

Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia*

doi: 10.5123/S1679-49742015000300012

Feeding practices and factors associated with early introduction of complementary feeding of children aged under six months in the northwest region of Goiânia, Brazil

Raquel Machado Schincaglia

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Nutrição, Goiânia-GO, Brasil

Amanda Cristine de Oliveira

Universidade Federal de Goiás, Hospital das Clínicas, Goiânia-GO, Brasil

Lucilene Maria de Sousa

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Nutrição, Goiânia-GO, Brasil

Karine Anusca Martins

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Nutrição, Goiânia-GO, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar as práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses, nascidas em maternidade na região noroeste de Goiânia, Goiás, Brasil. **Métodos:** estudo transversal, realizado de agosto de 2005 a fevereiro de 2007; investigou-se a introdução precoce da alimentação complementar e fatores sociodemográficos, gestacionais, maternos, relativos à criança e consumo alimentar; foram estimadas razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}), por regressão de Poisson com ajuste robusto de variância. **Resultados:** foram avaliadas 362 crianças, das quais 95,3% receberam precocemente água (77,5%), frutas (62,7%), sucos (57,2%) e comida de sal (55,1%); após análise ajustada, encontrou-se maior prevalência do desfecho nas crianças de mães fumantes (RP=1,02; IC95% 1,01;1,04), enquanto essa prevalência foi menor em primíparas (RP=0,97; IC95% 0,95;0,99). **Conclusão:** a prevalência da introdução precoce da alimentação complementar foi elevada, associada a fatores ambientais e gestacionais.

Palavras-chave: Lactente; Aleitamento Materno; Alimentação Complementar; Saúde Materno-Infantil; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to analyze feeding practices and factors associated with early introduction of complementary feeding of children aged under six months born in a maternity hospital in the northwest region of Goiânia, Goiás, Brazil. **Methods:** cross-sectional study conducted between August/2005 and February/2007; early introduction of complementary feeding was investigated (outcome of interest) and possible associated factors (sociodemographic, maternal, pregnancy, child-related and food consumption variables); the prevalence ratio was determined using a Poisson regression model with robust adjustment of variance. **Results:** 362 children aged under six months were assessed and it was found that 95.3% of children received water (77.5%), fruit (62.7%), juices (57.2%), and savoury food (55.1%) early; after adjusted analysis outcome prevalence was higher among children of mothers who smoked (PR=1.02; CI95%: 1.01;1.04) and lower in primiparous mothers (PR=0.97; CI95%: 0.95;0.99). **Conclusion:** prevalence of early introduction of complementary feeding was high and associated with environmental and gestational factors.

Key words: Infant; Breast Feeding; Supplementary Feeding; Maternal and Child Health; Cross-Sectional Studies.

* Esse artigo é produto da monografia de Raquel Machado Schincaglia e Amanda Cristine de Oliveira, intitulada 'Caracterização da alimentação de crianças menores de seis meses nascidas na maternidade nascer cidadão em Goiânia, Goiás', defendida junto à Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás em 2013.

O estudo recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (CNPq/MCTI) e do Ministério da Saúde – Processo no 505759/2004-7 –, além do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Centro-Oeste (CECAN-RCO)/Ministério da Saúde.

Endereço para correspondência:

Raquel Machado Schincaglia – Rua 227, s/n, Quadra 68, Setor Leste Universitário, Goiânia-GO, Brasil. CEP: 74605-080
E-mail: raquelms@outlook.com

Introdução

Entre os aspectos que interferem na saúde da criança, destacam-se a alimentação e a nutrição. O aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, com inserção gradativa de alimentos complementares após esse período, é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹

O aleitamento materno configura-se como elemento essencial para (i) garantir o crescimento e o desenvolvimento psicológico e motor adequados, (ii) atender as necessidades nutricionais da criança, (iii) propiciar fatores de promoção e proteção para a saúde materno-infantil, (iv) reduzir a morbimortalidade na primeira infância, (v) aumentar o vínculo afetivo e (vi) reduzir o dispêndio financeiro.¹⁻³ Quando a amamentação é realizada na primeira hora após o parto, pode diminuir consideravelmente os riscos de mortes neonatais, o que representa um indicador de excelência dessa prática.^{4,5}

O início da alimentação complementar precocemente, ou seja, anteriormente ao sexto mês de vida da criança, relaciona-se ao aumento de risco e da frequência de infecções gastrointestinais.

A transição entre o aleitamento materno exclusivo e a introdução de alimentos variados na alimentação da criança pode trazer intercorrências, principalmente quando a oferta é realizada antes do completo desenvolvimento fisiológico.⁶ O início da alimentação complementar precocemente, ou seja, anteriormente ao sexto mês de vida da criança,² relaciona-se ao aumento de risco e da frequência de infecções gastrointestinais, devido à diminuição dos fatores protetores do leite materno e à introdução de água e alimentos contaminados. Nesse período, a diarreia tem sua frequência aumentada e pode propiciar a desnutrição, comprometendo o sistema imunológico. O lactente desnutrido torna-se mais susceptível a adquirir outras enfermidades, estabelecendo-se um ciclo de desnutrição e infecção que aumenta a mortalidade infantil.⁷

Dados da 'II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal'⁸ revelaram mudanças positivas na prevalência de AME em crianças menores de quatro meses: na macrorregião Centro-Oeste, de 40,8 para 55,1%, e no município

de Goiânia, capital do estado de Goiás, de 23,7 para 41,2%, no período de 1999 a 2008. Tal condição, todavia, encontra-se muito aquém da recomendação dos órgãos oficiais.^{1,2} Somando -se a isto, destaca-se também a introdução precoce de água, chás, sucos e comida de sal, logo no primeiro mês de vida.⁸

O objetivo deste trabalho foi analisar as práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses nascidas em maternidade na região noroeste de Goiânia-GO, Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, aninhado a uma coorte: 'Fatores determinantes da duração do aleitamento materno na região noroeste de Goiânia'. Ou seja, os resultados apresentados no presente trabalho provêm de recorte seccional.

O estudo foi conduzido entre agosto de 2005 e fevereiro de 2007. Neste período, o número de habitantes de Goiânia era estimado em 1.200.000. Destes, 10,0%, aproximadamente, residiam na região noroeste, localizada a 18 km do centro da cidade e representada por uma população de baixo poder aquisitivo. Destaca-se, como critério para a escolha do noroeste do município como objeto do presente estudo, o fato de contar com uma única maternidade pública – certificada como Hospital Amigo da Criança –, responsável pelo atendimento da maioria das gestantes moradoras da região e áreas de abrangência.⁹

O tamanho amostral total do projeto matriz, datado de 2004, foi calculado assumindo-se o número de 2.909 nascidos vivos na região, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), uma prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 30 dias de 27,0%,¹⁰ nível de significância (α) de 5,0%, margem de erro de 2,5 pontos percentuais, intervalo de confiança de 95,0% (IC_{95%}) e perda prevista para estudo longitudinal de 30,0%, totalizando 362 recém-nascidos de ambos os sexos.

Realizou-se o convite às mães para participarem do estudo considerando-se a ordem de internação para o parto. Foram incluídas crianças nascidas vivas a termo, de mães que residiam na região noroeste de Goiânia-GO. Foram excluídas mães com complicações obstétricas na gestação e/ou parto ou de partos gemelares, além daquelas com problemas de saúde que impedissem

ou dificultassem a amamentação. Mãe e criança foram acompanhadas no domicílio aos 30, 120 e 180 dias de vida da criança ou até a interrupção da amamentação.

Para realização deste estudo, as mães foram entrevistadas mediante aplicação de um questionário padronizado exclusivamente para a pesquisa, constituído de questões objetivas.⁹ Foram investigadas as seguintes variáveis:

Sociodemográficas

- renda *per capita* mensal (em salário mínimo: <0,5; 0,5 a 1,0; >1,0); e
- sexo (masculino ou feminino);

Maternas

- fumante e/ou etilista após o parto (sim ou não; foram consideradas fumantes e/ou etilistas as mães que consumiram tabaco e/ou bebidas alcoólicas após o parto em qualquer quantidade);
- idade (em anos: <20; 20 a 35; >35);
- situação conjugal (com ou sem companheiro);
- escolaridade (em anos de estudo: ≤4; 5 a 8; 9 a 12; ≥12); e
- ocupação (trabalhava fora ou em casa);

Gestacionais

- fumante e/ou etilista durante a gestação (sim ou não; foram consideradas fumantes e/ou etilistas as mães que consumiram tabaco e/ou bebidas alcoólicas durante a gestação em qualquer quantidade);
- primiparidade (sim ou não);
- realização de pré-natal, (sim [para qualquer número de consultas] ou não);
- recebimento de informações sobre alimentação infantil durante o pré-natal (sim ou não);
- intervalo intergestacional (<24 ou ≥24 meses); e
- tipo de parto (vaginal ou cesariana);

Relativas à criança

- baixo peso ao nascer (sim [<2500 g] ou não [≥ 2500 g]);
- uso de chupeta (sim ou não); e
- uso de mamadeira (sim ou não); e

Alimentos consumidos

- água, chá, suco, fruta, leite, mingau e comida de sal.

O desfecho do estudo foi a introdução de qualquer alimento/bebida que não o leite materno em

idade inferior a seis meses. Para tanto, adotou-se as definições da Organização Mundial da Saúde¹¹ e do Ministério da Saúde do Brasil⁸ para (i) aleitamento materno exclusivo – AME –, condição na qual a criança recebe apenas o leite humano, sem outros líquidos ou alimentos semi-sólidos ou sólidos, excetuando medicamentos, (ii) aleitamento materno – AM –, condição na qual a criança recebe leite materno e outros alimentos, e (iii) desmame – interrupção total do aleitamento materno.

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel 2007[®]. Inicialmente, as variáveis foram expressas em frequências e/ou média e desvio-padrão. As estimativas das razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% – IC_{95%} – foram obtidas por meio de um modelo de regressão bruta e ajustada, por regressão de Poisson com ajuste robusto de variância e seleção hierarquizada de variáveis explanatórias (Figura 1).

O modelo hierarquizado deste estudo, apresentado na Figura 1, foi realizado conforme proposto por Victora e colaboradores,¹² em que as variáveis estudadas foram alocadas em três blocos: distal; medial, em dois níveis; e proximal. No ajuste do modelo, as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta foram inseridas na análise ajustada, do bloco distal para o proximal, na ordem crescente da magnitude de associação com o desfecho. Na análise múltipla, as variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na etapa de entrada permaneceram no modelo até o final, mesmo que tenham perdido sua significância em etapas posteriores e sido consideradas significativas as que apresentaram $p < 0,05$. Para tanto, foi utilizado o programa estatístico Stata versão 12.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Goiás: Protocolo nº 054/2004. Todas as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram convidadas 397 puérperas para participação no estudo. Houve 31 recusas maternas, três exclusões por endereço fora da área de abrangência e uma por preenchimento incompleto do formulário, totalizando 362 crianças. A amostra apresentou quantidade ligeiramente maior de crianças do sexo masculino e a maioria das famílias participantes detinham renda *per capita* menor que um salário mínimo (Tabela 1).

A média de idade materna foi de 23,3 anos (desvio-padrão: 5,2), sendo que a maioria encontrava-se entre 20 e 35 anos de idade e havia estudado oito anos ou menos. Quanto à ocupação materna, 78,0% não trabalhavam fora do lar e 79,1% coabitavam com o companheiro (Tabela 1). Aproximadamente quatro em cada cinco mães relataram não fazer uso de bebida alcoólica ou

tabaco em qualquer quantidade durante a gestação e nos primeiros seis meses de vida da criança (Tabela 1).

Em torno de 40,0% das mães participantes do estudo eram primíparas. Entre aquelas com gestações anteriores, mais da metade teve intervalo intergestacional maior ou igual a 24 meses. Embora quase a totalidade delas realizasse pré-natal, revelou-se que apenas três

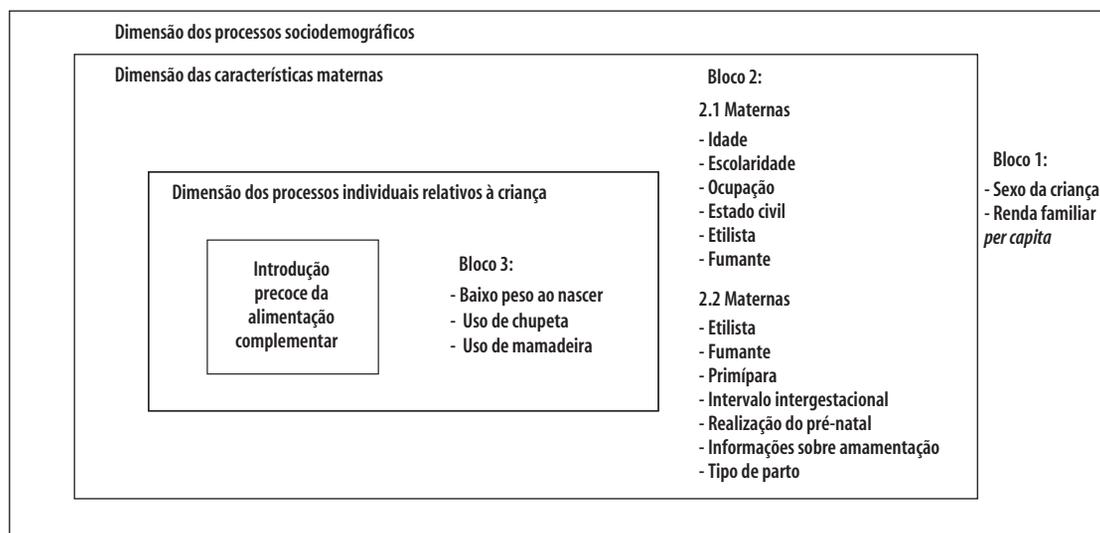


Figura 1 – Modelo hierárquico da associação entre introdução precoce da alimentação complementar e variáveis em estudo

Tabela 1 – Características sociodemográficas, gestacionais, maternas, relativas à criança menor de seis meses (n=362) e associação entre introdução precoce de alimentos complementares e variáveis estudadas na região noroeste de Goiânia, Goiás, 2005 a 2007

Variáveis	n (%)	Razão de prevalência bruta (IC _{95%} ^a)	p ^b	Razão de prevalência ajustada (IC _{95%} ^a)	p ^b
Sociodemográficas (Bloco 1)					
Sexo da criança			0,238		
Masculino	182 (50,3)	1,0			
Feminino	180 (49,7)	0,98 (0,95;1,01)			
Renda per capita (em salário mínimo)^c			0,326		
<0,5	163 (45,0)	1,0			
0,5-1,0	143 (39,5)	0,97 (0,94;1,00)			
>1,0	56 (15,5)	0,98 (0,94;1,03)			
Maternas (Bloco 2.1)					
Idade (anos)			0,052		0,053
<20	88 (24,3)	1,0		1,0	
20-35	262 (72,4)	1,02 (1,00;1,04)		1,02 (1,01;1,05)	
>35	12 (3,3)	1,09 (0,93;1,27)		1,09 (0,93;1,27)	
Escolaridade (anos de estudo)			0,317		
≤4	73 (20,1)	1,0			
5 a 8	114 (31,5)	0,99 (0,95;1,05)			
9 a 12	86 (23,8)	0,98 (0,94;1,05)			
≥12	89 (24,6)	0,98 (0,94;1,03)			

Continua

Tabela 1 – Continuação

Variáveis	n (%)	Razão de prevalência bruta (IC _{95%} ^a)	p ^b	Razão de prevalência ajustada (IC _{95%} ^a)	p
Ocupação^d			0,566		
Fora de casa	70 (22,0)	1,0			
Em casa	248 (78,0)	1,01 (0,97;1,04)			
Situação conjugal^d			0,654		
Com companheiro	253 (79,1)	1,0			
Sem companheiro	67 (20,9)	1,01 (0,97;1,05)			
Etilista^d			0,986		
Não	275 (85,9)	1,0			
Sim	45 (14,1)	0,99 (0,96;1,05)			
Fumante^d			0,007		0,009
Não	277 (86,5)	1,0		1,0	
Sim	43 (13,5)	1,02 (1,01;1,04)		1,02 (1,01;1,04)	
Gestacionais (Bloco 2.2)					
Etilista			0,007		0,052
Não	318 (87,8)	1,0		1,0	
Sim	44 (12,2)	1,02 (1,01;1,04)		1,01 (0,99;1,02)	
Fumante			0,007		0,183
Não	305 (84,3)	1,0		1,0	
Sim	57 (15,7)	1,03 (1,01;1,04)		1,00 (0,99;1,02)	
Primípara			0,006		0,026
Não	219 (60,5)	1,0		1,0	
Sim	143 (39,5)	0,96 (0,94;0,99)		0,97 (0,95;0,99)	
Intervalo intergestacional (meses)^d			0,540		
<24	81 (38,0)	1,0			
≥24	132 (62,0)	1,01 (0,96;1,07)			
Realização do pré-natal			0,007		0,967
Não	6 (1,7)	1,0		1,0	
Sim	356 (98,3)	0,98 (0,96;0,99)		0,99 (0,97;1,03)	
Informações sobre amamentação^d			0,761		
Não	86 (24,2)	1,0			
Sim	270 (75,8)	1,00 (0,97;1,05)			
Tipo de parto			0,367		
Vaginal	256 (70,7)	1,0			
Cesariana	106 (29,3)	0,99 (0,96;1,01)			
Relativas à criança (Bloco 3)					
Baixo peso ao nascer			0,007		0,623
Sim (<2500 g)	17 (4,7)	1,0		1,0	
Não (≥2500 g)	345 (95,3)	1,02 (1,01;1,04)		1,00 (0,99;1,02)	
Uso de chupeta^d			0,031		0,067
Não	131 (40,9)	1,0		1,0	
Sim	189 (59,1)	1,04 (1,01;1,08)		1,03 (1,0;1,07)	
Uso de mamadeira^d			0,102		0,226
Não	120 (37,5)	1,0		1,0	
Sim	200 (62,5)	1,03 (0,99;1,07)		1,02 (0,99;1,06)	

a) IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%

b) Regressão de Poisson

c) Salário mínimo à época: variou de R\$ 300,00 a R\$ 350,00

d) Diferenças nas frequências absolutas correspondem aos valores faltantes

quartos das mães receberam durante a gestação e pré-natal informações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo para o binômio mãe-filho. Também se observou a realização de parto vaginal pela maioria delas (Tabela 1).

Entre as crianças, a prevalência de baixo peso ao nascer foi baixa (4,7%); e 59,1% fizeram o uso de chupeta e 62,5% de mamadeira, nos primeiros seis meses de vida (Tabela 1).

Com relação ao aleitamento materno exclusivo, observou-se baixa prevalência em todos os seguimentos da pesquisa, sendo encontradas 47,1% de crianças em AME aos 30 dias de vida. Essa prevalência diminuiu com o aumento da idade da criança, para 22,3% no quarto mês e apenas 4,7% no sexto mês de vida do bebê, e como consequência desse processo, aumentaram os percentuais de desmame e/ou de introdução de outros alimentos com manutenção do aleitamento materno (Figura 2).

O tipo de alimentos complementares introduzidos na alimentação das crianças variou conforme sua idade, sendo mais comum, no primeiro mês, o consumo de chás (32,6%) e água (19,1%). No quarto mês, não somente manteve-se destacado como foi acentuado o consumo de água (54,1%) e chás (31,5%), acom-

panhado de outros leites (18,0%) e sucos (11,5%). No sexto mês, verificou-se o consumo de todos os alimentos investigados, sendo os principais a água (77,5%), frutas (62,7%), sucos (57,2%) e comida de sal (55,1%) (Figura 3).

Na análise univariada, apresentaram associação com a introdução precoce da alimentação complementar a variável materna 'fumante após o parto' (RP=1,02; IC_{95%} 1,01;1,04; p=0,007), as variáveis gestacionais 'ser fumante' (RP=1,03; IC_{95%} 1,01;1,04; p=0,007), 'etilista' (RP=1,02; IC_{95%} 1,01;1,04; p=0,007), 'primípara' (RP=0,96; IC_{95%} 0,94;0,99; p=0,006) e 'ter realizado pré-natal' (RP=0,98; IC_{95%} 0,96;0,98; p=0,007), e as variáveis relativas à criança 'baixo peso ao nascer' (RP=1,02; IC_{95%} 1,01;1,04; p=0,007) e 'uso de chupeta' (RP=1,04; IC_{95%} 1,01;1,08; p=0,031).

Após análise multivariável, observou-se menor razão de prevalência da introdução precoce da alimentação complementar nos primeiros seis meses de vida de crianças de mães primíparas (RP=0,97; IC_{95%} 0,95;0,99; p=0,026), enquanto observou-se maior razão dessa prevalência entre crianças de mães fumantes (RP=1,02; IC_{95%} 1,01;1,04; p=0,009).

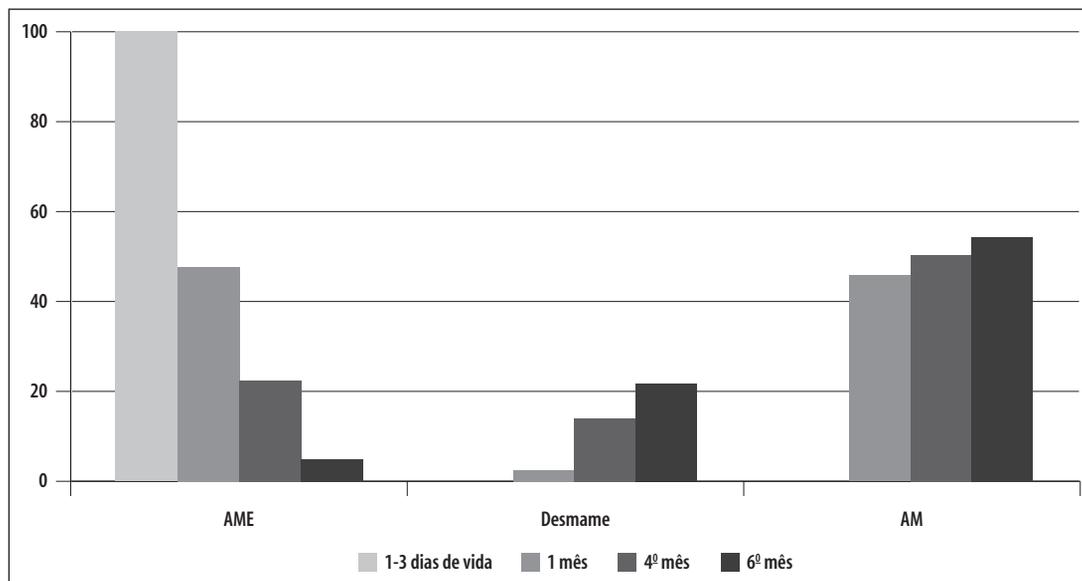


Figura 2 – Distribuição (%) de crianças menores de seis meses (n=362) em aleitamento materno exclusivo, em aleitamento materno e desmamadas, segundo idade da criança na região noroeste de Goiânia, Goiás, 2005 a 2007

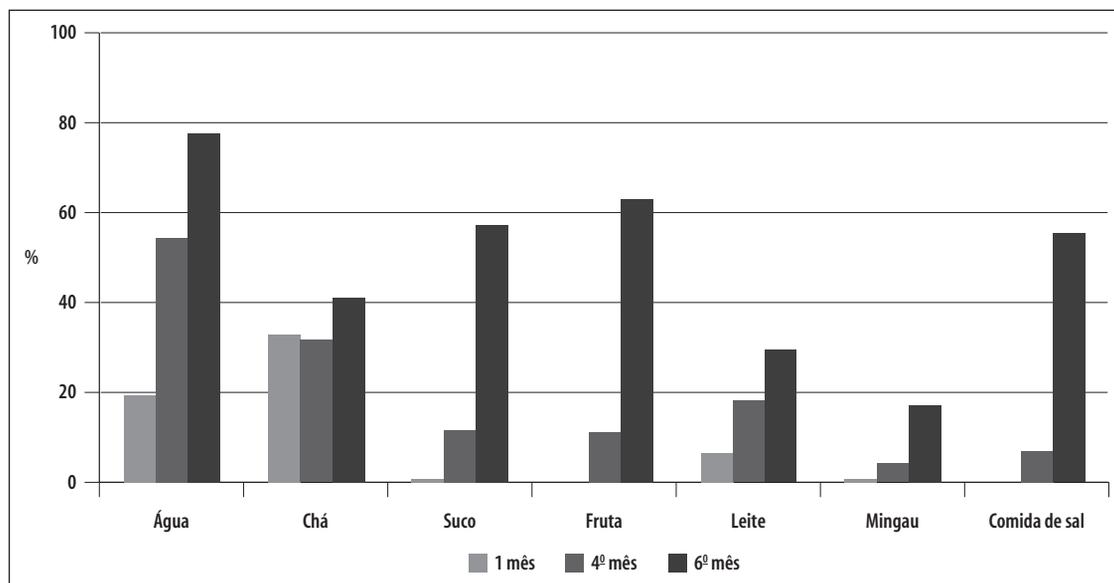


Figura 3 – Prevalência (%) do consumo de alguns tipos de alimentos por crianças menores de seis meses (n=362) segundo idade, na região noroeste de Goiânia, Goiás, 2005 a 2007

Discussão

A introdução precoce da alimentação complementar pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo idade materna (mães jovens),^{13,14} baixa escolaridade,^{15,16} ocupação no lar,^{13,15,17} baixa renda,¹⁸ ausência de companheiro,^{13,14,16,19,20} gestante-mãe fumante e/ou etilista,^{21,22} não realização do pré-natal,^{2,4,5,23} baixo peso ao nascer²⁴⁻²⁷ e uso de artefatos (chupeta e/ou mamadeira).^{22,28}

A observação de menor prevalência de alimentação complementar antes dos seis meses de vida de crianças cujas mães eram primíparas contrapõe-se a achados de outros estudos, segundo os quais a experiência prévia de ser mãe influencia positivamente na decisão de amamentar, bem como no desempenho da amamentação. Cabe ressaltar que essa condição deve ser discutida considerando-se o contexto socioeconômico, cultural e familiar do qual depende não apenas a díade mãe-filho, como também a situação do nascimento de cada filho.^{3,13,16,24} As autoras do presente estudo sugerem que a relação observada pode ser indicativa da insegurança ou mesmo incerteza de mães primíparas sobre a oferta de alimentos às crianças ou até mesmo, uma maior adesão às ações de aconselhamento recebidas na maternidade, reconhecida como Hospital Amigo da Criança.

Quanto à relação entre o início da alimentação complementar antes dos seis meses e o hábito de fumar

da mãe, a Academia Americana de Pediatria-Comitê de Drogas, desde 2008, afirma que a lactante fumante tem diminuição da secreção láctea e aumento da incidência de doenças respiratórias, tanto nela quanto na criança.^{21,22} O presente estudo confirmou essa evidência, revelando que a prevalência de alimentação complementar iniciada precocemente foi maior entre as crianças de mães fumantes, quando comparadas às crianças de mães que não fumavam após o parto.

A introdução de alimentos antes dos seis meses de vida ocasiona prejuízos à saúde do bebê, sendo os mais comuns a nutrição inadequada e infecções causadas por contaminantes presentes nos alimentos mal higienizados e/ou mal acondicionados, além de gerar maior risco para as alergias em função da imaturidade fisiológica e levar a maiores gastos financeiros para a família.^{2,8,11,15,18}

A prevalência de aleitamento materno é variável entre as grandes regiões do país e também em relação à idade da criança. Os valores encontrados na literatura oscilaram entre 29,8 e 84,4%, sendo maiores nos primeiros meses, com tendência a diminuição na medida em que aumentava a idade da criança.¹⁵⁻¹⁷ No presente estudo, a prevalência de oferta de chá no primeiro mês de vida do bebê foi maior em relação à de oferta de água, possivelmente explicada pela utilização do chá como medicamento para melhora de cólicas.²⁹ Os chás, assim como a água, também são contraindicados:

podem levar a saciedade, diminuir a ingestão de leite materno e assim, causarem déficit calórico, além de representarem foco potencial de contaminação.^{2,8,15}

Culturalmente, mães acreditam que líquidos, como sucos e outros leites, são complementares ao leite materno, oferecem mais energia e nutrientes aos bebês. Entretanto, a introdução precoce de alguns alimentos, como o leite de vaca, podem desencadear processos alérgicos, ademais de a exposição prematura a proteínas diferentes do leite humano estar associada ao aumento do risco de diabetes tipo 1 e de doenças atópicas, como asma.⁸

O 'Guia alimentar para crianças menores de dois anos', publicado pela OPAS e Ministério da Saúde, recomenda que os alimentos complementares (carnes, tubérculos, cereais, leguminosas, frutas e legumes) sejam oferecidos após os seis meses de idade quando as crianças já possuem maturidade fisiológica para mastigar, deglutir e digerir. Além dos prejuízos citados, a introdução precoce da alimentação complementar contribui para uma redução significativa da absorção de ferro, presente no leite materno, o que pode levar à anemia.²

A realização do pré-natal é indispensável no sentido de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança. Trata-se de um momento oportuno para a discussão de pontos importantes do cuidado infantil, incluindo o aleitamento materno e a alimentação complementar.² Apesar da ausência de associação entre o desfecho do presente estudo e essa variável, é reconhecido que as consultas de pré-natal fornecem informações essenciais para a promoção do aleitamento materno. O aleitamento materno, especialmente quando dispensado na primeira hora pós-parto, aumenta o vínculo mãe-filho (contato pele a pele) na sala de parto e reduz consideravelmente a morbimortalidade infantil, constituindo uma prioridade para a promoção da saúde das crianças e um indicador de excelência da amamentação, ademais de corresponder ao Passo 4 da iniciativa Hospital Amigo da Criança.^{4,5,23} Outrossim, a forma de categorização da variável 'realização do pré-natal' pelos autores do presente estudo, ao considerar qualquer número de consultas, pode ter influenciado nos achados de sua pesquisa.

Apesar de a maternidade estudada ter recebido o título de Hospital Amigo da Criança, ainda são necessários mais esforços da instituição para a promoção do aleitamento materno e da introdução adequada da alimentação complementar saudável. Nesse sentido, é fundamental que o papel das ações básicas de promoção, proteção e assistência à saúde nos ambulatórios

de pediatria e obstetrícia seja revisto, especialmente o trabalho da equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Se a associação entre baixo peso ao nascer e a introdução precoce da alimentação complementar foi confirmada na análise bruta, após a análise ajustada, essa associação deixou de ser significativa. Pode-se inferir que, embora o baixo peso seja considerado por alguns autores^{25,26} como fator preditor para a interrupção precoce e a baixa frequência da duração da amamentação,²⁷ essa associação tenha-se confundido pela presença de outras variáveis de níveis mais distais.

O uso de chupeta e/ou mamadeira está relacionado à introdução da alimentação complementar precoce, de forma bastante definida,^{14,15,23,28} podendo estimular a introdução de líquidos logo no sétimo dia de vida da criança, prejudicando assim o AME.²⁸ Esses utensílios são usados com frequência pelas mães para a cessação do choro da criança, muitas vezes pela sua dificuldade em distinguir entre manifestação de fome e outras necessidades da criança.¹³ Embora não tenha sido associado o uso da mamadeira com o desfecho no presente estudo, essa prática pode levar à redução das mamadas e conseqüente diminuição do estímulo à produção de leite, o que induz a mãe a oferecer mamadeiras com leite não humano, com o objetivo de saciar a fome das crianças.^{8,30} Por essa razão, o uso de mamadeiras deve ser desestimulado nas estratégias de educação em saúde e campanhas locais. O uso da chupeta, igualmente, deve ser desestimulado, embora sua associação não se tenha mantido na análise ajustada.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a introdução precoce da alimentação complementar influenciou negativamente na duração do aleitamento materno exclusivo, bem menor que a recomendada pela OMS e Ministério de Saúde. Mostram-se necessárias medidas protetoras dessa prática. Dos fatores analisados, demonstraram favorecer a introdução precoce de alimentos o hábito de fumar nos primeiros seis de vida da criança e a primiparidade.

Tais achados reforçam a necessidade de ações efetivas para reverter esse quadro, sendo essencial a consolidação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde, fundamentada na promoção da alimentação adequada e saudável, iniciada na gestação e, desde as primeiras horas de vida da criança, focada nos efeitos protetores da amamentação e na introdução correta da alimentação complementar. O sucesso na consecução dessas ações depende da participação

efetiva dos profissionais lotados nas unidades de atenção básica à saúde, em promoverem o aleitamento materno à gestante, nutriz e demais cuidadores nos espaços que assistem a mãe e seu bebê, além do envolvimento dos familiares e demais indivíduos no apoio a ambos.

Entre as limitações deste estudo, destacam-se aquelas inerentes a pesquisas realizadas com informações autorreferidas, sujeitas a vieses de recordatório ou influenciadas pelo fato de os entrevistados conhecerem os comportamentos socialmente aceitos. As limitações inerentes a estudos transversais, como a possibilidade de causalidade reversa, foram minimizadas pelo fato de este estudo estar aninhado a uma coorte. Cabe destacar que se trata de uma pesquisa local, de caráter institucional, realizada nos anos de 2007 e 2008. Não obstante, suas informações são extremamente relevantes para o cenário atual da saúde materno-infantil, visto que podem estimular os gestores locais e os profissionais de saúde a proporem medidas efetivas de intervenção com o propósito de modificar o quadro apresentado.

Diante dos achados aqui apresentados, verifica-se a necessidade da realização de maiores investigações

nos estabelecimentos de serviços de saúde, sobre os fatores determinantes da introdução precoce da alimentação complementar. Seus resultados deverão contribuir para a melhor orientação dos profissionais de saúde, a quem caberá o reforço do momento oportuno da oferta de alimentação complementar adequada e saudável, com manutenção do aleitamento materno até os dois anos ou mais de vida da criança.

Contribuições dos autores

Schincaglia RM e Oliveira AC contribuíram na análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual deste artigo.

Sousa LM e Martins KA contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual deste artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. World Health Organization. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding [Internet]; 2001 Mar 28-30; Geneva, Switzerland; Geneva: WHO; 2001 [cited 2010 May 15]. 47 p. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Política de Saúde; Organização Panamericana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 2015 jun 2]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guiaio.pdf>
3. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006 set-out;19(5):623-30.
4. World Health Organization; The United Nations Children's Fund. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care: Section 4, hospital self-appraisal and monitoring [Internet]. Geneva; WHO; 2009 [cited 2015 Feb 6]. 85 p. Available from: http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s4.pdf
5. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2014 jan-mar;14(1):65-72.
6. Vargas VS, Soares MCF. Características da alimentação complementar precoce em crianças de uma cidade no sul do Brasil. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr.* 2012 dez;37(3):269-80.
7. Ximenes LB, Moura JG, Oriá MOB, Martins MC, Almeida PC, Carneiro EP. Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010 abr-jun;14(2):377-85.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2012 jun 5]. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

9. Sousa LM. Aleitamento materno: ações de promoção e de duração em maternidade amiga da criança. Goiânia, Goiás [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. A situação do aleitamento materno em Goiás. Goiânia: Ministério da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; 1996. (Relatório conjunto da pesquisa realizado no Estado de Goiás).
11. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1 definitions: conclusions of consensus meeting held 6-8 november 2007 in Washington, DC, USA [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2012 May 15]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf
12. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinato MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997 Feb;26(1):224-7.
13. Silva PP, Silveira RB, Mascarenhas MLW, Silva MB, Kaufmann CC, Albernaz EP. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Rev Paul Pediatr*. 2012 set;30(3):306-13.
14. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 jun;46(3):537-43.
15. Campagnolo PDB, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo MR. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Nutr*. 2012 jul-ago;25(4):431-9.
16. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2010 dez;26(12):2343-54.
17. Brecailo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Rev Nutr*. 2010 jul-ago;23(4):553-63.
18. Giugliani NR, Oliveira J, Santos BZ, Bosco VL. Prevalência do início do desmame precoce em duas populações assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis, SC, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011 abr-jun;11(2):239-44.
19. Sousa LM, Costa THM, Martins KA, Menezes IHCE, Correa MHS. Desafios na promoção do aleitamento materno. *Brasilia Med*. 2009;46(2):131-9.
20. Carrascoza KC, Costa Júnior AL, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estud Psicol*. 2005 out-dez;22(4):433-40.
21. American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):776-89.
22. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr*. 2007 mai-jun;83(3):241-6.
23. Araújo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007 ago;22(2):91-9.
24. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *J Pediatr*. 2010 out;86(5):441-4.
25. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2011 jan-mai;27(5):953-65.
26. Pacheco STA, Cabral IE. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011 abr-jun;15(2):314-22.
27. Caminha MFC, Azevedo PTACC, Sampaio BB, Acioly VMC, Belo MPM, Lira PIC, et al. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. *Cienc Saude Coletiva*. 2014 jul;19(7):2021-32.
28. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saude Publica*. 2008 abr;42(4):607-14.
29. Caetano MC, Ortiz TT, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *J Pediatr*. 2010 mai-jun;86(3):196-201.
30. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica*. 2007 out;41(5):711-8.

Recebido em 11/12/2014
Aprovado em 15/06/2015