

EXAME FÍSICO DE ABORDAGEM PARA DIAGNÓSTICO DE PERFIL NUTRICIONAL DE CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO ATENDIDAS PELO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA MESORREGIÃO DA ZONA DA MATA – MG, BRASIL

NUTRITIONAL PROFILE OF CHILDREN IN BREASTFEEDING CATERED BY THE PUBLIC HEALTH SERVICE OF THE MUNICIPALITY OF MESOREGION ZONE OF MATA – MG, BRAZIL

SÁVIA FRANCKLIN MANSUR¹, VALDÊNIA GOMES ROCHA², TAMIRES RIBEIRO DUTRA², LAMARA LAGUARDIA VALENTE ROCHA^{3*}, WELLINGTON DE SOUZA MATA⁴

1. Graduada em Nutrição pela UFV; Mestre em Meio Ambiente e Sustentabilidade e docente pelo Centro Universitário de Caratinga – UNEC; 2. Discente do curso de Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga – UNEC. 3. Graduada em Ciências biológicas pela UFMG; Mestre em Biologia Celular pela UFMG; Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV; docente titular do Centro Universitário de Caratinga – UNEC; 4. Bacharelado em Medicina e Residência em Pediatria (Centro Universitário de Caratinga - UNEC), Graduado em Ciências Biológicas (UFMG), Mestre em Microbiologia (UFMG) e Doutor em Biologia Celular e Estrutural (UFV). Professor e Coordenador do Curso de Bacharelado em Medicina - UNEC.

* Vila Onze, N. 36, Centro, Caratinga/MG, CEP:35300-100. E-mail: lamara.laguardia@gmail.com

Recebido em 16/02/2016. Aceito para publicação em 05/04/2016

RESUMO

O presente estudo buscou identificar a prevalência de crianças de zero a 6 meses de idade em aleitamento materno exclusivo (AME), atendidas nas ESF rurais e urbanas, de um Município pertencente a mesorregião da Zona da Mata, Minas Gerais, e sua associação com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais das famílias. Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, que utilizou questionários e entrevistas para obter as informações. A amostra foi constituída por 185 crianças com até 6 meses de idade, de ambos os sexos, as quais foram separadas em grupos: ESF rural e urbana. Os resultados foram inicialmente apresentados como dados descritivos utilizando gráficos e tabelas de percentuais. As associações entre os dados foram realizadas por meio do teste de qui-quadrado, sendo consideradas diferenças significativas para $P < 0,05$. Foi constatado que as crianças amamentadas exclusivamente são mais frequentes no meio urbano (33%), do que no meio rural (16%). Em relação ao perfil nutricional das crianças avaliadas, observou-se frequências diferentes em relação às classificações. Esse comportamento tem claramente determinado a ocorrência precoce de distúrbios nutricionais, o que poderá contribuir para o estabelecimento de um problema que se transformará em um grande desafio para os responsáveis pela saúde pública do município estudado.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação, nutrição, fatores socioeconômicos, culturais e ambientais.

ABSTRACT

This present study sought to identify the prevalence of children from birth to 6 months of age on exclusive breastfeeding (EBF)

or not seen at ESF, rural and urban, a municipality belonging to the middle region of Zone of Mata, Minas Gerais, and its association with socioeconomic, cultural and environmental conditions of families. This is a qualiquantitative research, which used questionnaires and interviews to obtain information. The sample consisted of 185 children under 6 months of age, of both sexes, which were separated into groups: rural and urban ESF. The results were initially presented as descriptive data using graphs and percentage tables. The associations between the data was performed using chisquare test, considering significant differences for $P < 0.05$. It has been found that children exclusively breastfed are more frequent in urban areas (33%) than in rural areas (16%). Regarding the nutritional status of the children and their origins, it observed different frequencies in relation to the ratings. This behavior has clearly determined the early occurrence of nutritional disorders, which may contribute to the establishment of a problem that will become a major challenge for those responsible for public health in the municipality studied.

KEYWORDS: Breast-feeding, nutrition, socioeconomic, cultural and environmental factors.

1. INTRODUÇÃO

O nível de desenvolvimento de um país pode ser avaliado analisando-se taxas e indicadores referentes ao

segmento infante-juvenil como alfabetização, mortalidade infantil e escolaridade, entre outros importantes aspectos das condições de vida dessa população que são fundamentais para se conhecer o bem-estar de uma nação¹.

Cerca de 26 mil crianças menores de 5 anos morrem por dia em todo o mundo, sendo a maioria por causas evitáveis. Mais de 30% dessas mortes ocorrem durante o primeiro mês de vida. As principais causas de morbimortalidade ainda são infecções respiratórias ou diarreicas que atualmente já não constituem ameaças aos países industrializados. Tais doenças podem ser facilmente evitadas por meio de vacinas².

Em um relatório publicado pela OMS e UNICEF³ em setembro de 2015, denominado de *Levels and Trends in Child Mortality Report*, demonstra queda de 73% da mortalidade infantil no Brasil, em comparação com 1990, superando a média mundial de 53%. O sucesso brasileiro está pautado na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com foco na atenção primária à saúde, na melhoria no atendimento materno e ao recém-nascido, assistência à saúde no nível comunitário, além da implementação de programas de transferência de renda como “o bolsa família”⁴.

O aleitamento materno representa o alimento ideal para crianças nos primeiros meses de vida. Com base em evidências científicas, existe a recomendação da prática de aleitamento materno exclusivo por 6 meses, além de sua manutenção até os dois anos ou mais de vida⁵.

Estudos demonstram que crianças amamentadas exclusivamente ao seio são menos acometidas por doenças como diarreia, desidratação e diminui o risco de hospitalização por pneumonia. Entre outras vantagens, estão os ganhos na área cognitiva e a proteção contra doença atópica⁶.

Todavia seus benefícios vêm carregados de uma série de fatores que geram na mãe grandes incertezas: “meu leite sustenta meu bebê?”. Ao se deparar com tal dúvida, ela se entrega a mitos e culturas no intuito de suprir qualquer necessidade de seu filho, não se importando com saberes técnicos ou teorias já provadas.

Diante de tamanha importância o presente estudo buscou identificar a prevalência de crianças de zero a 6 meses de idade em aleitamento materno exclusivo ou não, atendidas nas Estratégias de Saúde da Família – ESF, rurais e urbanas, de um Município pertencente a Zona da Mata, Minas Gerais, e sua associação com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais das famílias.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo caracterizou-se como pesquisa qualitativa e descritiva que utilizou dados secundários provenientes da rotina do Setor de Nutrição da Secretaria Municipal de um município da Zona da Mata, MG, no

período de julho a setembro de 2010. A partir das 340 crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos 17 ESFs, aplicou-se a fórmula de Barbetta⁷, chegando a um resultado de 185 crianças.

Após a definição amostra, trabalhou-se com os dados obtidos através de um roteiro de entrevista dirigido as mães, cujo objetivo era avaliar o consumo alimentar das crianças menores ou igual a 6 meses de idade, durante o desenvolvimento do Programa “Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável” (ENPACS) pela equipe de Nutrição.

Foram considerados os dados obtidos nas 185 entrevistas, sendo que, em cada ESF foram realizada uma média de 11 entrevistas, sendo incluídas crianças de 0 a 6 meses, de ambos os sexos, separadas em grupos de acordo com a origem rural ou urbana. Foram excluídas da amostra crianças com idades superior a 6 meses e aquelas que não foram entrevistadas nas ESF durante o período de treinamento da ENPACS, ocorrido no início do primeiro semestre de 2010, em todas as ESF.

As categorias de amamentação utilizadas foram às recomendadas pela OMS⁸ como aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

Para atender aos objetivos, os dados secundários foram coletados da rotina de trabalho do Setor de Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde. Os registros pesquisados informam sobre peso, estatura, idade, sexo das crianças, por quanto tempo foram amamentadas, se houve introdução de chá e outros alimentos durante o período de amamentação.

De posse dos dados antropométricos, foi realizada a avaliação nutricional, utilizando-se os critérios adotados pelo Ministério da Saúde⁹.

Para descrever a situação do aleitamento exclusivo, foram obtidas informações conforme o roteiro de entrevista adaptado do Ministério da Saúde - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional¹⁰.

Para o cálculo da prevalência de crianças em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) dividiu-se o número de crianças que se alimentaram exclusivamente de leite materno, na idade considerada (30, 120 ou 180 dias), pelo número total de crianças residentes, no município, multiplicando-se em seguida por 100¹¹.

Foram respeitados os cuidados éticos de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹² e obtida a autorização do Gestor da Secretaria Municipal de Saúde.

Os resultados, inicialmente, foram apresentados como dados descritivos (percentuais médios), caracterizando a amostra de forma geral. Posteriormente, foi feita análise dos dados quantitativos através do teste de qui-quadrado, associando-se as variáveis dependentes e independentes e considerando significativas as diferenças em $p < 0,05$.

Para esta análise, a amostra foi dividida em grupos,

conforme diferentes critérios, como a origem urbana ou rural, faixa etária e o tipo de amamentação. Os resultados foram apresentados com percentuais em tabelas de contingência.

Os resultados qualitativos referentes às respostas obtidas em entrevistas foram utilizados como ferramentas importantes na discussão dos resultados e apresentados como citação direta das respostas das mães, considerando os hábitos e costumes alimentares no cuidado de seus filhos em fase de aleitamento.

3. RESULTADOS

Foram realizados 117 questionários de crianças do meio urbano e 68 do meio rural, o que totalizou uma amostra de 185 crianças. Deste total, ao se considerar a origem rural ou urbana, observou-se que 63% das crianças de 0 a 6 meses eram oriundas do meio urbano e 37% provenientes do meio rural.

Em relação ao gênero, obtiveram-se percentuais semelhantes no meio rural e urbano, com 49% das crianças do sexo masculino e 51% do sexo feminino. Quanto à faixa etária, a média de idade no meio rural foi de 2,8 meses, muito próxima ao encontrado na área urbana que foi de 3,0 meses. Em ambas as áreas a idade mínima foi de 15 dias e a máxima de 6 meses.

Quanto ao IMC, 69% das crianças do meio rural e 64% do urbano são predominantemente eutróficas. Identificaram-se percentuais maiores para BIMCPI (9%) e OBE (18%) no meio urbano em comparação ao meio rural (BIMCPI: 4% e OBE: 12%). Quanto ao SOB, percentuais maiores foram encontrados no meio rural (15%) em relação ao urbano (9%) (Figura 1).

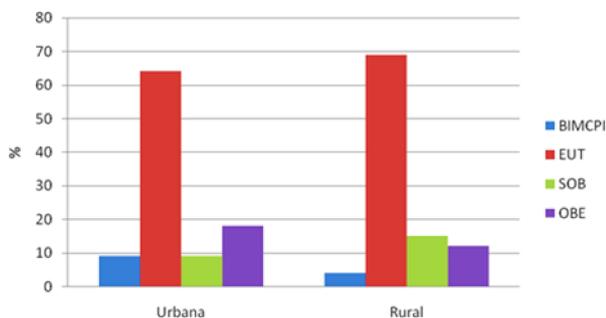


Figura 1. Percentual do estado nutricional de crianças entre 0 a 6 meses conforme a origem urbana (n=117) e rural (n=68). Legenda: BIMCPI: Baixo IMC para a idade, EUT: eutrófico, SOB: sobrepeso, OBE: obesidade.

Pela Figura 2, observa-se que a introdução de outros alimentos associados ao leite materno ocorre desde os trinta primeiros dias de vida. Uma variedade maior de alimentos passa a ser consumida a partir de 60 dias de vida, em percentuais diferentes conforme a origem rural ou urbana. Desta maneira, aos trinta dias, um maior número de crianças do meio rural (55%) ingerem chás em comparação como as do meio urbano (34%), além do

maior consumo de fórmulas infantis no meio urbano (18%) do que no rural (11%).

A partir de 31 a 120 dias, há introdução de papa salgada e de frutas em ambos os grupos, continuando o chá e as preparações lácteas em destaque. Nesta faixa etária, as crianças do meio rural passam a ingerir percentuais maiores para preparações lácteas (65%) e de papa salgada (19%) do que a do meio urbano (57% e 13%, respectivamente). Em relação às frutas, as crianças do meio urbano (18%) consomem uma maior quantidade do que as do meio rural (16%) (figura 2).

As crianças com idade entre 121 a 180 dias apresentam maior consumo de papa salgada (86%) e chás (71%) no meio rural, quando comparados com as do meio urbano (75% e 45%, respectivamente). A ingestão de frutas é mais frequente no meio urbano (80%) do que no meio rural (50%).

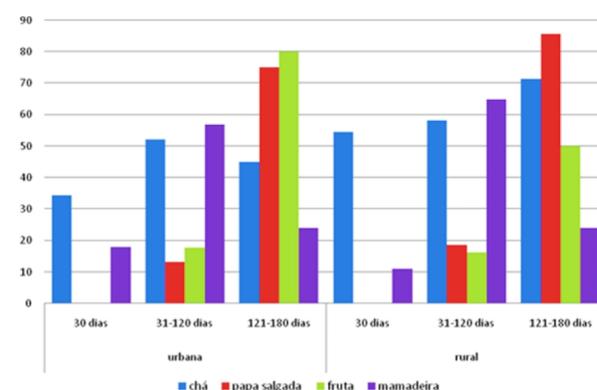


Figura 2. Ingestão de outros alimentos por crianças entre 0 a 6 meses de idade em aleitamento materno conforme a idade e a origem urbana (n=117) ou rural (n=68).

O consumo de farináceo na área rural tornar-se maior do que no meio urbano à medida que as crianças atingem a idade de 180 dias. Assim, aos trinta dias do nascimento, o consumo deste tipo de alimento foi maior entre as crianças do meio urbano (13%) do que aquelas da área rural (2%).

Dos 31 aos 120 dias de vida, os percentuais daquelas que utilizam o farináceo se equivalem ao se considerar sua origem rural (59%) ou urbana (61%).

Consumo maior deste alimento é observado nas crianças com idade de 121 a 180 dias oriundas da zona rural (36%) em relação aos valores obtidos para a zona urbana (26%) (Figura 3).

Conforme mostra a figura 3, a oferta de fórmula infantil às crianças aos trinta dias de vida é maior no meio urbano do que no meio rural. Na faixa etária de 31-120 dias, este consumo aumenta nas duas populações, com valores maiores na zona rural. Aos 121-180 dias de idade, em ambos os meios, há uma diminuição na ingestão de fórmula infantil, embora o meio rural mostre uma ligeira superioridade em seu consumo.

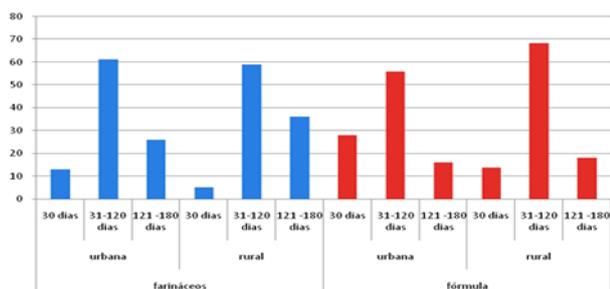


Figura 3. Percentual de crianças de 0 a 6 meses de idade em aleitamento materno complementado com farináceo ou fórmula conforme a origem urbana (117) e rural (68).

A partir da associação entre o estado nutricional da criança em aleitamento materno distribuídas conforme a origem rural (n=68) ou urbana (n=117) verifica-se que há maior percentual de crianças com o estado nutricional classificada como BIMPI, no meio urbano que no meio rural. A maioria das crianças de ambos os meios apresentaram-se como eutróficas. Em relação ao SOB, sua frequência foi maior no meio rural. A obesidade (OBE) ocorre entre as crianças do meio urbano e rural com valores acima de 10% (18 e 12, respectivamente).

Ainda de acordo com esses dados, registra-se que, independente da origem da criança, o baixo peso não representa o maior problema de saúde pública no município, mas sim as altas taxas de sobrepeso e obesidade. O Qui-quadrado calculado foi de 20,46 e é significativo para a associação entre as variáveis estudadas, indicando que a frequência de crianças agrupadas conforme o estado nutricional diferiu em relação à origem da criança.

Além disso, foi realizado teste estatístico para determinar as possíveis associações entre a introdução precoce de outros alimentos e a faixa etária segundo a origem rural e urbana.

Não houve significância para a maioria dos alimentos, exceto para a oferta de chás que apresentou um Qui-quadrado de 41,29 sendo significativo, indicando que a frequência de crianças agrupadas conforme o estado nutricional diferiu em relação à sua origem.

Pode-se constatar, pela tabela 1, que à medida que os meses se passam, as crianças do meio urbano melhoram o seu estado nutricional. Em 15-120 dias, 10% das crianças foram classificadas como BIMCPI, que diminui a metade quando comparado com a idade de 121 a 180 dias. As crianças eutróficas predominam em todas as faixas etárias consideradas, com expressivo aumento a partir dos 121 dias. O SOB apresenta uma melhora discreta, diminuindo de 19 para 15 pontos percentuais no período de 121 a 180 dias, permanecendo ainda com percentual elevado. A OBE se mostra diferente, passando de 9 para 5% nessa mesma faixa etária.

A área rural mostrou que à medida que o tempo passa as crianças têm uma piora no estado nutricional: o

BIMCPI eleva-se de 4 para 7% quando visto no período de 121-180 dias. A eutrofia diminui 5 pontos percentuais, o SOB aumenta de 13 para 21% e a obesidade cai com o passar do tempo, indo de 13 para 7%.

Considerando estas diferenças do perfil nutricional, pretendeu-se também avaliar as possíveis relações existentes entre a amamentação exclusiva e não exclusiva com a realidade descrita até aqui. Assim, associou-se inicialmente o tipo de amamentação com a origem da criança e idade entre 15 a 180 dias.

O meio urbano mostra-se melhor resultado em relação à amamentação exclusiva (33%) quando comparado com o meio rural (16%). No entanto, tanto no meio rural (80%) quanto no meio urbano (60%), são elevados os percentuais para amamentação não exclusiva. O Qui-quadrado calculado nesse caso foi de 7,81 e é significativo para a associação entre as variáveis estudadas, pois indica que a frequência de indivíduos com sobrepeso variou conforme a origem e o número de dias de vida.

O tempo de aleitamento materno exclusivo apresentou percentuais semelhantes, com 81% no meio rural e 83% no urbano.

Tabela 1. Associação entre o estado nutricional e dias de vida das crianças em aleitamento materno de com área urbana (n: 117) e da área rural (n:68).

Área	Classes ^a	15-120 dias	121-180 dias	Qui-quadrado ^b
Urbana	BIMCPI	10	5	5,4
	EUT	62	75	6,0
	SOB	19	15	4,8
	OBE	9	5	4,6
				TOTAL: 60,26
Rural	BIMCPI	4	7	1,1
	EUT	70	65	0,2
	SOB	13	21	1,9
	OBE	13	7	1,8
				TOTAL: 129,18

a: Qui-quadrado para área urbana de 60,26 e para área rural de 129,18 são significativos para a associação entre as variáveis estudadas; b: Valor de Qui-quadrado significativo indicando que a frequência de indivíduos agrupados conforme o estado nutricional variou conforme o número de dias de vida; Legenda: BIMCPI: Baixo IMC para idade, EUT: eutrófico; SOB: Sobrepeso; OBE: Obesidade.

4. DISCUSSÃO

Em pesquisa sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo em municípios brasileiros, na região Sudeste, a maioria dos municípios, apresentou prevalência de AME em crianças menores de seis meses inferiores à média do Brasil (41%)¹³. No estado de Minas Gerais, cerca de 40% dos municípios tiveram prevalências superiores à média nacional, todavia, o município de Belo Horizonte apareceu com o percentual de AME de 37,9%. A média do AME para a região Sudeste, segundo e mesma pesquisa, foi de 39,4%.

No presente estudo o meio urbano e rural apresentaram percentuais inferiores à média nacional e estadual.

Esta constatação nos leva a repensar as políticas públicas de saúde para o AME no município pesquisado.

Não foi possível estabelecer na presente pesquisa as possíveis relações entre grau de escolaridade, renda das mães e a prevalência de AME conforme a origem. No entanto, foi possível obter-se uma visão do que pensam sobre a amamentação e as dificuldades com o AME. Assim, observaram-se falas como estas:

“O leite não deu. O posto mandou dar Nan, mas o sobrinho que tomou ficou desnutrido. Hoje ele tá tomando Nutribon (...). Dei chazinho com dois meses. Minha mãe que deu. Foi pra acalmar.” (M1; ESF rural).

“Passei muito aperto com minha mãe e minha sogra. Elas falavam comigo que o peito não sustentava e por isso ela chorava tanto. Foi muito difícil, mas consegui. Nunca dei chá. A enfermeira me ensinou que não precisava dá.” (M19; ESF rural).

Na fala da mãe M1 e de outras entrevistadas, a cultura do “chazinho” é fortemente evidenciada e influenciada na família. O chá é utilizado como calmante e como medicamento.

Com a fala da M19, percebemos que a influência do saber popular é grande e significativa, todavia, esta cultura consegue ser vencida pelo saber do profissional de saúde. Assim, acredita-se ser possível promover mudanças quando há informação adequada para o usuário.

As mães de países em desenvolvimento costumavam complementar o AME com chás durante as primeiras semanas de vida, pensando que esse possuísse efeitos terapêuticos. Para que essa conduta fosse efetiva, seria necessária a ingestão de grandes volumes e isso poderia representar um fator de risco importante para o desmame precoce. Além disso, a oferta de chás está associada com diarreia, elevando o risco de morbimortalidade infantil¹⁴.

Considerando ainda outros depoimentos, observaram-se também dificuldades para o AME relacionadas à crença de que o leite materno não sustenta a criança:

“Dei Nutribon com leite em pó, após amamentar no peito. Ele tinha 1 mês e meio. Ele chorava muito e eu ouvia a barriga roncar” (M3; ESF urbana)

A mãe M3 demonstra claramente a insegurança quanto ao leite materno ser insuficiente para o desenvolvimento do bebê, acrescentando os outros alimentos após a mamada. A justificativa da mãe chega a ser apelativa ao dizer que de sua criança “ouvia a barriga roncar”.

Outro fator detectado que interfere no processo do AME foi a introdução de alimentos como papa salgada e outros com valor calórico maior baseado em valores culturais, como observado na fala a seguir:

“Dei comidinha pra ela com 2 meses. Ela viu e fiquei com medo dela aguar. Só foi caldo de feijão com

anguzinho” (M8; ESF rural).

A fala da M8 explicita a cultura do “aguar”, “ficar sentido”. Isto nos reporta a fase oral da criança, onde tudo o que vê tem o desejo de levar à boca, infelizmente esta conduta leva ao desmame precoce devido à introdução de outros alimentos muito cedo.

As maiorias das mães também relatam a introdução de frutas na alimentação de suas crianças sob a orientação do profissional de saúde. Torna-se clara a influência desse profissional na conduta das mães do meio urbano, o que não se percebeu nas mães do meio rural, onde a cultura se sobrepôs ao conhecimento em saúde.

Desta maneira, a partir da análise das falas, verifica-se que uma série de fatores contribuiu para que as mães optassem por outros alimentos em lugar do leite materno como influência cultural e de familiares mais experientes que criaram seus filhos com a introdução de chás.

A ideia de que o leite não sustenta por ser fraco e o impulso de trocá-lo por algo “maior” para que a criança pare de chorar e não venha a ficar com fome, como visto nesse estudo, também foi relatado por diversos autores em um estudo de revisão realizado por Marques¹⁵.

Apesar da OMS¹⁶ e o Ministério da Saúde¹⁷ recomendarem não oferecer qualquer outro tipo de alimento antes dos 6 meses de vida, a presente pesquisa observou a ocorrência do contrário. Outros autores também demonstram este fato^{18,19} afirmando ser comum em nosso meio a introdução precoce de outros tipos de alimentos, principalmente o leite de vaca integral e o leite em pó modificado.

O excesso de peso na população infantil já é considerado um desvio nutricional relevante por sua proporção e frequência²⁰. Entretanto, no Brasil, ainda são poucos os estudos que apuraram a associação entre aleitamento materno e sobrepeso e obesidade infantil. Discute também que, quanto maior o tempo de duração do aleitamento materno, maior a proteção contra sobrepeso e obesidade, sugerindo que o aleitamento materno prolongado por mais de 24 meses de vida é fator de proteção contra estes estados nutricionais²¹.

5. CONCLUSÃO

Apesar de todas as recomendações dos órgãos de defesa da saúde da criança em manter o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, pode se observar altos índices de descumprimento destas orientações, principalmente no meio rural. A introdução precoce de alimentos não nutritivos como chás, pode influenciar no aparecimento da obesidade infanto-juvenil. Esse comportamento tem claramente determinado a ocorrência precoce de distúrbios nutricionais, o que poderá contribuir para o estabelecimento de um problema que se transformará em um grande desafio para os responsáveis

pela saúde pública do município estudado.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2009.
- [2] Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação mundial da infância 2008, Sobrevivência infantil. 2008; 164.
- [3] Organização Mundial de Saúde (OMS); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Levels and Trends in Child Mortality, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Report. 2015; 36.
- [4] Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report. 2013; 56.
- [5] World Health Organization (WHO). Global strategy on infant and young child feeding. 2002; 36.
- [6] Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva M B, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. *J. Pediatr.* 2006; 82(4):289-94.
- [7] Barbata PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 5 ed. Florianópolis: UFSC; 2002.
- [8] World Health Organization (WHO); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6 -8 in Washington. 2007; 26.
- [9] Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica, Material preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- [10] Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Formulário de marcadores do consumo alimentar - crianças menores de 5 anos de idade. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- [11] Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007; 53(6): 520-4.
- [12] Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Publicada no Diário Oficial em 10 de outubro de 1996. [citado em 2011 Maio]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html
- [13] Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros. Situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [14] Junqueira JM, Navarro AM, Cintra RMGC, Dias LCGD. Padrão alimentar de crianças brasileiras menores de 2 anos de idade: uma visão crítica. *Rev. Simbio-Logias.* 2008; 1(1).
- [15] Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência&SaúdeColetiva.* 2011; 16(5):2461-68.
- [16] World Health Organization (OMS). The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation. Geneva; Switzerland. 2001; 10.
- [17] Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- [18] Cecchetti DFA, Moura EC. Prevalência do aleitamento materno na região noroeste de Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev. Nutr.* 2005; 18(2):201-08.
- [19] Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler, VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de Saúde da Família-PSF. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005; 13(3):407-14.
- [20] Simon VGN, Souza JMP, Leone C, Souza SB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo. *Rev Bras Crescimento DesenvolvHum.* 2009; 19(2):211-18.
- [21] Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(1):60-9.