

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, EM MARINGÁ, PR

Luciana Olga Bercini*
Maria de Lourdes Teixeira Masukawa**
Maria do Rosário Martins***
Mariluci Pereira de Camargo Labegalini****
Nataly Barbosa Alves *****

RESUMO

A alimentação da criança, nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal, com o objetivo de descrever as práticas alimentares no primeiro ano de vida, no município de Maringá, Paraná. A coleta de dados ocorreu no Dia Nacional de Campanha de Vacinação, por meio de entrevista com 889 mães. A maioria das crianças (65,7%) estava sendo amamentada. A prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 25,3%. Nesta faixa etária, observamos a introdução precoce de alimentos complementares, no entanto, verificamos que, aproximadamente, 20,0% das crianças de seis meses ou mais não recebiam alimentos complementares importantes como sucos, frutas, papa de legumes, carne e feijão. Ações de promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e de alimentação complementar saudável a partir dos seis meses de idade devem ser enfatizadas em nosso meio.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Saúde da criança. Desmame. Inquéritos alimentares.

INTRODUÇÃO

A alimentação da criança, nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todas as crianças devem receber exclusivamente leite materno até os seis meses de vida, e que a amamentação deve ser mantida por, pelo menos, dois anos⁽¹⁾. Portanto, a partir dos seis meses de vida, o leite materno deve ser complementado.

Apesar da importância do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e para a sociedade, as taxas de amamentação no Brasil são baixas, em especial a do aleitamento materno exclusivo. No entanto, os inquéritos nacionais indicam uma tendência ascendente. A duração mediana da amamentação era de 2,5 meses, em 1973/74, e sete meses, em 1996. O último inquérito nacional, realizado em 1999,

nas capitais brasileiras, confirmou esta tendência, mostrando a duração mediana de amamentação de dez meses. A mediana da duração do aleitamento materno exclusivo, porém, é de apenas 23 dias⁽²⁾.

Assim sendo, existe a tendência de aumento da duração do aleitamento materno exclusivo no Brasil, porém, ainda longe de alcançar o recomendado: que todas as crianças recebam amamentação exclusiva até os seis meses de vida⁽¹⁾, evidenciando que ações de proteção, promoção e apoio à amamentação devem ser intensificadas.

As vantagens do AM na redução da morbimortalidade por doenças infecciosas têm sido amplamente demonstradas, e há evidências de que a complementação do leite materno, com água ou chás, nos primeiros seis meses de vida, é desnecessária do ponto de vista biológico. A amamentação significa, também, menor custo

* Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

** Enfermeira. Instituto da Criança de Maringá – Serviço de Aleitamento Materno e Vacinação. Professora do Curso de Enfermagem da PUC PR – Campus Maringá.

*** Enfermeira. Mestre. Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM/UEM). Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNINGÁ.

**** Enfermeira. Especialista. HUM/UEM.

***** Enfermeira. Especialista. HUM/UEM.

para o sistema de saúde, mesmo em países onde a mortalidade infantil é baixa. As internações hospitalares de crianças alimentadas artificialmente ocorrem cinco vezes mais do que para as amamentadas exclusivas ou parcialmente⁽³⁾.

A introdução de alimentos complementares diminui a duração do aleitamento materno, principalmente se esta introdução ocorrer precocemente. Quando um alimento sólido é introduzido, há a necessidade de a criança adaptar-se à nova textura e à sua administração, ao contrário do leite não-materno, fluido ou em pó, que geralmente é oferecido em mamadeiras, facilitando o seu consumo, levando à redução mais rápida da amamentação, quando comparada à introdução de sólidos⁽⁴⁾.

Além disso, a adequação nutricional dos alimentos complementares é muito importante na prevenção da morbimortalidade infantil, incluindo a desnutrição e a obesidade⁽⁵⁾.

O comportamento alimentar da criança é determinado pela interação da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais. Entretanto, a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é o produto da interação da criança com a própria mãe ou com a pessoa mais ligada à sua alimentação. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas preferências alimentares e afetar o equilíbrio energético da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família poderá estabelecer o aprendizado de um hábito socialmente aceito ou inserir novos hábitos, contribuindo para a formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não⁽⁶⁾.

Em 1991, a OMS propôs um conjunto de indicadores para avaliar as práticas de alimentação infantil, com o objetivo de padronizar a forma de coleta e análise desses dados e permitir a comparação entre diferentes estudos nacionais e internacionais⁽⁷⁾. O presente trabalho utiliza essa proposta e teve como objetivo descrever as práticas alimentares de crianças menores de um ano, no município de Maringá, Paraná.

É fundamental que os planejadores, na área de saúde, no nível local, obtenham indicadores confiáveis da prática de alimentação infantil com vistas ao desenho e avaliação de intervenções apropriadas. Nesse sentido, levantamentos epidemiológicos realizados em campanhas de vacinação, como é o caso da presente pesquisa, possibilitam um diagnóstico rápido da situação da amamentação e da alimentação infantil⁽⁷⁾.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado no dia 21 de agosto de 2004, Dia Nacional de Campanha de Vacinação. A realização da pesquisa, em campanhas de vacinação, traz a vantagem de se obter dados de alimentação infantil de forma rápida, com baixo custo, de uma amostra representativa da população de menores de um ano, no município⁽⁷⁾.

A população de estudo foi constituída por crianças menores de um ano de idade, residentes no município de Maringá, Paraná, e que compareceram a uns dos 37 postos de vacinação (Unidades Básicas de Saúde, escolas, supermercados, farmácias e *shoppings*) distribuídos na cidade.

O município de Maringá está situado na região noroeste do Paraná, localizado a 434 km de Curitiba, com 288.465 habitantes; destes, cerca de 4.000 são crianças menores de um ano. A cidade tem sua economia baseada na agroindústria, sendo considerado um município polarizador, estando entre as grandes cidades paranaenses⁽⁸⁾.

O município conta com o Comitê de Aleitamento Materno de Maringá, que tem como objetivo a promoção, incentivo, proteção e o apoio ao aleitamento materno. Além disso, a cidade conta com Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite Humano, Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) e o Projeto Mãe Ingá: ensinando a amamentar, desenvolvido com escolares. Maringá recebeu o Prêmio Bibi Vogel, dado pelo Ministério da Saúde, aos municípios que se destacaram com ações voltadas à amamentação, no ano de 2005.

A coleta de dados foi realizada por universitários de cursos de enfermagem do

município, previamente treinados, e supervisionados por enfermeiros e docentes dos cursos de enfermagem. O formulário utilizado para a coleta de dados e a metodologia usada foram propostos pelo Instituto de Saúde de São Paulo⁽⁷⁾, que estabeleceu a amostra representativa para o estudo.

Para a pesquisa dos alimentos consumidos pela criança, foi utilizado o recordatório de 24 horas que antecederam a coleta de dados. O formulário possui linguagem clara e objetiva, com respostas fechadas, mutuamente excludentes e, na grande maioria, com três alternativas: sim, não e não sei; sendo aplicado na forma de entrevista direta, com a mãe ou responsável pela criança. Seguindo a metodologia proposta, foram entrevistadas 889 mães.

A pesquisa seguiu as definições da OMS em relação ao aleitamento materno e que foram estabelecidas pelo Instituto de Saúde de São Paulo⁽⁷⁾:

Aleitamento Materno (AM) – a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado).

Aleitamento Materno Exclusivo (AME) – a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante (AMP) – a fonte predominante de nutrição da criança é o leite materno. Porém, a criança também pode receber água (água açucarada e com sabores, infusões, chá etc.); suco de frutas; solução de sais de hidratação oral (SRO); vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes, e líquidos cerimoniais (em quantidades limitadas).

A presente pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, do Instituto de Saúde de São Paulo, já que se trata de um estudo multicêntrico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as 889 crianças analisadas, 51,5% eram menores de seis meses de vida; 51,0% pertenciam ao sexo masculino; 7,6% apresentaram

baixo peso ao nascer; 11,7% eram filhos de mães adolescentes; 49,5% eram primeiro filho; e 32,7% das mães trabalhavam fora do domicílio.

Esses dados não diferiram muito dos encontrados em estudos realizados com a mesma metodologia, em várias cidades brasileiras^(6,9-14), mostrando que os dados do município de Maringá podem ser comparados aos de outras cidades do país.

Em relação à escolaridade materna, destacamos que 67,4% das mães possuíam mais de oito anos de estudo e 19,9% não haviam completado o Ensino Fundamental.

O percentual observado de 67,4% de mães com mais de oito anos de estudo revelou bom nível de escolaridade entre as mães das crianças estudadas, sendo superior ao observado em Feira de Santana, Bahia, em 2001, que foi de 37,5%⁽⁶⁾ e, em Florianópolis, Santa Catarina e em João Pessoa, Paraíba, em 1997, que foi de 50,3% e 34,2%, respectivamente⁽¹¹⁾.

No que se refere ao AM, 65,7% das crianças estavam sendo amamentadas, percentuais semelhantes ao encontrado em Feira de Santana, Bahia, de 69,2%⁽⁶⁾; em Londrina, Paraná, de 62,4%⁽¹³⁾, e, em Itapira, São Paulo, de 61,6%⁽⁹⁾.

Já a prevalência de AME, em menores de quatro e de seis meses, foi de 32,7% e de 25,3%, respectivamente. Estas porcentagens assemelham-se às verificadas em Londrina, Paraná, que foram de 29,3% e 21,0%, respectivamente⁽¹³⁾. O retorno da mãe ao trabalho, ao término da licença maternidade, é uma das explicações para percentual de AME aos quatro meses ser superior ao de seis meses, porém, no caso específico de Maringá, esta não é uma explicação totalmente plausível, uma vez que a maioria (67,3%) das mães não trabalhava fora do domicílio.

Ao confrontarmos a observação de que 25,3% das crianças maringaenses foram amamentadas exclusivamente até os seis meses, verificamos percentuais inferiores aos encontrados em Feira de Santana, Bahia, em 2001, que foi de 17,7%⁽¹⁵⁾; com os de Itaúna, Minas Gerais, em 2003, de 5,3%⁽¹⁶⁾ e do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, em 2000, de 0,84%⁽¹⁷⁾.

Na comparação com os dados do estudo de prevalência de AME até os seis meses, realizado no país, em 2001, também observamos melhor

resultado no município de Maringá do que o verificado para a região norte (9,0%), nordeste (10,7%), centro-oeste (7,9%), sudeste (8,3%), sul (12,9%) e Brasil (9,7%)⁽¹⁵⁾.

Entre os menores de quatro e de seis meses, 20,8% e 18,3%, respectivamente, estavam em AMP. Resultados semelhantes foram observados em Londrina, Paraná, de 20,7% e 16,5%, respectivamente⁽¹³⁾.

Ao agruparmos as crianças menores de quatro e de seis meses que recebiam o leite materno como único leite, temos que 53,5% e 43,6%, respectivamente, estavam em AME e/ou AMP.

Em pesquisa realizada em 84 municípios do Estado de São Paulo, no ano de 1998, com a mesma metodologia descrita, obteve-se que apenas 27 municípios (32%) apresentaram prevalência de aleitamento materno exclusivo, entre menores de quatro meses, superior a 20%. Já, a prevalência de aleitamento materno predominante superior a 20% alcançou 72 municípios estudados (85,7%)⁽¹⁴⁾.

Ao analisarmos a prática alimentar das crianças menores de seis meses, observamos a introdução precoce de alimentos complementares. Assim, 22,2% dessas crianças receberam suco de frutas nas 24 horas que antecederam a pesquisa; 18,9% frutas; 15,6% mingau; 12,6% papa de legumes; 4,5% alimentação da família; e 6,8% outros alimentos.

Vários estudos desenvolvidos em cidades brasileiras identificaram a introdução precoce de alimentos complementares, verificando que, aos seis meses, quando deveria estar sendo iniciada a alimentação complementar, já é grande o número de crianças que têm o hábito de consumir uma variedade de alimentos. Tal fato foi identificado na presente pesquisa^(6,9-11).

A complementação precoce é desvantajosa para a nutrição da criança, pois reduz a duração do aleitamento materno, prejudica a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco⁽¹⁸⁾, e os alimentos complementares, além de substituir parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida, muitas vezes, são nutricionalmente inferiores ao leite materno⁽⁵⁾.

Além de as crianças menores de seis meses não estar fisiologicamente preparadas para

digerirem alimentos sólidos, existe também imaturidade neurológica para deglutir alimentos não-líquidos, evidenciada pela presença do reflexo de protrusão da língua, por meio do qual a criança empurra os objetos que são aproximados dos seus lábios, por isso, aparentemente, rejeitam a alimentação oferecida em colher. Junte-se a isso que os movimentos de mastigação se iniciam efetivamente em torno dos seis meses, época na qual é recomendada a introdução de alimentos mais espessos⁽⁶⁾.

Em relação à prática alimentar das crianças com idade igual ou superior a seis meses, verificamos que 81,2% receberam frutas; 79,8% papa de legumes; 77,0% suco de frutas; 70,4% mingau; 67,6% a alimentação da família; e 65,1% receberam outros alimentos, por exemplo, bolacha, iogurte e salgadinho.

Alguns trabalhos^(11,15,19) têm apontado para a introdução tardia dos alimentos complementares, resultando em situação preocupante, uma vez que, após os seis meses de idade, o leite materno já não supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária a introdução de alimentos complementares, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. Portanto, chama a atenção o fato de que cerca de um quinto das crianças de seis meses ou mais não receberam alimentos complementares de acordo com o recomendado, mais especificadamente, 23,0% não receberam suco de frutas; 18,8% não receberam frutas; e 20,2% não receberam papa de legumes, nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

Ao analisarmos a ingestão de carne e feijão por estas crianças, alimentos considerados importantes como fonte de ferro, encontramos que, entre as crianças que se alimentaram com papa de legumes, em 63,9% tinha carne na sua composição e que, entre aquelas que receberam a alimentação da família, em 73,1% o feijão estava presente, e que apenas, 55,1% possuía carne. Esta pequena ingestão de carne pode estar associada à forma de apresentação e consistência da carne na alimentação da família que não é adequada à criança no primeiro ano de vida. De acordo com os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos⁽¹⁸⁾, a alimentação complementar deve ser espessa desde o início, começando com consistência

pastosa e aumentando, gradativamente, a sua consistência até chegar à alimentação da família.

O ferro é um micronutriente muito importante na dieta da criança pequena. A sua deficiência está associada com anemia ferropriva, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e diminuição das defesas do organismo, da capacidade intelectual e motora. O aleitamento materno exclusivo supre as necessidades desse micronutriente nos primeiros seis meses de vida, após esse período, há a necessidade de complementação de ferro por meio de alimentos complementares, ricos nesse micronutriente⁽¹⁸⁾.

Além da quantidade de ferro, deve-se considerar também a sua biodisponibilidade. O ferro de origem vegetal é relativamente pouco absorvido, quando comparado ao ferro contido nos alimentos de origem animal. Além disso, a absorção de ferro é também influenciada pela presença de outros alimentos, assim, o ferro de origem vegetal é melhor absorvido na presença de carnes, peixes, frutose e ácido ascórbico, enquanto que é menos absorvido quando ingerido com gema de ovo, leite ou chá⁽¹⁸⁾.

Assim, percebemos a ingestão insuficiente de alimentos ricos em ferro em uma parcela considerável das crianças, já que 36,1% não receberam carne na papa salgada, e nas que utilizam a alimentação da família, 44,9% receberam sem carne e 26,9% sem feijão. Portanto, uma parcela importante das crianças estudadas, tanto entre os menores de seis meses quanto entre as crianças com idade compreendida entre seis e 12 meses incompletos, não está recebendo a alimentação de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde^(18,19).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de estudos multicêntricos, utilizando a mesma metodologia em várias cidades brasileiras, mostrou-se bastante interessante, uma vez que permite, além de um panorama nacional, a comparação entre alguns municípios

do país, como é o caso da presente pesquisa. Soma-se a isso, que esta pesquisa pode ser repetida anualmente ou em intervalos maiores, na mesma localidade, a fim de acompanhar a evolução da situação do aleitamento materno, já que ela possui baixo custo, é rápida e trabalha com amostras representativas da população.

O presente estudo permitiu concluir que o município de Maringá, apesar de possuir várias ações de promoção, estímulo e apoio ao aleitamento materno, além da alta escolaridade materna encontrada e o fato de a maioria das mães entrevistadas não trabalhar fora de casa, fatores que propiciam o AM, ainda está distante de alcançar a meta recomendada pela OMS: aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, já que foi encontrado um percentual de apenas 25,3% de crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses, o que explica a introdução precoce de vários alimentos na dieta de crianças com menos de seis meses de vida, na população estudada. Ao incluir o aleitamento materno predominante, esse percentual aumenta para 43,6%, demonstrando que ocorre a introdução precoce de outros alimentos em crianças menores de seis meses.

Após os seis meses de idade, o leite materno já não supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária a introdução de alimentos complementares, portanto, merece destaque o fato de que percentuais em torno de 20% de crianças, nesta faixa etária, não recebiam alimentos importantes como sucos, frutas, papa de legumes, carne e feijão.

Finalizando, os resultados obtidos evidenciaram que ações de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno e a promoção da alimentação complementar saudável devem ser enfatizadas em nosso meio, principalmente no pré-natal e nas demais atividades educativas dos serviços de saúde, bem como devem nortear o planejamento na área de saúde materno-infantil em nível local.

FEEDING OF THE CHILD DURING THE FIRST YEAR OF LIFE IN MARINGÁ, PR**ABSTRACT**

Child feeding during the first years of life has repercussions throughout that individual's lifetime. This research consists of a cross-sectional study with the objective of describing feeding practices during the child's first year of life in the city of Maringá, State of Paraná. Data collection took place during the National Vaccination Campaign Day, through interviews with 889 mothers. Most of the children (65.7%) were being breastfed. The prevalence of exclusive maternal breastfeeding in babies younger than six months was of 25.3%. In this age group, we observed the precocious introduction of complementary foods. However, we verified that approximately, 20.0% of children six months or older did not receive important complementary foods, such as juice, fruits, baby food, meat and beans. Promoting exclusive maternal breastfeeding up to the sixth month, and healthy complementary feeding thereafter should be emphasized in our environment.

Key words: Breast feeding. Children's health. Weaning. Diet surveys.

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA EN MARINGÁ, PR**RESUMEN**

La alimentación del niño, en los primeros años de vida, tiene repercusiones a lo largo de toda la vida del individuo. Esta investigación se trata de un estudio transversal, con el objetivo de describir las prácticas alimentarias en el primer año de vida, en el municipio de Maringá, Paraná. La colecta de datos ocurrió en el Día Nacional de Campaña de Vacunación, a través de entrevistas con 889 madres. La mayoría de los niños (65,7%) eran amamantados. La prevalencia de amamantamiento materno exclusivo en menores de seis meses fue de 25,3%. En esta franja de edad, observamos la introducción precoz de alimentos complementarios, pero, verificamos que, aproximadamente 20,0% de los niños de seis meses o más no recibían alimentos complementarios importantes como jugos, frutas, puré de legumbres, carne y frijoles. Acciones de promoción de amamantamiento materno exclusivo hasta los seis meses y de alimentación complementaria saludable a partir de los seis meses de edad deben ser enfatizados en nuestro medio.

Palabras Clave: Lactancia materno. Salud del niño. Destete. Encuestas sobre dietas.

REFERÊNCIAS

1. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Supl 1:537-45.
2. Susin LRO, Giuliani, ERJ, Kummer, SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saude Publ*. 2005;39(2):141-7.
3. Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque Júnior PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(2):482-9.
4. Bueno MB, Souza JMP, Paz SMRS, Souza, SB, Cheung PPY, Augusto RA. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de corte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2):145-52.
5. Monte CMG, Giuliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr*. 2004;80(5 Supl):131-41.
6. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr*. 2004; 80(5 Supl):411-6.
7. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, Instituto de Saúde, Núcleo de Investigação em Epidemiologia, Núcleo de Investigação em Nutrição. Projeto Amamentação e Municípios. Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2004. Manual do Supervisor.
8. Paranaidade [site na Internet]. Maringá: dados gerais. [acesso em 2007 mar 05]. Disponível em: <http://www.paranaidade.org.br/municipios/municipios.php>
9. Audi CAF, Correa AMS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2003;3(1):85-93.

10. Brunken GS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venancio SI. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. *J Pediatr*. 2006;82(6):445-51.
11. Kitoko PM, Rea MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saude Publica*. 2000;16(4):1111-9.
12. Pedroso GC, Puccini RF, Silva EMK, Silva NN, Alves MCGP. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2004;4(1):45-58.
13. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla TGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP, et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2005;5(2):155-62.
14. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2002;36(3):313-8.
15. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. *J Pediatr*. 2003;79(5):449-54.
16. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr*. 2007;83(3):241-6.
17. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev Nutr*. 2004;17(4):437-47.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Endereço para correspondência: Luciana Olga Bercini. Universidade Estadual de Maringá. Avenida Colombo, 5790. CEP: 87.020-900. Maringá – Paraná. E-mail: lobercini@uem.br