muito reduzida que varia entre 3 e 8% (Kasdam, 2002).

Apesar de existir na literatura a indicação de que as verduras verde-escuras possam conter mais ferro, não é possível assegurar esta informação, pois as mesmas podem apresentar outros minerais, inclusive metais pesados em sua composição. Isso significa que a orientação para o consumo de verduras verde-escuras, como fontes de ferro, é ineficaz para evitar que a criança e a própria gestante se tornem ferro-deficientes, principalmente se este consumo não estiver associado a alimentos de origem animal contendo boas fontes de ferro.

4.23. Adição de sal, óleo e demais substâncias

O óleo de soja é citado por apenas 29,9% de mulheres para ser introduzido na alimentação da criança no primeiro ano de vida.

De acordo com a Tabela 23, é possível esperar que 70,1% das crianças deixarão de receber óleo de soja na alimentação complementar até 1 ano de idade e 70,7% terão recebido o sal na alimentação até a mesma idade.

A manteiga é prevista entre 5 mulheres (3,0%) para ser introduzida na alimentação de crianças e a margarina, para ser introduzida entre 4 mulheres (2,4%).

A utilização de caldo de carne ou de galinha concentrado é pretendida por 8 mulheres no tempero da sopa.

A intenção de introduzir o óleo na alimentação da criança é pouco freqüente na opinião de mulheres, que o confundem com a gordura, considerando-o prejudicial à saúde da criança.

Tabela 23 – Perspectiva do acréscimo de temperos à sopa da alimentação complementar, na opinião de mulheres de dois Centros de Saúde.

Idade (em meses)	Sal	Sal e óleo de soja	Caldo Knorr	Sal e manteiga	Sal e margarina	Não vai dar	Total	%
1 a 5	17	14	3	4	1	-	39	23,8
6	24	28	3	1	3	-	59	36,0
7 a 12	9	7	2	-	-	-	18	11,0
Não vai dar	-	-	-	-	-	48	48	29,2
Total	50	49	8	5	4	48	164	100,0
%	30,5	29,9	4,9	3,0	2,4	29,3	100,0	

O óleo de soja, assim como o de canola, é uma importante fonte de ácido graxo poliinsaturado linolênico da série ômega 3, essencial ao organismo humano para síntese de outros ácidos graxos importantes na formação do cérebro e do sistema neural (Ettinger, 2002).

O colesterol, somente encontrado em alimentos de origem animal, como a manteiga, participa de compostos que compõem o tecido nervoso e membranas celulares, e desempenha um papel no transporte de lipídios (Ettinger, 2002). Atua como precursor da vitamina D3 e é utilizado pelo organismo para a constituição de membranas celulares e hormônios (Bobbio e Bobbio, 2001).

O colesterol também é encontrado no leite materno no início da lactação e em maior quantidade no leite destinado à criança pré-termo. É uma substância fundamental para o crescimento e desenvolvimento neurológico da criança (Lønnerdal, 2000). É necessário também para a produção da bile, substância responsável pela digestão e absorção dos lipídios (Alves e Gerude, 1995).

A margarina, devido a sua composição em ácidos graxos sob a forma “trans” – obtida em processo de hidrogenação do óleo, tem sido relacionada a modificações no metabolismo, na digestibilidade e na absorção de nutrientes (Lamardo e Galvão, 2001). Inibe os processos de dessaturação e alongamento do ácido linolênico, impedindo a formação de outros ácidos graxos essenciais ao organismo da criança (Ettinger, 2002).

Os alimentos complementares oferecidos à criança devem conter quantidade moderada de sal, para que ela adquira o hábito saudável de ingerir alimentos com baixo teor de sal na fase adulta.

Holliday, 1994, em estudo envolvendo ratas, verificou que, quando suas crias são alimentadas por períodos muito curtos, de apenas duas semanas após o desmame, com uma dieta que contém grandes quantidades de sal, isso favorece o aparecimento de hipertensão na idade adulta.

O caldo de carne industrializado, além de concentrar teor elevado de sal, também contém glutamato monossódico, substância que pode ocasionar intoxicação alimentar em crianças, de acordo com Bresolin e col, 1996.

O consumo moderado de sal acrescido de iodo é importante para prevenir a ocorrência de deficiência deste mineral, um evento que, segundo Monteiro, 2000, tem sido tradicionalmente descrito em algumas regiões do interior do país.

4.24. Ovos

Um total de 137 mulheres pretendem oferecer os ovos na alimentação complementar, sendo que dentre elas 125 (76,2%) pensam em oferecê-los cozidos e 12 (7,3%) pensam em ofertá-los em forma de gemada ou simplesmente aquecê-los, encontrando-se portando a gema crua. E 11 mulheres (6,7%) não pretendem oferecer ovos às crianças porque acreditam que possam fazer mal à saúde da criança.

Tabela 24 – Perspectiva de preparo de ovos para introdução na alimentação complementar entre mulheres de Centros de Saúde, 2002.

Idade (em meses)	Cozido	Gemada ou aquecido	Não sabe	Não vai dar	Total	%
1 a 5	10	3	-	-	13	7,9
6	21	2	-	-	23	14,0
7 a 36	94	7	2	-	103	62,8
Não sabe	-	-	14	-	14	8,5
Não vai dar	-	-	-	11	11	6,7
Total	125	12	16	11	164	100,0
%	76,2	7,3	9,8	6,7	100,0	

Na literatura nacional, há recomendações para que a introdução de clara na alimentação infantil se inicie somente aos 10 meses, devido ao seu potencial alergênico (Ctenas, 1999).

O consumo de ovos entre adultos é recomendado para ocorrer com moderação (Maeda e Borges, 2001). Devido ao seu teor em colesterol, tem sido relacionado à ocorrência de doenças cardiovasculares no adulto (Meister, 1996).

Proceder a cocção de ovos antes de ofertá-los na alimentação complementar é importante para prevenir a contaminação da criança com a bactéria *Salmonella*, passível de ser encontrada em ovos mal cozidos (Adams e Motarjemi, 2002).

Os ovos constituem fontes de ferro não-heme e têm sua biodisponibilidade reduzida pela ação da fosfitina, que tem a capacidade de unir-se a este mineral, reduzindo sua absorção no organismo (Kasdam, 2002).

A cocção de ovos, além de prevenir a ocorrência de salmonelose entre crianças, é importante para otimizar a digestibilidade da proteína por meio da coagulação e aumentar a biodisponibilidade do ferro por meio da inativação de enzimas, como a fosvitina, que atua na redução de absorção do ferro do próprio ovo e demais alimentos ingeridos na sua presença.

A introdução de gema crua em forma de gemada em nosso meio foi bastante recomendada em décadas anteriores, o que demonstra que estes conceitos científicos ultrapassados ainda permanecem no conhecimento de pessoas da camada popular, como no caso destas gestantes.

Os ovos constituem-se em boas fontes de ácido graxo docosahexaenóico (Makrides, et al., 2002), o que os torna particularmente importantes de serem consumidos entre lactantes e na alimentação complementar introduzida no segundo semestre de vida.

4.25. Arroz com Feijão

Na opinião das mulheres deste estudo, o arroz com feijão será introduzido na alimentação dos seus respectivos filhos com mais freqüência a partir do 7º mês.

Concorda-se, portanto, com os estudos de Kitoko e col., 2000 e de Martins, 2002, os quais apontam que a introdução de feijão na alimentação complementar ocorre antes do primeiro ano de vida.

No entanto, a introdução de feijão na alimentação complementar tem sido relacionada à difícil digestibilidade que este alimento apresenta (WHO, 1998; Kannan, 2001).

De acordo com Lajolo e Tirapegui, 1998, a proteína encontrada no feijão

apresenta uma menor digestibilidade quando comparada aquelas de alto valor biológico encontradas no leite, na carne e no ovo.

O consumo de feijão combinado ao arroz além de melhorar a sua digestibilidade em proteínas (Kannan, 2001) também contribui para aumentar o valor biológico das mesmas (Lajolo e Tirapegui, 1998).

Na opinião das mulheres deste estudo, o feijão é um dos alimentos que também contém ferro, como demonstra esta frase envolvendo o preparo da sopa:

“...pedacinho de carne e feijão que também contém ferro...”

Tabela 25 – Perspectiva da introdução do arroz com feijão na alimentação complementar na opinião de mulheres de dois Centros de Saúde.

Idade (em meses)	Arroz e Feijão	Caldo de feijão	Não sabe	Total	%
3 a 5	2	2	-	4	2,4
6	10	9	-	19	11,6
7 a 48	121	16	1	138	84,1
Não sabe	-	-	3	3	1,8
Total	133	27	4	164	100,0
%	81,1	16,5	2,4	100,0	

O feijão também é uma importante fonte de ferro não-heme que apresenta biodisponibilidade inferior a do ferro-heme, devido à presença da substância fitato, encontrada em sua casca (Ettinger, 2002). Contudo, o consumo de feijão associado às frutas e hortaliças, que apresentam teor de vitamina C, contribuem para elevar a biodisponibilidade do ferro presente nesta leguminosa (Lonnerdal e Dewey, 1996).

O consumo de carne vermelha (fonte de ferro-heme), junto ao feijão pode elevar a biodisponibilidade do ferro não-heme presente em sua composição em até 85% (Hallberg et al., 2003).

5. CONCLUSÕES

O conhecimento que as mulheres gestantes possuem sobre a alimentação da criança, para o primeiro ano de vida, apresenta-se de forma homogênea, ou seja, independe da idade, escolaridade e da experiência com filho (s) anterior (es). É de natureza empírica porque sustenta poucos traços do conhecimento científico adquirido por ela enquanto pessoa adulta e gestante, sem distinção entre as necessidades nutricionais do adulto e da criança. Mantém fortes traços decorrentes da história sócio-econômica do país percebidos principalmente na precocidade de introdução do açúcar e na intenção de introduzir alimentos de consistência amolecida. Conserva a influência da propaganda indiciada pelo uso, de marcas e embalagens como meio de identificação dos produtos substitutos do leite materno.

Todas as mulheres gestantes já haviam se decidido sobre o aleitamento materno e quase todas decidiram-se de forma favorável. A perspectiva de frequência de aleitamento materno é de 6 meses e a perspectiva de frequência de aleitamento materno exclusivo é de 3 meses. O principal motivo para amamentar, na opinião das gestantes, concentra-se nas vantagens obtidas para a saúde da criança. Ocorre um desconhecimento de vantagens específicas do aleitamento materno para a saúde da criança e para a saúde da mulher.

A intenção de introduzir alimentos complementares é mais freqüente, na opinião das mulheres, para ocorrer a partir do 3^o mês. Inicia-se pelos líquidos adoçados. A fruta é o primeiro alimento de consistência semi-sólida que a criança deverá receber no primeiro ano de vida. A sopa é a principal forma de preparo da maioria dos alimentos que a criança deve receber durante a alimentação complementar.

O conhecimento das mulheres sobre a alimentação complementar difere-se do conhecimento científico, principalmente em aspectos relacionados ao preparo do leite e à consistência liquefeita da sopa; pouca variedade de verduras na alimentação complementar. As mulheres confundem-se em relação à composição de alimentos fontes de ácidos graxos e na escolha de alimentos fontes de ferro.

6. REFERÊNCIAS

1. Adams, M; Motarjemi Y. **Segurança Básica dos Alimentos para Profissionais de Saúde**. Organização Mundial da Saúde. São Paulo: Roca, 2002.
2. Almeida, JAG. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
3. Alves, DC; Gerude, M. **Dislipidemias – Distúrbio do Metabolismo dos Lipídios**. Em: *Terapia Nutricional*. São Paulo: Atheneu, 1995.
4. Anderson, JJB. **Minerais**. Em: *Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 10^a. ed. São Paulo: Roca, 2002.
5. Andrade, AV; Souza, ELBL. **Maternidade com Sucesso**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1996.
6. Angelis, RC; Ctenas, MLB. **Biodisponibilidade de Ferro na alimentação infantil**. Nestlé: Serviço de Informação Científica. *Temas de Pediatria*, 52, 1993.
7. Augusto, M. **Conhecimento Popular a respeito da alimentação infantil das mulheres que freqüentam os Serviços de Higiene Pré-Natal e Higiene Infantil do Ambulatório da Escola Paulista de Medicina**. São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].
8. Badinter, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

- 9: Banajeh, SM; Hussein, RF. The impact of breastfeeding on serum electrolytes in infants hospitalized with severe dehydrating diarrhoea in Yemen. **Ann Trop Paediatr** 1999 Dec; 19(4): 371-6.
10. Barbieri, D. Constipação intestinal crônica inespecífica do lactente: um problema a ser explorado. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol. 78 n3. 2002.
11. Barros, FC; Victora, CG. **Epidemiologia da Saúde Infantil. Um manual para diagnósticos comunitários**. 3ª. edição. São Paulo: HUCITEC-UNICEF, 1998.
12. [BEMFAM] Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996: **Amamentação e Situação Nutricional das mães e crianças**. 1997, 125-38.
13. Bobbio, FO; Bobbio, PA. **Introdução à Química de Alimentos**. 3ª. edição. São Paulo: Livraria Varela, 2003.
14. Bobbio, PA; Bobbio, FO. **Química do Processamento de Alimentos**. 2ª. edição. São Paulo: Varela, 2001.
15. Boltanski, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
16. Borges, ALV. **Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido**. São Paulo. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
17. Bresolin, AMB; Issler H; Bricks, LF e col. **Alimentação da Criança Normal**. Em: **Pediatria em Consultório**. São Paulo: Sarvier, 1996.

18. Britten, J; Tappin, DM; Elton RA. Monitoring breastfeeding rates and setting local targets. The Glasgow experience. **Health Bulletin** 2001 -59 (1) 01.
19. Bruce, RC; Kliegman, RM. Hyponatremic seizures secondary to oral water intoxication in infancy: association with commercial bottled drinking water. **Pediatrics** 1997 Dec; 100 (6): E 4.
20. Bueno, MB; Souza, JMP; Paz, SMRS; Souza, SB; Cheung, PPY; Augusto, RA. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 5, n.2, 2002.
21. Calvano, LM. **O Poder Imunológico do Leite Materno.** Em: Carvalho, MR; Tamez, RN. Amamentação - Bases científicas para prática profissional. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.
22. Carvalho, GD. **Amamentação e o Sistema Estomatognático.** Em: Carvalho, MR; Tamez, RN. Amamentação - Bases científicas para prática profissional. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.
23. Cascudo, LC. **História da Alimentação no Brasil: Cozinha Brasileira.** São Paulo: Itatiaia – Edusp, 1983 v.2.
24. César, JA; Kuhn, D; Devens, ES; Martins Jr, E; Aguiar, MRC e col. Prescrição de chás para crianças menores de seis meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no sul do Brasil. **J Pediatr (Rio J)** 1996; 72(1):27-31.
25. Chandra, RK. Food hypersensitivity and allergic disease: a selective review. **Am J Clin Nutr.**, vo.66, n.2 p.S526-29, 1997.
26. Clifford, TJ; Campbell, MK; Seechley, KN; Gorodzinsky, F. Infant colic: empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition. **Arch Pediatr Adolesc Med** 2002 Nov; 156(11):1123-8.

27. Ctenas, MLB. **Crescendo com Saúde: O Guia de Crescimento da Criança**. São Paulo: C2 Editora , 1999.
28. Cunha, DF; Cunha, SFC. **Microminerais**. Em: Dutra-de-Oliveira, JE; Marchini, JS. **Ciências Nutricionais** São Paulo: Sarvier, 1998.
29. Cusin, FC. **Resíduos de Antibióticos em Alimentos**. Em: Alimentos em Questão. Uma abordagem técnica para as dúvidas mais comuns. São Paulo: Ponto Crítico, 2001.
30. Daw, PM; Ananth, CV. Infant Mortality among Singletons and Twins in the United States during 2 decades: Effects of Maternal Age. **Pediatrics** Vol 110 n. 6 December 2002, pp.1163-1168.
31. Demonte, A. **Carboidratos**. Em: Dutra-de-Oliveira, JE; Marchini, JS. **Ciências Nutricionais** São Paulo: Sarvier, 1998.
32. DeSantiago, S; Alonso, L; Halhali, A; Larrea F. et al. Negative calcium balance during lactation in rural Mexican. **Am J Clin Nutr** 2002 Oct; 76(4):845-51.
33. Dewey, KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. **Pedriatr Clin North Am** 2001; 48:87-104.
34. Duro, D; Rising R; Cedillo, M; Lifshitz F. Association Between Infantile Colic and Carbohydrate Malabsorption from Fruit Juices in Infancy. **Pediatrics** Vol. 109 No.5 May 2002, pp 797-805.
35. [Epi Info]. **Epidemiology Program Office**, 2002, revision 1. United States of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.
36. Ettinger, S. **Macronutrientes: Carboidratos, Proteínas e Lipídios**. Em: Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 10ª. ed. São Paulo: Roca, 2002.

37. Euclydes, MP. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**. 2a. ed. Viçosa, 2000.
38. Fidler, N; Koletzko, B. The fatty acid composition of human colostrum. **Eur J Nutr** 2000 Fev; 39(1):31-7.
39. Fundação Seade. **Mercado de Trabalho**. Convênio Seade – Dieese. Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED. (1) 2001. (<http://www.seade.gov.br/>).
40. Furman, L; Minich, Nori; Hack, M. Correlates of Lactation in Mothers of very low birth weight infants. **Pediatrics** vol. 109 n. 4 April, 2002, p.57.
41. Giugliani, ERJ; Victora, CG. Alimentação Complementar. **J Pediatr (Rio J)** 2000; 76 (Supl.3) s253-62.
42. Giugliani, ERJ; Victora, CG. **Normas Alimentares para crianças brasileiras menores de 2 anos**. (Bases Científicas). Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 1997.
43. Giugliani, ERJ; Rocha, VL; Neves, JM, Polanski, CA e col. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **J Pediatr (Rio J)** 1995; 71 (2): 77-81.
44. Goldman, AS. Modulation of the Gastrointestinal Tract of Infants by Human Milk. Interfaces and Interactions. An Evolutionary Perspective. **Journal of Nutrition**, 2000;130: 426S-431S.
45. Goldemberg, P. **Repensando a Desnutrição como Questão Social**. Campinas: Unicamp, 1988.
46. Goldemberg, P; Tudisco, ES. **Desnutrição: a penetração do leite em pó através da propaganda**. *Ciência Hoje*, 1(5):76-79, 1983.

47. Graffy, JP. Mothers' attitudes to and experience of breast feeding: a primary care study. **British journal of general practice**, 1992, 42:61-64.
48. Helbling, A. Food Allergy. **The Umsch**, v.51, no.1, p.31, 1994.
49. Holliday, M. O teor de sal nos primeiros alimentos afeta a pressão sangüínea em etapas posteriores da vida? Em: A alimentação na infância e suas conseqüências a longo prazo. **Nestlé Nutrition Services**, 1994.
50. Hop LT; Gross R; Giay T. Sastroamidjojo S., Schultink W., Lang NT. Premature complementary feeding is associated with poorer growth of Vietnamese children. **J Nutr** 2002; 30:2683-9.
51. Hallberg, L; Hoppe M; Andersson, M; Hulthén, L. The Role of Meat to Improve the Critical Iron Balance During Weaning. **Pediatrics**. Vol. 111 No.4 April 2003 p.864.
52. [IBFAN] International Baby Food Action Network. **Atualidades em amamentação: A duração ótima da amamentação exclusiva**. Editorial de Dezembro 2002 n.27/28.
53. [IBGE] **Tabela de Composição de Alimentos**. Estudo Nacional da Despesa Familiar. Rio de Janeiro, 1977.
54. Ineichen, B; Pierce, M; Lawrenson, R. Teenage mothers as breastfeeders: attitudes and behaviour. **J adolesc** 1997 Oct; 20(5): 505-9.
55. Itaboraí, NR. **Trabalho Feminino e Mudanças na Família no Brasil (1984-1996): comparações por classe social**. Ouro Preto, 2002 [Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais].
56. Junqueira, P. **Amamentação, hábitos orais e mastigação: Orientações, cuidados e dicas**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

57. Kannan, S; Nielsen, SS; Mason, AC. Protein digestibility-corrected amino acid scores for bean and bean-rice infant weaning food products. **J Agric Food Chem** 2001 Oct 49 (10):5070-4.
58. Kasdam, TS. **Terapia Clínica Nutricional para a Anemia**. Em: Krause Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. 10^a. ed. São Paulo: Roca, 2002.
59. Kilsztajn, S; Rossbach, A; Carmo, MSN; Yokomizo, TO. **Assistência Pré-Natal, Baixo Peso e Prematuridade no Estado de São Paulo, 2000**. Ouro Preto, 2002 [Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais].
60. Kolb, E; Haug, M; Janzowski, C; Vetter, A; Eisenbrand, G. Potential nitrosamine formation and its prevention during biological denitrification of ref beet juice. **Food Chem Toxicol** 1997 Feb; 35(2):219-24.
61. Krinsky, NI; Landrum, JT; Bone RA. Biologic Mechanisms of the Protective Role of Lutein and Zeaxanthin in the Eye. **Annu Rev Nutr** 2003 Feb 27. www.annualreviews.org.
62. Lacerda, EMA; Accioly, E. **Alimentação Complementar do Lactente**. Em: Práticas de Nutrição Pediátrica, São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
63. Lajolo, FM; Tirapegui, J. **Proteínas e Aminoácidos**. Em: Dutra-de-Oliveira, JE; Marchini, JS. Ciências Nutricionais São Paulo: Sarvier, 1998.
64. Lamardo, LCA; Galvão, MS. **Consumo de Açúcar, Óleos e Gorduras na Dieta: Mitos e Realidades**. Em: Alimentos em Questão. Uma abordagem técnica para as dúvidas mais comuns. São Paulo: Ponto Crítico, 2001.
65. Lamounier, JA; Leão, E. **Nutrição na Infância**. Em: Dutra-de-Oliveira, JE; Marchini, JS. Ciências Nutricionais São Paulo: Sarvier, 1998.

66. Lana, APB. **O Livro de Estímulo à Amamentação. Uma visão Biológica, Fisiológica e Psicológica – Comportamental da Amamentação.** São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
67. Lang, S. **Aleitamento do Lactente -- Cuidados Especiais.**[Breastfeeding Special Care Babies]. São Paulo: Livraria e editora Santos, 1999.
68. Lery J. **Viagem a Terra do Brasil.** São Paulo: Itatiaia – Edusp, 1980 p.226.
69. Locke, J. **Ensaio sobre o Entendimento Humano.** Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.
70. Lloyd, B; Halter, RJ; Kucham, MJ; Baggs, GE; Ryan, AS; Masor, ML. Formula tolerance in postbreastfed and exclusively formula-fed infants. **Pediatrics** 1999 Jan; 103 (1): E7.
71. Lönnerdal, B. Regulation of mineral and trace elements in human milk exogenous and endogenous factors. **Nutr Rev**, v. 58, n.8, p. 223-9, 2000.
72. Lönnerdal, B; Dewey, G. Epidemiologia da deficiência de ferro no lactente e na criança. **Anais Nestlé**, v.52. p.11-17, 1996.
73. Lorimer, RB; **O Impacto dos Primeiros Séculos de História da América Portuguesa na Formação da Brasilidade Alimentar.** São Paulo, 2001 [Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Depto. de Nutrição].
74. Loui, A; Raab, A; Obladen, M; Bratter, P. Calcium, phosphorus and magnesium balance: FM 85 fortification of human milk does not meet mineral needs of extremely low birthweight infants. **Eur J Clin Nutr.** 2002 Mar; 56 (3):228-35.
75. Lucas, B. **Nutrição na Infância.** Em: Krause Alimentos, Nutrição &

- Dietoterapia. 10^a. ed. São Paulo: Roca, 2002.
76. Lust, KD; Brown, JE; Thomas W. Maternal intake of cruciferous vegetables and other foods na colic symptoms in exclusively breast-fed infants. **J Am Diet Assoc** 1996 Jan; 96(1):46-8.
 77. Maeda, AP; Borges, RM. **Ovos: Características Nutricionais e Contra-Indicações ao Consumo**. Em: Alimentos em Questão. Uma abordagem técnica para as dúvidas mais comuns. São Paulo: Ponto Crítico, 2001.
 78. Mangels, AR; Block, G; Frey, CM; Patterson, BH; Taylor, PR et al. The bioavailability to humans of ascorbic acid from oranges, orange juice and cooked broccoli is similar to that of syntetic ascorbic acid. **J Nutr** 1993 Jun; 123(6):1054-61.
 79. Makrides, M; Neumann, MA; Jeffrey, B; Lien, EL; Gibson, RA. A randomized trial of different ratios of linoleic to alpha-linolenic acid in the diet of term infants: effects on visual function and growth. **Am J Clin Nutr**, 2000 Jan; 71(1):1-2.
 80. Makrides, M; Hawkes, JS; Neumann, MA; Gibson RA. Nutritional effect of including egg yolk in the weaning diet of breast-fed and formula-fed infants: a randomized controlled trial. **Am J Clin Nutr** 2002 Jun. 75(6): 1084-92.
 81. Maranhão, AGK e col. **Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. Tema / Radis,1999;17:6-17.
 82. Marchioni, DML. **Alimentação no Primeiro Ano de Vida: prevalência de consumo de alimentos em dois Centros de Saúde do Município de São Paulo**. São Paulo, 1999. [Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Depto. de Nutrição].
 83. Marques, NM; Lira, PIC; Lima, MC; Silva, NL; Batista Filho, M. et al. Breastfeeding and Early Weaning Practices in Northeast Brasil: A Longitudinal

- Study. **Pediatrics** Vol. 108 n.4 October 2001, p. e66.
84. Martins, CM. **A Fecundidade Paulista: um estudo de seus diferenciais intra-urbanos de desenvolvimento humano e escolaridade**. São Paulo, 1999. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Departamento de Epidemiologia].
 85. Martins, M. **A Orientação Alimentar e a Deficiência de Ferro em Lactentes**. São Paulo, 2002 [Tese de Doutorado apresentada a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Depto. de Nutrição].
 86. Meister, K. The Role of Eggs in the Diet. **American Council on Science and Health**, Aug.,1996.
 87. Messina, V; Mangels, AR. Considerations in planning vegan diets: children. **J Am Diet Assoc** 2001 Jun; 101(6):661-9.
 88. Monteiro, CA. O Panorama da Nutrição Infantil nos anos 90. **Cadernos de Políticas Sociais**.1997 v.1.
 89. Monteiro, CA. **Evolução da Nutrição Infantil nos Anos 90**. Em: Velhos e novos males da saúde no Brasil. Evolução do país e de suas doenças, 2ª. edição aumentada. São Paulo: Editora Hucitec – Nupens/USP, 2000.
 90. Montrone, VG. **Formação de agentes comunitários para a promoção do aleitamento materno e da estimulação do bebê**. Barueri: Editora Manole, 2002.
 91. Moreno, JL. **Psicodrama**. 12ª. edição. São Paulo: Cultrix, 1997.
 92. Moura, EL. **Nutrição**. Em: Carvalho, MR; Tamez, RN. Amamentação - Bases científicas para prática profissional. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.

93. Motil, KJ; Kerts, B; Thotathuchery, M. Lactational performance of adolescent mothers shows preliminary differences from that of adult women. **J Adolesc Health** 1997 Jun; 20 (6): 442-9.
94. [MS]. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Regulamentação e normatização sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196 de Outubro de 1996.
95. [MS]. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. OPAS. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Secretaria de Políticas de Saúde - OPAS. Brasília: 2002.
96. [MS] Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. 3ª. edição. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ MS, 2000. 66p.
97. [MS]. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Estudos Amostrais. Indicadores de morbidade e fatores de risco. D.19. **Prevalência de Aleitamento Materno**. Ripsa, 1999 (a).
98. [MS]. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Estudos Amostrais. Indicadores de morbidade e fatores de risco. D.20. **Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo**. Ripsa, 1999 (b).
99. [MS]. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN. Julho, 1991.
100. Murahovschi, J. Cólicas do lactente. **J Pediatr** (Rio J) vol. 79 n.2, 2003.
101. Nakamura, SS; Veiga, KF; Ferrarese, SRB; Martinez, FE. Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno. **J Pediatr** (Rio J) 2003; 79 (2).

102. Neiva, FC; Cattoni, DM; Ramos, JLA; Issler, H. Desmame precoce: Implicações para o desenvolvimento motor-oral. **J Pediatr** (Rio J) 2003; 79 (1):07-12.
103. Nevas, M; Kielm, S; Lindstrom, M; Horn, H et al. High prevalence of Clostridium botulinum types A and B in honey samples detected by polymerase chain reaction. **Int J Food Microbiol** 2002 Jan 30; 72 1-2:45-52.
104. Neves, DP; Melo, AL; Genaro, O; Linardi, PM. **Parasitologia Humana**. 10 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
105. Niclewicz, EA. **Diabetes e Gestação**. Orientações básicas para o diabético. 2ª. edição. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. Brasília: CODEG/DPAS/SAS, 1994.
106. Novaes, HMD. **A puericultura em questão**. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Área de Medicina Preventiva].
107. Nowak-Wegrzyn, A; Sampson, HA; Wood, RA; Sicherer, S. Food Protein – Induced Enterocolitis Syndrome Caused by solid food proteins. **Pediatrics** Vol.111. n.4 April 2003, pp.829-35.
108. Nozawa MR. **Ação educativa participante com gestantes**. São Paulo; 1991. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Depto. de Saúde Materno-Infantil].
109. Odintz, M. Crystal City, TX. **The Handbook of Texas Online**. The General Libraries at the University of Texas at Austin (<http://www.lib.utexas>) and the Texas State Historical Association, 2002.
110. [OMS] Organização Mundial de Saúde. **Evidências científicas dos dez passos**

para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: OPAS, 2001.

111. [OMS] Organización mundial de la salud. **Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna.** Ginebra: OPAS, 1991.
112. Orlandi, OV. **Teoria e Prática do Amor à Criança: Introdução à pediatria social no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1985.
113. Omellas, LH. **Técnica dietética: seleção e preparo de alimentos.** São Paulo: Atheneu, 2001.
114. Osório, MM. Fatores determinantes da anemia em crianças. **J Pediatr (Rio J)** 2002; 78 (4): 269-78.
115. Pabon, ML; Lönnerdal, B. Effects of type of fat in the diet on iron bioavailability assesse in suckling and weanling rats. **J Trace Elem Med Biol** 2001; 15 (1):18-23.
116. Penna, FJ; Norton, RC; Carvalho AST; Pompeu, BCT e col. Comparação entre uma fórmula infantil pré-espessada e fórmula de espessamento caseiro no tratatamento do refluxo gastroesofágico. **J Pediatr (Rio J)** 2003; 79(10): 49-54.
117. Percegoni, N; Araújo, RMA; Silva, MMS; Euclides, MP; Tinôco, ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçoca, Minas Gerais. **Rev. Nutr.** Vol.15 no. 1 Campinas Jan. 2002.
118. Petersen, A; Stoltze S. Nitrate and nitrite in vegetables on the Danish market: content and intake. **Food Addit Contam** 1999 Jul; 16(7): 291-9.
119. Ramos M; Stein, LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J Pediatr (Rio J)** 2000; 76 (supl3): S229-S237.

120. Rea, MF. **A mulher Trabalhadora e a Prática de Amamentar**. Em: **Amamentação. Bases Científicas para a Prática Profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
121. Reddy NS, Bhatt G. Contents of minerals in green leafy vegetables cultivated in soil fortified with different chemical fertilizers. **Plant Foods Hum Nutr** 2001; 56 (1):1-6.
122. Reddy, NS; Malewar, VG. Bio-availability of iron from spinach (*Spanicia oleracea*) cultivated in soil fortified with graded levels of iron. **Plant Foods Hum Nutr** 1992 Oct;42 (4):313-8.
123. Roncada, MJ. **Vitaminas Lipossolúveis**. Em: Dutra-de-Oliveira, JE; Marchini, JS. **Ciências Nutricionais São Paulo: Sarvier, 1998**.
124. Ruan C. Liu X. Man H, Ma X. Lu G. Duan G. DeFrancesco CA, Connor WE. Milk composition in women from five different regions of China: the great diversity of milk fatty acids. **J Nutr** 1995 Dec; 125 (12). 2993-8.
125. Saavedra, MAL; Costa, JSD; Garcias, G; Horta, BL; Tomasi, E; Mendonça, R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. **J Pediatr (Rio J)** 2003; 79(2):115-22.
126. Sanches, MTC. **Amamentação – Enfoque Fonoaudiológico**. Em: Carvalho, MR; Tamez, RN. **Amamentação - Bases científicas para prática profissional**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.
127. Sanches, MTC. **Dificuldades iniciais na amamentação – Enfoque fonoaudiológico**. São Paulo, 2000. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Depto. de Saúde Materno-Infantil].

128. Sanchez-Echaniz, J; Benito-Fernández, J; Mintegui-Raso, S. Methemoglobinemia and consumption of vegetables in infants. **Pediatrics** Vol.107 n.5 may 2001 p.1024.
129. Schaefer, S; Jantsch, AP. **O Conhecimento Popular**. Rio de Janeiro, Vozes, 1995.
130. Schocken-Iturrino, RP; Carneiro, MC; Kato, E; Sorbara, JO et al. Study of the presence of the spores of *Clostridium botulinum* honey in Brazil. **FEMS Immunol Med Microbiol** 1999 Jul; 24(3):379-82.
131. Silva, AAM; Simões, VMF; Lamy-Filho, F; Coimbra, LC; Alves MTSSB, Barbieri, MA; Bettioli, H. 2001. Young maternal age and poor pregnancy outcomes: revisiting the association. **Paediatric and Perinatal Epidemiology** 2001; 15(4):A38.
132. Silva, IA. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo, 1994 [Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].
133. Silva, IA. **Construindo Perspectivas sobre a assistência em Amamentação: um processo interacional**. São Paulo, 1999. [Tese de Livre Docência apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica].
134. Silvestre, MD; Lagarda, MJ; Farre, R; Martinez-Costa, C et al. A study of factors that may influence the determination of copper, iron, and zinc in human milk during sampling and in sample individuals. **Bio Trace Elem Res** 2000 Sep; 76 (3): 217-27.

135. Simon, V.G.N. **Introdução de alimentos complementares em crianças no primeiro ano de vida nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo**. São Paulo, 2001. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública, Depto. de Nutrição].
136. Singh, G; Kawatra, A; Sehgal, S. Nutritional composition of selected green leafy vegetables, herbs and carrots. **Plant Foods Hum Nutr** 2001; 56 (4); 359-64.
137. Siqueira, R.; Durso, N; Almada, AGP; Moreira, MT; Massad, GB. “Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno”. **J Pediatr (Rio J)**, 70 (11): 16-19, 1994.
138. Sommerburg, O; Keunen, JE; Bird, AC; van Kuijk, FJ. Fruits and vegetables that are sources for lutein and zeaxantin: the macular pigment in human eyes. **Br J Ophthalmol** 1998 Aug; 82(8): 907-10.
139. Spinelli, MGN. **Prática alimentar de crianças menores de um ano de idade, atendidas em unidades básicas de saúde-escola, do município de Mogi das Cruzes**. São Paulo, 2000. [Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Depto. de Nutrição].
140. Suchs, C. **São Paulo, Políticas Públicas e Habitação Popular**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
141. Susin, L.R.O.; Giugliani, E.R.J.; Kummer, S.C.; Maciel, M.; Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Rev. Soc. Bol. Ped.** 1999; 38 (Supl.1).
142. Stabe, C. **Retenção de Peso Pós-Gestacional e Aleitamento Materno**. São Paulo, 2002. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Depto. de Nutrição].

143. Sullivan, SA; Birch, LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. **Pediatrics** 1994; 93:271-7.
144. Szwarcwald, CL; Leal, MC; Andrade, CLT; Souza Jr, PRB. Estimação da Mortalidade Infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (6): 1725-36, nov-dez, 2002.
145. Tawfeek, HI; Muhyaddin, OM; al-Sanwi, HI; al-Baety, N. Effect of maternal dietary vitamin C intake on the level of vitamin C in breastmilk among nursing mothers in Baghdad, Iraq. **Food Nutr Bull** 2002 Sep; 23 (3):244-7.
146. Touger-Decker, R. **Nutrição na Saúde Oral e Dental**. Em: Krause Alimentos Nutrição e Dietoterapia. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002.
147. Trahms, CM. **Nutrição na Lactância**. Em: Krause alimentos, nutrição & dietoterapia. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002.
148. Turano, W; Almeida, CCC. **Educação Nutricional**. Em: Gouveia, ELC. Nutrição, Saúde & Comunidade. 2ª. Edição. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
149. Vannucchi, H; Jordão Jr, AA. **Vitaminas Hidrossolúveis**. Em: Ciências Nutricionais.
150. Victora, CG; Smith PG; Vaughan J.P.; et al. Infant feeding and death due to diarrhea: a case-control study. **Am J Epid** 1989;129: 1032-41.
151. Victora, CG. **Intervenções para reduzir a mortalidade infantil**. **Rev Bras. Epidemiol**. Vol.4, n.1, 2001.
152. Vinagre, RD; Diniz, EMA. **O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

153. Vinha, VHP. **O Livro da Amamentação**. São Paulo: CLR Balieiro, 2002.
154. Volpe, EM; Bear, M. Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers through the Breastfeeding Educated and Supported Teen (BEST) Club. **J Hum Lact** 2000 Aug; 16 (3): 196-200.
155. Wessel, MA.; Jackson, EB; Harris, GS; Detwiler, AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "cólic". **Pediatrics**, 1954; 14:421-34.
156. Williams, SR; Trahms, CM. **Management of pregnancy complications and special maternal disease conditions**. In: Nutrition in Pregnancy and Lactation. Sixth edition. United States of America: MacGraw Hill, 1997.
157. Worthington-Roberts, BS. **Lactation: Basic Considerations**. In: Nutrition in Pregnancy and Lactation. Sixth edition. United States of America: MacGraw Hill, 1997.
158. Worthington-Roberts, BS; Rees, JM. **The Pregnant Adolescent: Special Concerns**. In: Nutrition in Pregnancy and Lactation. Sixth edition. United States of America: MacGraw Hill, 1997.
159. [WHO]. World Health Organization. **Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Conclusions and recommendations**. Document A54 INF.DOC./4, Geneva, 28-30 March 2001(a).
160. [WHO]. World Health Organization. **Global strategy for infant and young child feeding**. Document A54/7, Geneva, 9 April 2001(b).
161. [WHO]. World Health Organization. **Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast feeding**. *Ecol Food Nutr* 1990; 26:271-3.
162. [WHO] World Health Organization. **Weaning – from breast milk to family**

food. A guide for health and community workers. Geneva, 1988.

163. Zeman, CL; Kross, B; Vlad, M. A nested case-control study of methemoglobinemia risk factors in children of Transylvania. Romania. **Environ Health Perspect** 110p.817.
164. Ziegler, EE; Fomon, SJ. Nelson, SE et al. Cow milk feeding in infancy: Further observations on blood from the gastrointestinal tract. **J. Pediatr.**, v.116, p.11, 1990.
165. Zúñiga, HPP; Monteiro, CA. **Uma nova abordagem para a ascensão da mortalidade infantil da cidade de São Paulo nos anos 60: Em: Velhos e novos males da saúde no Brasil. Evolução do país e de suas doenças, 2^a. edição aumentada. São Paulo: Editora Hucitec – Nupens/USP, 2000.**

ANEXOS

ANEXO I

Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza

O conhecimento da gestante sobre alimentação infantil – Pesquisa desenvolvida pela aluna Sueli Aparecida Moreira Takushi para obtenção do título de mestre junto ao Depto de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública – USP

Nome:	Idade:
Endereço	Escolaridade:

1. A senhora já tem filhos com mais de 1 ano ?
 (0) (1) (2) (3)

2. Perdeu algum filho?
 Não Sim. Idade?.....

3. A senhora pretende amamentar ?
 sim não

4. Por quê?.....

5. Por quanto tempo a senhora pretende amamentar ?

Parte 2 – Período do Aleitamento

Pretende dar água ou chá? () Sim () Não

A partir de quando?

Pretende adoçar? () Não () Sim,

com.....

Outros líquidos? () Não () Sim.

Quais?.....

A partir de qual idade do bebê?

Pretende adoçar? () Não () Sim,

com

Outro leite? () Não () Sim.

Qual ?

A partir de quando?.....

Vai engrossar o leite ? () Não () Sim,

Vai adoçar o leite ? () Não () Sim,

Vai dar algum outro alimento? () Não () Sim
 Qual ?

.....
 A partir de quando ?

.....

Parte 3 – Período de Aleitamento Exclusivo

Até quando vai dar só leite do peito?

Vai dar água ou chá ao seu filho ?
 Não () Sim.

A partir de quando?.....

Vai adoçar ? () Não () Sim,

com.....

Vai oferecer outros líquidos? () Não () Sim.

Quais ?

A partir de quando ?

Pretende adoçar ? () Não () Sim,

com.....

Vai oferecer outro leite ao seu filho?
 Não () Sim

Qual ?

A partir de quando?.....

Quando a senhora vai dar outros alimentos ao bebê?.....

Quais são os alimentos que a senhora vai dar?

.....

Parte 4 – Período de Aleitamento Artificial

Qual leite a senhora pretende usar ?
.....

A partir de quando ?
.....

A senhora vai engrossar ? () não () sim,
com?.....

A senhora pretende adoçar ? () não () sim,
com?.....

Vai dar outros líquidos ? () Não () Sim.

Quais ?

A partir de quando?.....

Vai adoçar ? () Não () Sim,
com.....

Vai dar outros alimentos ao bebê ?
() Não () Sim.

Quais ?.....

A partir de quando?

Parte 5 – Quais são os Alimentos, quando e de que forma serão oferecidos ao seu filho?

Frutas	Idade	Oferta
•
•
•
•
Carnes	Idade	Oferta
•
•
•
•
Verduras de folhas	Idade	Oferta
•
•
•
Legumes	Idade	Oferta
•
•
•
•
Ovos	Idade	Oferta
•
•
Leite comum	Idade	Oferta
•
•
Alimentos da família	Idade	Oferta
• Arroz
• Feijão.....

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara Gestante

A alimentação das nossas crianças tem ocasionado muitas doenças, entre elas a diarreia, a anemia e a obesidade infantil.

A proposta deste estudo é saber um pouco mais sobre o que a senhora conhece e pretende adotar como alimentação do seu próximo filho.

Conhecer a sua opinião torna possível elaborar sugestões para que as futuras mães, assim como a senhora, possam melhorar ainda mais a alimentação dos seus filhos.

Para participar do estudo, é necessário responder a algumas perguntas sobre a alimentação que a senhora pretende adotar quando parar de amamentar o bebê no peito.

Fica esclarecido que as suas respostas, seu nome, endereço ou quaisquer outras informações obtidas não serão publicadas ou divulgadas e nem reveladas a outros profissionais de saúde e serão utilizadas apenas neste estudo.

Fica assegurado que a sua recusa em participar da pesquisa não implicará em nenhum prejuízo na assistência prestada por este Centro de Saúde para a senhora e nem para o seu filho.

Após a entrevista, a senhora receberá orientações sobre as eventuais dúvidas decorrentes das perguntas e respostas.

Fica esclarecido também que a senhora poderá desistir de participar da entrevista a qualquer momento, devendo apenas nos comunicar sua decisão.

Sueli Aparecida Moreira Takushi

Nutricionista

Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Professora Orientadora: Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo Avenida Doutor Arnaldo, 715 fone: 3066-7702

ANEXO III

DICAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL *

Nos primeiros 6 meses de vida, o leite materno fornece todos os nutrientes e líquidos para garantir a boa saúde do seu filho.

Após o 6º mês, para garantir um bom crescimento de seu filho, é importante que se dêem outros alimentos.

Cada família tem um hábito diferente mas é importante que se dêem frutas frescas para as crianças.

O primeiro alimento a ser oferecido ao seu filho pode, portanto, ser uma **fruta**. No início você pode oferecer a fruta em forma de suco, que poderá ser de laranja, laranja lima, tangerina, melão, melancia, por exemplo.

O suco de frutas representa uma grande mudança para o seu filho que estará muito acostumado ao leite do peito.

Acostumar o bebê à colher na hora de dar o suco poderá ser muito útil

na hora de oferecer a papinha de frutas.

A papinha de frutas

Logo que o seu filho estiver acostumado com o suco, você pode preparar a papinha de frutas para ele.

A primeira papinha de frutas poderá ser de banana, que é uma fruta macia e rica em nutrientes.

Para obter a papinha, basta você amassar a fruta, sem a casca, com o auxílio de um garfo ou colher até que ela se torne “pastosa”.

Assim que o seu filho estiver acostumado com a primeira papa, você pode preparar a papa com outras frutas, como o mamão, a maçã, a pêra, o figo, o caqui, a ameixa, por exemplo, sempre escolhendo frutas macias e da época.

Evite colocar açúcar na papa de frutas pois a fruta já contém açúcar natural.

Evite o liquidificador: O hábito de bater os alimentos no liquidificador impede que o bebê aprenda a mastigar.

A papinha de frutas poderá ser servida à criança em substituição à mamada do período da manhã.

Quando a criança já estiver acostumada com a papinha do período da manhã, acrescenta-se uma nova papinha de frutas, substituindo a mamada do período da tarde.

A seguir, pode ser introduzida a sopinha salgada do almoço e quando possível a sopinha do jantar.

A sopinha

A sopinha ou papinha salgada deverá conter uma boa fonte de proteínas (carne de boi ou frango ou miúdos).

A sopinha deverá conter uma fonte de energia: arroz ou macarrão ou batata comum, batata doce, mandioca, mandioquinha, inhame, cará, entre outras.

Deverá conter pelo menos uma verdura de folhas: couve ou escarola ou brócolis ou repolho ou acelga, entre outras.

Deverá conter, também, um ou mais legumes, como cenoura, abóbora, abobrinha ou chuchu.

Cozinhe os alimentos até a maciez com a menor quantidade de água possível.

Os alimentos cozidos devem ser amassados com o auxílio de um garfo. Evite o uso do liquidificador.

Não é necessário adicionar sal, caso queira fazê-lo, adicione apenas uma pitadinha.

Cozinhe com óleo de soja em fogo baixo e adicione o azeite de oliva somente depois que a sopa estiver pronta.

Alimentos da família

A partir do 1º ano de idade, o bebê estará pronto para receber os alimentos que são servidos para toda a família como, por exemplo, o feijão, a lentilha, o peixe, a beterraba, o espinafre, o mel entre outros.

Os ovos

A gema do ovo pode ser oferecida ao bebê a partir do 7º mês de vida, cozida e até duas na semana.

A clara só deve ser oferecida à criança após o 10º mês de vida porque pode ocasionar alergia. A clara só vai nutrir a criança se for cozida e estiver firme.

Alimentos industrializados

A salsicha, a lingüiça, o presunto o salame, a mortadela contém conservantes e não devem ser usados na alimentação da criança e nem adicionados à sopinha, durante o primeiro ano de vida.

Evite refrigerantes ou líquidos durante as refeições para não acostumar o apetite da criança.

O leite

O leite de vaca só deve ser usado na alimentação do seu filho depois que ele completar um ano de idade ou mais.

O leite mais indicado é o leite integral fresco, tipo B, pois contém a gordura de que o bebê necessita para o seu crescimento.

Higiene

Assegure-se que todos os utensílios utilizados na alimentação do seu filho estejam limpos e que todos os alimentos oferecidos ao seu filho estejam fresquinhos.

*** Este documento faz parte da Pesquisa realizada durante o curso de Mestrado junto ao Depto de Saúde Materno Infantil FSP-USP pela aluna Sueli Aparecida Moreira Takushi**
Telefone para contato:
(11) 3066-7703

ANEXO IV



Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/201/01

12 de setembro de 2001

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou** em sua 7.ª/01 Sessão Ordinária, realizada em 11.09.01, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o protocolo de pesquisa n.º 571, intitulado “O CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL: DO LEITE MATERNO À DIETA HABITUAL DA FAMÍLIA. UMA ABORDAGEM A SER DESENVOLVIDA DURANTE O SERVIÇO DE PRÉ-NATAL EM CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA”, apresentado pela pesquisadora Sueli Aparecida Moreira.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP