



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Caroline Maria da Costa Morgado

**Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto  
mês de vida**

Rio de Janeiro

2009

Caroline Maria da Costa Morgado

**Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto  
mês de vida**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck..

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Hasselmann.

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M847 Morgado, Caroline Maria da Costa.  
Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês  
de vida / Caroline Maria da Costa Morgado. – 2009.  
94f.

Orientador: Guilherme Loureiro Werneck.

Coorientadora: Maria Helena Hasselmann.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social.

1. Amamentação – Teses. 2. Lactação – Aspectos sociais – Teses.  
3. Lactentes – Desmame – Teses. 4. Leite humano – Teses. I. Werneck,  
Guilherme Loureiro. II. Hasselmann, Maria Helena. III. Universidade do  
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 618.63

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Caroline Maria da Costa Morgado

**Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto  
mês de vida**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 29 de abril de 2009.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Hasselmann  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck (Orientador)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Inês Rugani Ribeiro de Castro  
Instituto de Nutrição – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cláudia Leite Moraes  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Ronir Raggio Luiz  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

Rio de Janeiro

2009

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pela família que me deu, pelas oportunidades e conquistas de cada dia.

Ao Guilherme Werneck, meu orientador nesses dois anos de trabalho, a quem aprecio hoje por sua inteligência, objetividade e admirável postura profissional.

À minha querida coorientadora Maria Helena Hasselmann, por ter me atraído para o campo da epidemiologia e por ter me mostrado que devemos “viajar no campo das ideias com os pés no chão”. Excelente profissional, muito obrigada pelo aprendizado, apoio, carinho e incentivo constantes.

À minha querida mãe, pela imensa paciência que tem comigo, por ouvir meus anseios e preocupações e por todas as suas orações, amor e carinho dedicados a mim.

Ao meu pai querido, a quem admiro profundamente pela sua retidão, pela criação que me deu, por ser um dos responsáveis por quem hoje sou.

À minha irmã Cristiane, avó Leny, Giovanna e avô Antero, por dividirem comigo alguns momentos turbulentos e descontraírem alguns outros de tensão nesta etapa da minha vida.

À minha querida amiga Rosane Rito, a quem tive o prazer de conhecer durante o meu segundo ano de residência em saúde coletiva, com quem divido minhas preocupações e alegrias, e que me contagiou com sua paixão pelo tema que estudei com tanto prazer.

Aos amigos queridos que dividiram comigo momentos desta etapa da minha vida, pela força, apoio, carinho, atenção e incentivo que me deram.

Nunca ande pelo caminho traçado, pois ele conduz somente até onde os outros foram.

*Alexander Graham Bell*

## RESUMO

MORGADO, Caroline Maria da Costa. *Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida*. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Cerca de 97% das crianças brasileiras iniciam a amamentação ao peito nas primeiras horas de vida. No entanto, o início do desmame é precoce, ocorrendo nas primeiras semanas ou meses de vida, com a introdução de água, chás, sucos, outros leites e alimentos. Fatores sociais, culturais, psicológicos e econômicos, ligados à mãe e ao bebê, podem estar relacionados a variações das práticas alimentares de crianças nos primeiros meses de vida. O objetivo do trabalho foi investigar a associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida. Foi feito um estudo seccional inserido em uma coorte prospectiva, tendo como população fonte recém-nascidos acolhidos em Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Para avaliar as práticas alimentares foi aplicado às mães (n=313) um recordatório 24h adaptado e foram construídos dois indicadores considerando o consumo de alimentos sólidos e da alimentação láctea. Para medir rede social foram feitas perguntas relacionadas ao número de parentes e amigos com quem a mulher pode contar e à participação em atividades sociais em grupo. Para aferir apoio social foi utilizada uma escala utilizada no *Medical Outcomes Study* (MOS) e adaptada para uso no Brasil. A análise dos dados se baseou em modelos de regressão logística multinomial, estimando-se razões de chance e respectivos intervalos de 95% de confiança para as associações entre as variáveis. Observou-se 16% dos lactentes em aleitamento materno exclusivo (AME), 18,8% em aleitamento materno predominante (AMP), aproximadamente 48% em uso de leite materno associado a outros alimentos e 16,5% em aleitamento artificial. Em relação ao aleitamento complementar, 25,9% consumiam alimentos sólidos e 37,5% alimentos lácteos. Crianças filhas de mães que referiram menor número de parentes com quem contar e com baixo apoio social apresentaram maior chance de estar em aleitamento artificial em relação ao AME, quando comparadas com filhas de mães que referiram poder contar com parentes ou com nível alto de apoio social. O baixo apoio social nas dimensões emocional/informação apresentou associação com AMP. Tendo em vista os achados apresentados, destaca-se a necessidade de integrar os membros da rede social da mulher à atenção pré-natal, ao parto e puerpério de modo que esta rede possa prover o apoio social que atenda as suas necessidades e, assim, contribuir para iniciação e manutenção do AME.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Consumo alimentar. Rede social. Apoio social. Lactente.

## ABSTRACT

Around 97% of Brazilian children start breastfeeding during the first hours of life. However, the beginning of weaning occurs early, in the first weeks or months, with the introduction of water, teas, juices, other types of milk and food. Social, cultural, psychological and economic factors, linked to the mother and the baby, may be related to variations of children's feeding practices in the first months of life. To investigate the relation between social network, social support and feeding practices of infants in their fourth month. Sectional study inserted in a prospective cohort, having as the source population newborns taken into Primary Health Care Units of the Municipal Bureau of Health from Rio de Janeiro. To evaluate the feeding practices, an adapted 24-hour dietary recall has been applied to the mothers (n=313) and two indicators were built considering the consumption of solid and milky food. To measure the social network, questions related to the number of relatives and friends to whom the woman can rely on were asked as well as the participation in social activities. A scale used on the *Medical Outcomes Study* (MOS) was adapted to Brazil and used to measure social support. The analysis was based on multinomial logistic regression models estimating odds ratio and respective 95% confidence intervals, for the associations between variables. It was observed that 16% of infants were on exclusive breastfeeding, 18.8% were on predominant breastfeeding, approximately 48% received breast milk and other food and 16.5% were on bottle-feeding. In relation to complementary breastfeeding, almost 25.9% consumed solid food and 37% milky food. Children whose mothers had a small number of relatives to count on and with low social support were more likely to be on bottle-feeding than on exclusive breastfeeding, when compared to children whose mothers can reckon on relatives or with a high level of social support. Low social support regarding emotional/information was shown to be associated to predominant breastfeeding. According to the data presented, the need to integrate all the actors of the social network of the woman during pre-natal, birth and the after birth period should be highlighted, in a way that social support can serve the mother's requirements, contributing to the beginning and maintenance of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Food consumption. Social network. Social support and infant.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Principais medidas em prol da amamentação desenvolvidas no Brasil a partir da década de 1980 .....	15
Figura 2	Principais resultados de estudos brasileiros relacionados à alimentação complementar de lactentes .....	18
Figura 3	Principais resultados de estudos brasileiros sobre fatores associados às práticas alimentares de crianças menores de um ano .....	21
Figura 4	Questionário de apoio social, itens e dimensões propostas na versão original aplicada no Medical Outcomes Study, adaptadas para o português .....	32
Figura 5	Modelo teórico para determinação das práticas alimentares em crianças com quatro meses de vida .....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Situação das práticas alimentares no quarto mês de vida em 4 UBS do município do Rio de Janeiro .....	46
Tabela 2	Razões de Chances entre as variáveis independentes e o desfecho Aleitamento Materno e consumo de alimentos sólidos .....	47
Tabela 3	Razões de Chances entre as variáveis independentes e o desfecho Aleitamento Materno e consumo de alimentos lácteos .....	50
Tabela 4	Modelo final para o desfecho Aleitamento Materno e consumo de alimentos sólidos .....	53
Tabela 5	Modelo final para o desfecho Aleitamento Materno e consumo de alimentos lácteos .....	54
Tabela 6	Características gerais da amostra de lactentes de 4 UBS do município do Rio de Janeiro .....	81
Tabela 7	Distribuição dos alimentos consumidos nas categorias das variáveis de desfecho estudadas .....	84
Tabela 8	Distribuição das práticas alimentares – Aleitamento materno e consumo de alimentos sólidos .....	85
Tabela 9	Distribuição das práticas alimentares – Aleitamento materno e consumo de alimentos lácteos .....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	– Aleitamento materno
AME	– Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	– Aleitamento Materno Predominante
ATAM	– Área Técnica de Aleitamento Materno
ATAN	– Área Técnica de Alimentação e Nutrição
BA	– Bahia
CAGE	– Cut down; Annoyed; Guilty & Eye-opened
INAN	– Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPAME	– Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo
MT	– Mato Grosso
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PAISMCA/ SESDEC – RJ	– Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil - Rio de Janeiro
PNDS	– Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	– Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RJ	– Rio de Janeiro
RS	– Rio Grande do Sul
SE	– Sergipe
SMS/RJ	– Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SP	– São Paulo
UBS	– Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1	<b>Os benefícios do aleitamento materno e da introdução adequada dos alimentos complementares</b> .....	11
1.2	<b>Aleitamento materno no Brasil e no mundo</b> .....	13
1.3	<b>Introdução de alimentos complementares</b> .....	17
1.4	<b>Fatores associados às práticas alimentares de lactentes</b> .....	20
1.5	<b>Rede e apoio social e práticas alimentares</b> .....	22
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	25
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	27
4	<b>MÉTODOS</b> .....	28
5	<b>ARTIGO</b> .....	36
5.1	<b>Resumo</b> .....	36
5.2	<b>Abstract</b> .....	37
5.3	<b>Introdução</b> .....	38
5.4	<b>Método</b> .....	40
5.5	<b>Resultados</b> .....	44
5.6	<b>Discussão</b> .....	55
5.7	<b>Referências</b> .....	59
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
	<b>APÊNDICE A – Resultados: características da população estudada</b> .....	80
	<b>ANEXO A – Questionário sobre práticas alimentares</b> .....	91
	<b>ANEXO B – Questionário sobre rede e apoio social</b> .....	92
	<b>ANEXO C – Escore de condições de moradia</b> .....	94

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Os benefícios do aleitamento materno e da introdução adequada dos alimentos complementares

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a amamentação salva atualmente a vida de 6 milhões de crianças a cada ano, prevenindo a diarreia e infecções respiratórias agudas e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas (Venâncio et al., 2002; Ministério da Saúde, 2002). Há evidências de que o leite humano, além de diminuir o número de episódios de diarreia, encurta eventuais períodos de doença (Ministério da Saúde, 2002) e reduz o risco de desidratação (Fuchs & Victora, 2002).

Uma metanálise sobre o risco de morte por doenças infecciosas entre as crianças com menos de dois anos mostrou que os menores de dois meses não amamentados apresentaram um risco seis vezes maior de morrer por infecção quando comparados com crianças recebendo leite materno. Este benefício da amamentação apresentou-se menor em crianças acima dos dois meses de idade possivelmente devido à redução paulatina da ingestão de leite materno e ao uso concomitante de alimentos complementares nas crianças maiores (Organização Mundial da Saúde, 2000).

Escuder et al. (2003) estimaram em 9,3% o impacto da amamentação no coeficiente de mortalidade infantil por infecção respiratória aguda e diarreia na região da Grande São Paulo, com variações entre os municípios de 3,6 a 13%.

Entre as vantagens da amamentação para a mãe destacam-se: melhor involução uterina (melhor transição parto – pós-parto), proteção contra anemia (menor perda de sangue), proteção contra câncer de mama e ovário, atuação como método contraceptivo, diminuição da ansiedade, realização do papel de mãe, maior interação mãe/filho, economia de gastos e praticidade. Com relação aos benefícios para o bebê, a amamentação protege contra doenças, como infecções, alergias, neoplasias, desnutrição, diabetes tipo 1, obesidade, hipertensão arterial, favorece o desenvolvimento motor oral e neuro-motor infantil, o equilíbrio emocional e a saúde mental (Almeida, 1999; Olaya-Contreras et al., 1999; Euclides, 2000; Medeiros et al., 2003; Ministério da Saúde, 2003; Araújo et al., 2004; Balaban et al., 2004; OMS, 2007; Schneider et al., 2007; Gimenez et al., 2008; Toma e Rea, 2008).

Recentemente, uma revisão sistemática da literatura sobre os benefícios do aleitamento materno na vida adulta ressaltou que indivíduos que foram amamentados apresentavam menor pressão arterial sistêmica média e menores níveis de colesterol médio quando adultos, tendo sido observado também um pequeno efeito protetor para obesidade e melhores performances em testes de inteligência (OMS, 2007).

Sob o ponto de vista nutricional, a oferta precoce de outros líquidos e alimentos reduz a duração do aleitamento materno e prejudica a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, pois diminui o volume total do leite materno ingerido. Além disso, devem ser considerados os riscos associados à diluição inadequada do leite não materno, que pode influir no ganho de peso e no desenvolvimento de alergias na criança, e ao uso de mamadeiras, importante fonte de contaminação e de interferência na amamentação sob livre demanda (SMS/RJ, 2001; Ministério da Saúde, 2002).

Sob o ponto de vista fisiológico, durante os primeiros quatro meses de vida, o bebê apresenta o reflexo de “protusão”, tendendo a empurrar com a língua os objetos que se aproximam de seus lábios e, normalmente, a rejeitar a alimentação administrada em colher, evidenciando a sua imaturidade para deglutir alimentos de consistência sólida antes dessa idade (Euclides, 2000; Ministério da Saúde, 2002; Ministério da Saúde, 2003).

O bebê só estará pronto para deglutir alimentos a partir dos 6-7 meses de idade, quando esse reflexo começa a ser mais voluntário. Nessa faixa etária, iniciam-se os movimentos de mastigação e o controle dos lábios se torna mais eficiente, fechando-se sobre a colher e retendo seu conteúdo (Euclides, 2000; ESPGHAN Committee on Nutrition, 2008).

Portanto, fica patente a importância da introdução de alimentos apropriados para cada idade, na consistência correta e utilizando os métodos adequados, para se alcançar o desejado desenvolvimento e nutrição do lactente. Existem evidências, ainda, de que o aleitamento materno continuado durante esse período seja benéfico para minimizar os riscos de alergias alimentares e doença celíaca (Ministério da Saúde, 2002; ESPGHAN Committee on Nutrition, 2008; Prescott et al., 2008).

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde (2001) é de aleitamento materno exclusivo (AME) até o bebê completar seis meses e, a partir de então, iniciar a introdução de alimentos complementares (Euclides, 2000; Ministério da Saúde, 2002; Ministério da Saúde, 2006). Essa recomendação foi adotada após revisão sistemática das

evidências científicas existentes até então e da consulta a especialistas sobre a duração ótima do aleitamento materno (OMS, 2003).

Destaca-se na literatura mais recente um debate sobre a recomendação do tempo ideal de amamentação exclusiva e a introdução de novos alimentos (Prescott et al., 2008). Estudos afirmam, e os aspectos fisiológicos sustentam, que não há evidências de vantagens na introdução precoce (antes dos quatro meses) de outros alimentos que não o leite humano na dieta da criança. Entretanto, Prescott et al. (2008) demonstram preocupação com a recomendação da introdução complementar a partir dos 6 meses, pois acreditam que o aumento das taxas de alergias alimentares na primeira infância refletem falhas nos mecanismos de tolerância imune precoce. A tolerância aos alérgenos dos alimentos parece ser dirigida por exposições regulares e precoces a essas proteínas durante uma 'janela crítica' do desenvolvimento que, mesmo não sendo totalmente definida, parece estar em torno do quarto ao sexto mês de vida. O aleitamento materno complementar se mostra importante no desenvolvimento dessa tolerância, minimizando o risco de desenvolvimento de alergias. A exposição antes ou depois desse período aumentaria o risco de desenvolvimento de alergia alimentar, doença celíaca e diabetes tipo 1 (Prescott et al., 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a criança que já estiver recebendo outros leites e outros alimentos antes do sexto mês de vida deve seguir recomendações específicas segundo a idade, caso não seja possível reverter sua alimentação para AME ou para aleitamento materno complementar. Até os 4 meses, a criança totalmente desmamada deve receber somente refeições lácteas em diluição e volume adequados para a faixa etária, e entre 4 e 8 meses ela deve receber três refeições lácteas, duas papas de fruta e uma papa salgada. Destacando que a alimentação láctea deve ser sempre acompanhada de cereal ou tubérculo e que a consistência das papas nunca deve ser líquida, e sim pastosa.

## **1.2 Aleitamento materno no Brasil e no mundo**

Menos de 35% das crianças no mundo recebem somente leite materno durante os primeiros 4 meses de vida (OMS, 2003). Ao serem observados alguns resultados de pesquisas sobre o aleitamento materno ao redor do mundo, são encontradas grandes variações, dependendo do tipo de estudo, da região, da cultura e de outros fatores.

O estudo de Sibeko et al. (2005), em uma comunidade periurbana na África do Sul com crianças entre 1 e 6 meses, encontrou 22% em aleitamento materno predominante (AMP – leite materno associado a água, chá ou suco) e 78% em aleitamento materno complementar (leite materno associado a outros alimentos). Nenhuma estava sendo amamentada de forma exclusiva. Quando observadas as prevalências da idade da introdução de alimentos complementares não lácteos, notou-se oferta muito precoce ( $\leq 3$  meses) em 56% da amostra. Um estudo seccional alemão realizado em 2001 observou que 42% das crianças no quarto e quinto meses de vida não recebiam mais leite de peito (Peters et al., 2005). Já em um estudo italiano longitudinal, ao compararem a situação no quarto mês de vida de bebês que eram exclusivamente amamentados *versus* bebês que eram predominantemente amamentados na alta da maternidade, os autores encontraram predomínio do AME no primeiro grupo e uma maior oferta de leite artificial entre os bebês do segundo grupo (Giovannini et al., 2005).

De acordo com inquéritos de 43 países em desenvolvimento, a prática do AME aumentou no período de 1989 a 1999, mostrando um aumento médio do AME de 39 para 46% em crianças entre 0 e 3 meses de idade (WHO, 2003).

No Brasil, observou-se uma queda da prática do aleitamento materno até o final da década de 1970, paralelamente ao gradativo processo de urbanização e industrialização, à crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, à adoção de novos estilos de vida e ao “marketing” dos leites modificados para lactentes (Carvalhoes et al., 1998; Ministério da Saúde, 2003). Somavam-se a este cenário desfavorável à prática da amamentação diversos outros fatores como o não incentivo ao aleitamento materno pelos pediatras, que orientavam a introdução precoce de outros alimentos na dieta, a distribuição gratuita de leite pelo Governo para crianças já a partir do início da vida e as regras rígidas utilizadas nas maternidades no pós-parto, por exemplo, separação da mãe e do filho, o uso de soro glicosado como alimento pré-lácteo e horários fixos das mamadas (Rea, 2003).

Com o objetivo de resgatar a prática do aleitamento materno e reverter o processo acelerado de desmame precoce no país foi criado em 1981, pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) (Ministério da Saúde, 2003). O Programa se caracterizava pela existência de uma coordenação nacional e coordenações estaduais; por utilizar a mobilização social de todos os possíveis atores relacionados ao tema e contar com campanhas bem elaboradas na mídia (Rea, 2003). Em 1997, o INAN foi extinto e as ações de



aleitamento materno foram incorporadas à Área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, a partir de agosto de 1998 (Ministério da Saúde, 2003).

Estudos realizados nas últimas três décadas no Brasil mostram o aumento da prática da amamentação e sugerem uma relação entre esta tendência e as ações de incentivo à amamentação. A duração mediana do aleitamento materno, que era de 1,5 meses em 1975, passou para 4,1 meses em 1989 e para 6,7 meses em 1996, chegando a 9,9 meses em 1999 (IBGE, 1975; Leão et al., 1992; BEMFAM, 1997; Ministério da Saúde, 2001). Adicionalmente, observou-se um aumento na prática de AME entre os lactentes menores de 4 meses, que passou de 3,6% em 1986, para 35,6% em 1999 e para 49% em 2006 (BEMFAM, 1997; Ministério da Saúde, 2001; Ministério da Saúde, 2008a).

As tendências de aumento na duração da amamentação e também da prática de AME podem ser em parte explicadas pelo investimento em políticas pró-amamentação, que valorizam o tripé promoção-proteção-apoio (Figura 1), elaboradas pelo Ministério da Saúde desde o início da década de 1980 (Ministério da Saúde, 2002; Rea, 2003; Ministério da Saúde, 2003; Oliveira, Camacho & Souza, 2005; Oliveira et al., 2005):

**Figura 1:** Principais medidas em prol da amamentação desenvolvidas no Brasil a partir da década de 1980

ANO	AÇÃO
1981	Início do investimento em campanhas veiculadas pela mídia
1981	Lançamento da Portaria de Alojamento Conjunto
1985	Implantação de Bancos de Leite Humano (BLH) pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF)
1985	I Evento Nacional de Aleitamento Materno (ENAM)
1988 e 2000-2001	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e revisão
1988	Estabelecimento de normas para funcionamento e crescimento da rede dos BLH
1988	Inclusão na Constituição Brasileira do direito da trabalhadora à licença maternidade de quatro meses e o direito do pai a cinco dias de licença paternidade
1992	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
1992	Estabelecimento da Semana Mundial de Amamentação (SMAM)
1997 e 2002	Publicação de material técnico voltado para os profissionais de saúde pelo Ministério da Saúde
2001	Parceria com os Correios na SMAM em todos os estados do país
2002	Projeto Bombeiros da Vida – parceria com o Corpo de Bombeiros para coleta de leite domiciliar
2002	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)
2007/08	Aumento da licença maternidade para seis meses (Projeto de Lei 2513/07)

Em relação às práticas alimentares, inquérito realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 1999 mostrou que o percentual de crianças com 120 dias de vida amamentadas variou entre 70,7% na região Sul e 83,7% na região Norte. Já para o AME, a variação da prevalência para a mesma idade foi de 14,5% no Sudeste e 23,8% no Sul. Destaca-se que a capital com maior prevalência de AME no quarto mês foi Belém com 32,2% e a menor foi Cuiabá com 7,2%, sendo a média para o Brasil de 17,7% (IC95% 17,2-18,3%) (Sena et al., 2007).

O Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares revelou que as mães relataram concordância com a mensagem sobre as vantagens da amamentação exclusiva até os seis meses de idade, porém informaram que essa prática nem sempre é possível. A percepção das mães e familiares é de que, embora o leite materno seja o alimento ideal para o bebê, nem sempre a mãe o possui em quantidade suficiente ou qualidade adequada (Ministério da Saúde, 2002).

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) e a Área Técnica de Aleitamento Materno (ATAM) do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (PAISMCA - SESDEC/RJ) vêm realizando em parceria com o Instituto da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, as pesquisas sobre Práticas Alimentares do Primeiro Ano de Vida através do Projeto Amamentação e Municípios. No ano de 2003, os municípios do Rio de Janeiro que apresentaram maior e menor prevalência de AME entre os menores de 4 meses foram Teresópolis (61,3%) e São José de Ubá (5,3%), respectivamente. No município do Rio de Janeiro a prevalência foi de 32,6% (Barbosa et al., 2005). A prevalência de AME entre os menores de 4 meses para os 42 municípios do Estado do Rio de Janeiro que aderiram à pesquisa foi de 31%.

Já em estudo seccional realizado em Mesquita (RJ) em 2007, observou-se prevalência de AME entre os menores de 4 meses de 26,5% e entre aqueles com idade entre 4 e 6 meses prevalência de apenas 6,8% (Delgado et al., 2008).

No que tange ao município do Rio de Janeiro, a série histórica de prevalência de AME de 1996 até o ano de 2006 revela que as frequências de AME aumentaram de 18,7% para 45% entre os menores de 4 meses, de 5,1% para 13% entre os lactentes de 4 a 5,9 meses e de 13,7% para 33,4% entre os menores de 6 meses (Damião, 2008).

De acordo com Venâncio (2002), a existência formal de Política Municipal pró-amamentação no município, a realização da Semana Mundial de Amamentação e a existência

de equipe multiprofissional dedicada a esse incentivo foram as principais influências sobre a prevalência do AME nos seis primeiros meses de vida em 111 municípios do estado de São Paulo. Quando essas ações foram analisadas em conjunto, observou-se uma maior prevalência média de AME quando era maior o número de ações pró-amamentação realizadas.

Na pesquisa sobre Práticas Alimentares do Primeiro Ano de Vida realizada no ano de 2003 no estado do Rio de Janeiro, as coordenações municipais responderam um questionário sobre o grau de implantação de ações de aleitamento materno com o objetivo de avaliar uma possível correlação do mesmo com as prevalências de AME. Foi encontrada correlação linear de 0,546 (coeficiente de correlação de Pearson) entre o grau de implantação das ações e as prevalências de AME entre menores de 6 meses. Nos municípios que tinham pelo menos 80% das ações implantadas, as prevalências de AME entre os menores de 6 meses duplicaram ou triplicaram de 1998 para 2003, como foram os casos de Pirai e Volta Redonda, respectivamente (Barbosa et al., 2005).

Albernaz et al. (2008) observaram, em estudo realizado em Pelotas (RS), que o apoio dos profissionais de saúde possuía influência positiva sobre as taxas de amamentação. O apoio foi caracterizado por uma equipe de suporte que realizou visitas domiciliares abordando temas relacionados ao aleitamento e disponibilidade de esclarecimentos através de um telefone 24 horas para as famílias.

Essa relação entre existência de uma política específica ou simplesmente de ações de promoção, proteção e apoio ao AME, e o incremento de suas taxas de amamentação também tem sido observada em outros países, consolidando a importância dessas ações no incentivo à prática do aleitamento materno de forma universal (OMS, 2003).

### **1.3 Introdução de alimentos complementares**

Cerca de 97% das crianças brasileiras iniciam a amamentação ao peito nas primeiras horas de vida, no entanto, o início do desmame ocorre dentro das primeiras semanas ou meses de vida, com a introdução gradativa de água, chás, sucos, outros leites e alimentos. Esta realidade está muito aquém das recomendações do Ministério da Saúde e da OMS (OMS, 2001; Ministério da Saúde, 2002).

O Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares indicou que não há um consenso, entre as mães entrevistadas, quanto à época ideal de introdução de alimentos

complementares. Muitas mães entendem que as crianças têm sede e que essa sede não é saciada pelo leite materno, justificando a oferta de água. Os chás são utilizados como “remédios” em casos de cólicas, dificuldade para dormir, gases, para acalmar as crianças etc. Mesmo quando as mães respondem que o aleitamento materno exclusivo é alimentar o bebê somente ao peito, elas dizem oferecer chás e água porque não os consideram como alimentos (Ministério da Saúde, 2002).

Nessa perspectiva, de que outros alimentos são oferecidos às crianças antes do sexto mês de vida, diversos estudos já foram realizados a fim de identificar quais são esses alimentos e o período de introdução. Os principais resultados encontrados por estes estudos são apresentados na figura 2.

**Figura 2:** Principais resultados de estudos brasileiros relacionados à alimentação complementar de lactentes

<b>Estudo</b>	<b>Principais resultados relacionados ao consumo alimentar</b>
Oliveira et al. (2005) Local: Salvador (BA) Crianças < 6 meses:	83% leite e derivados, 57,5% açúcar, 43,7% farináceos
Vieira et al. (2004) Local: Feira de Santana (BA) Crianças ≤ 4 meses:	Não-amamentadas X amamentadas: > consumo de líquidos, papa de frutas e legumes e refeição da família pelo primeiro grupo
Parada et al. (2007) Local: Botucatu (SP) Crianças de 4 a 6 meses:	54% frutas, 40% sopas e 19,2% comida de panela
PNDS (1996) Local: Brasil Crianças no 4º mês:	16,7% tubérculo ou raiz, 27,6% outro leite, 29,4% mingau e 47,6% outros líquidos
Brunken et al. (2006) Local: Cuiabá (MT) Crianças no 4º mês:	A cada 10 crianças: 7 beberam água e 4 tomaram chá
Venâncio et al. (2008) Local: São Paulo (estado) Crianças no 4º mês:	58% água, 51% outro leite, 25% suco de frutas, 24% mingau e 20% fruta amassada

<p>Simon et al. (2003) Local: São Paulo (SP) Coorte com crianças desde o nascimento até 12 meses</p>	<p>Idades medianas de introdução de alimentos: Água ou chá: 28 dias de vida Leite não materno: 60 dias de vida</p>
--	--

Através dos resultados apresentados, pode-se observar que a oferta principalmente de água, chás, frutas e outros leites ocorre precocemente, ou seja, antes dos 6 meses de vida.

No Brasil, existem muitas crenças e tabus relacionados ao consumo de alimentos e, em especial, à alimentação da criança pequena. Há alimentos e misturas de alimentos que as mães julgam que devam ser evitados, pois provocariam efeitos deletérios à saúde e ao corpo da criança, podendo, inclusive, causar doenças. Estas crenças variam regionalmente e podem trazer prejuízo ao crescimento e desenvolvimento infantil por limitar o acesso a alimentos, apesar deles estarem localmente disponíveis e serem consumidos por outros membros da família (Ministério da Saúde, 2002).

Em um estudo multicêntrico realizado pela OMS para a construção das novas curvas de crescimento foram coletadas informações sobre o período da introdução da alimentação complementar. Com recomendações diferentes entre os países participantes (4-6 meses nos Estados Unidos e Noruega, 5-6 meses no Omã e a partir dos 6 meses no Brasil, Gana e Índia), a idade média de introdução de novos alimentos entre as crianças do estudo foi de 5,5 meses (DP=0,7) no Brasil, 5,8 meses (DP=0,6) em Gana e 5,0 meses (DP=0,6) na Índia. Vale destacar que os critérios de inclusão de crianças no estudo multicêntrico foram AME ou aleitamento materno predominante (AMP) até 4 meses, introdução de alimentos complementares entre 4 e 6 meses e aleitamento materno pelo menos até os 12 meses. Para o primeiro critério, foram consideradas crianças em AME ou AMP aquelas que não consumiram outros leites ou alimentos sólidos ou semi-sólidos em mais de 10% dos dias durante os 4 primeiros meses de vida ( $\leq 12$  dias) (OMS, 2006).

Dados referentes a diversos países europeus indicam uma grande variação na idade da introdução dos alimentos complementares, diferindo das recomendações da OMS. Na Itália, 34% das mães reportam introduzir novos alimentos antes do quarto mês de vida do bebê. Na Inglaterra, 51% dos bebês também recebem alimentos complementares antes do quarto mês. Na Alemanha, 16% das mães introduzem novos alimentos antes do terceiro mês. E uma avaliação do conhecimento das mães sobre a duração do AME mostrou que 20% das alemãs

acreditam que o mesmo deva continuar por mais de 6 meses (ESPGHAN Committee on Nutrition, 2008).

Em um estudo realizado no nordeste do Senegal, foi observado que a introdução de água ocorreu antes dos 3 meses de vida em 85% das crianças e que a introdução dos alimentos complementares foi anterior ao sexto mês de vida para 62% delas, não tendo, porém, apresentado associação com o estado nutricional das crianças (Gupta et al., 2007).

Já Aggarwal et al. (2008), em estudo realizado na Índia com crianças de 6 a 24 meses, encontrou que apenas 5,5% das crianças receberam alimentos complementares antes dos 6 meses e 17,5% receberam no sexto mês. O restante recebeu novos alimentos depois dos 7 meses, com 16% ainda não tendo começado essa introdução aos 24 meses. Entre as razões para esse atraso na introdução dos alimentos complementares, 52% das mães alegaram que tentaram, mas falharam, pois a criança vomitava tudo. Quanto à consistência e à quantidade, apenas 38% e 25% estavam apropriadas para a idade, respectivamente.

As reflexões acerca dos achados científicos relacionadas às práticas alimentares em crianças menores de um ano sugerem que a influência de fatores culturais, econômicos, ligados à mãe e ao bebê sejam responsáveis pelas variações dessas práticas entre e dentro dos países.

Entre os países em desenvolvimento, a combinação da introdução no tempo, quantidade e qualidade adequados, higiene do ambiente e interação da mãe tem influência positiva no crescimento de crianças pequenas (Liaqat, 2007; ESPGHAN Committee on Nutrition, 2008).

#### **1.4 Fatores associados às práticas alimentares de lactentes**

Dentro dos diferentes grupos populacionais, as escolhas de alguns alimentos em detrimento de outros refletem aspectos socioeconômicos e culturais que indicam o que deve ou não ser consumido nos diferentes contextos (Ministério da Saúde, 2002).

Segundo Almeida & Novak (2004), existe um descompasso entre o avanço científico, que é o descobridor das especificidades do leite humano e o responsável pelas suas correlações com as peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente, e a amamentação

como prática socialmente difundida e estabelecida. Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir que as recomendações do Ministério da Saúde e da OMS sejam seguidas por todas as mães de crianças menores de 2 anos.

Diversos estudos já foram realizados com o objetivo de identificar os principais fatores associados positiva ou negativamente às práticas alimentares de crianças menores de um ano, conforme os apresentados nesta revisão (Figura 3).

**Figura 3:** Principais resultados de estudos brasileiros sobre fatores associados às práticas alimentares de crianças menores de um ano

<b>Estudo</b>	<b>Principais fatores associados às práticas alimentares</b>
Mascarenhas et al. (2006) Local: Pelotas (RS) Interrupção AME < 3 meses:	Ocupação da mãe, uso de chupeta, baixa renda familiar, escolaridade paterna < 5 anos de estudo
Venâncio e Monteiro (2006) Local: São Paulo (estado) AME < 6 meses:	Mães com 3º grau, idades entre 25 e 29, multíparas, PN > 3kg, consultas da criança em serviço privado
Saldiva et al. (2007) Local: São Paulo (estado) Práticas 6 a 12 meses:	Refeições lácteas: primíparas, trabalho fora, escolaridade alta; Comida de panela: mães adolescentes, do lar, escolaridade menor e multíparas
Venâncio et al. (2008) Local: São Paulo (estado) Oferta de outros líquidos no 1º dia em casa:	Água e chá: escolaridade materna ≤ 8 anos; Leite artificial: primiparidade, parto cesáreo e baixo peso ao nascer
Almeida (1999); Ministério da Saúde (2003); Nakano et al. (2007); Hasselmann et al. (2008); Oliveira (2008) Interferência no AM e oferta precoce de outros alimentos:	Vivência anterior com AM negativa, desconhecimento sobre vantagens do AM e sobre seu manejo, separação regular do filho, depressão, autoconfiança abalada

Destacam-se como fatores associados ao aleitamento materno: a ocupação materna, uso de chupeta, renda familiar, escolaridade materna e paterna, primíparas, parto cesáreo e depressão materna.

Em um estudo realizado no Peru para identificar as variáveis socioeconômicas, biológicas e culturais que influenciam na duração do aleitamento materno, foi observado que gravidez indesejada e bom estado socioeconômico influenciam negativamente, enquanto que o cuidado pré-natal tem influência positiva (Pérez-Escamilla et al., 1999).

As práticas alimentares de crianças são um comportamento universal, permeadas pela imensa variabilidade dos costumes relacionados ao ato de alimentá-las. Em alguns cenários, uma política em prol do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e alimentação complementar oportuna que visem à educação e ao aconselhamento podem ter grande impacto na nutrição infantil. Entretanto, em outros contextos essa política não será adequada se mudanças em aspectos estruturais, como por exemplo, aquelas de cunho econômico, gerarem desemprego e insegurança alimentar (Heinig, 2004).

### **1.5 Rede e apoio social e práticas alimentares**

Os conceitos utilizados para definir rede social e apoio social não são consensuais. Pesquisadores têm promovido o debate sobre estas definições, as principais dimensões que configuram o apoio social, suas funções e formas de avaliação, os seus efeitos no bem estar físico e psicológico e os potenciais mecanismos que ligam o apoio social à saúde, ressaltando-se a dificuldade de estudar o tema (Nunes, 2005).

Nunes (2005) ressalta a importância de conceituar o apoio social como um constructo multidimensional, devendo ser considerado como um processo dinâmico e complexo, que envolve transações entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer suas necessidades emocionais e materiais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem (Martins, 2005).

Berkman & Glass (2000) e Nunes (2005), citando Sarason et al. (1990), salientam a polêmica existente entre o apoio social percebido e o apoio social recebido ou real. Alguns estudos têm encontrado concordância moderada entre os dois tipos de apoio, e existe a teoria que, na maioria das vezes, a percepção do indivíduo corresponde à realidade, portanto, o que conta para a pessoa é o apoio social percebido (Martins, 2005).

Para Souza (2006), rede social pode ser definida como um conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que estão conectadas por algum tipo de relação e que teriam como finalidade satisfazer as necessidades afetivas, materiais e de informação dos membros que a integram. As redes sociais mais importantes seriam aquelas compostas por parentes, amigos e pessoas ligadas ao trabalho. O apoio social pode ser definido como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram



que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós (Nunes, 2005), sendo altamente influenciado pela rede social que pode ser conceituada como a teia de relações sociais que circundam um indivíduo e as características desses laços (disponibilidade e frequência de contato com amigos e parentes), ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (grupos religiosos, associações sindicais) (Berkman & Glass, 2000; Chor et al., 2001).

Em relação à influência da rede e do apoio social na prática do aleitamento materno e da introdução de novos alimentos, têm sido vistas pesquisas e manuais técnicos enfocando a importância da rede social da mulher que amamenta e do aconselhamento e apoio social, particularmente, no incentivo à amamentação (Ministério da Saúde, 2003; Souza, 2006).

Esse enfoque pode estar sendo dado devido às mudanças da estrutura familiar na sociedade urbana moderna, que também têm sido consideradas como responsáveis pela introdução precoce de outros alimentos. O principal argumento seria de que a jovem mãe não teria mais o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos, como avós, tias etc., elementos que, dependendo do caso, podem ser considerados facilitadores do aleitamento materno (Almeida & Novak, 2004). Por outro lado, no atual cenário social brasileiro, muitas jovens mães solteiras, em particular adolescentes, têm permanecido no ambiente familiar de origem durante o ciclo gravídico-puerperal, fato que poderia contribuir para que o núcleo familiar participe desta experiência e exerça de modo ativo o papel de provedor de apoio social à gestante/nutriz (Silva & Tonete, 2006).

A sociedade nem sempre facilita a amamentação, pelo contrário, cria elementos desfavoráveis a sua prática, como a culpabilização da mãe, interferência brusca sobre o parto com procedimentos cirúrgicos ou medicamentos e a inabilidade de seus profissionais de saúde para darem o apoio e terem conhecimentos necessários para aconselhar a mãe que amamenta (Almeida & Novak, 2004).

Estudos recentes têm apontado associação positiva entre a existência de rede e o apoio social e a prática da amamentação. Como Souza (2006), que estudando a rede social da mulher que amamenta em uma comunidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro, observou a existência de uma rede primária, composta pela sua mãe, amigas, vizinhas, tios, avós e o pai da criança, que provê apoio material, auxílio nas tarefas domésticas e ajuda para 'olhar a criança'; e uma rede secundária, composta pelos profissionais de saúde, à qual as mães recorrem para obter apoio na alimentação e na assistência à saúde da criança.

O estudo de Nakano et al. (2007) encontrou resultados similares na rede básica de saúde da cidade de Ribeirão Preto (SP). Observou-se que a prática da amamentação se consolida para além das unidades de saúde, onde outro tipo de ‘capital’ atua, incluindo o econômico, cultural, social e simbólico. No âmbito social, a mulher busca, em primeiro lugar, se orientar por ela mesma e pelos valores de sua família, quando presente, adequando-se gradativamente à nova rotina com o bebê. Os profissionais de saúde ocupam o segundo lugar em relação à experiência da amamentação, sendo mais procurados em momentos de doença. O apoio de outras mulheres como mães, sogras, irmãs e amigas é bem recebido, principalmente se já vivenciaram a amamentação anteriormente. Foi observado que a mulher tem mais dificuldades para amamentar quando não tem o apoio da família. Entretanto, nem sempre os conselhos são adequados, como a recomendação de introdução de chá ou outros alimentos por julgarem que a criança está com fome, mesmo sendo amamentada. A mulher, nesses casos, acaba cedendo às orientações recebidas em casa, mesmo quando sabe que não é a conduta adequada. O parceiro também se mostrou preocupado com a saúde do bebê e da mulher e, em alguns casos, questiona a suficiência do leite de peito.

Em artigo sobre a avaliação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no estado do Rio de Janeiro, Oliveira et al. (2005) observaram que as mulheres ficaram satisfeitas com o apoio recebido nas unidades de saúde com melhor desempenho em relação à promoção-proteção-apoio ao aleitamento materno. No bloco de unidades com desempenho regular, foi observado o dobro da satisfação (61,9%) encontrada no bloco de unidades com desempenho fraco (31,4%).

Scavenius et al. (2007) realizaram estudo em Aracajú (SE) para analisar as causas da interrupção do aleitamento materno. Foi visto que o conhecimento das 300 mulheres acerca do tema é muito satisfatório, pois 87% sabiam sobre a duração ideal do AME, 96% sobre a relação direta da oferta *versus* produção do leite materno e 90% sobre a importância da livre demanda. Entretanto, na época da entrevista, 30% dos bebês menores de 6 meses estavam recebendo leite materno e algum tipo de suplementação. O apoio do marido/companheiro e do serviço de saúde apareceu como motivador para a continuidade da amamentação, assim como o trabalho, quando fornece tais condições.

## 2. JUSTIFICATIVA

Os benefícios do AME até o sexto mês de vida são inegáveis tanto no que tange aos aspectos nutricionais do leite materno e fisiológicos da criança quanto aos benefícios à nutriz. Entretanto, segundo Almeida & Novak (2004) há uma tendência histórica nas sociedades à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (IPAME) com a conseqüente introdução de alimentos complementares, o que é confirmado por estudos que mostram baixas prevalências de AME entre os menores de 4 meses, menores de 6 meses e, especialmente, entre lactentes de 4 a 6 meses. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a prevalência média de AME entre os menores de 4 meses no país fica em torno de 35%.

Não obstante, é importante investigar também a IPAME utilizando outros pontos de corte por faixa etária, como em crianças nos primeiros 15 dias, em menores de 1 mês e assim sucessivamente. Hasselmann et al. (2008), por exemplo, verificaram 20,8% IPAME entre menores de 30 dias atendidos em serviços de saúde selecionados do município do Rio de Janeiro. Esse elevado índice de desmame justifica o olhar diferenciado nas pesquisas para as diferentes faixas etárias entre os menores de 6 meses.

Paralelamente, nota-se uma enorme preocupação dos organismos nacionais e internacionais em incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a alimentação complementar oportuna através de políticas de alimentação e nutrição.

São diversos os aspectos que interferem no tipo de alimentação que é ofertada para a criança nos primeiros meses de vida. Além de alimentos serem introduzidos precocemente por aspectos culturais ou simbólicos, de acordo com o saber popular e com a experiência das próprias mulheres e mães, a ausência de rede e de apoio social são aspectos relativamente pouco explorados, mas putativamente associados com essa prática, que tem sido explorada na maior parte dos estudos de forma a contemplar apenas a presença ou ausência do aleitamento materno ou do AME (Souza, 2006; Nakano et al., 2007; Muller, 2008).

No que tange ao apoio social, a Organização Mundial de Saúde, por exemplo, aponta como importante a inclusão das suas principais dimensões (emocional, de informação e material), nas estratégias comunitárias para promoção do aleitamento materno em países em desenvolvimento. A justificativa para esta recomendação advém do conhecimento de que tais elementos proveem às mães aceitação, coragem, tempo oportuno e informação sobre a

amamentação e habilidades práticas e outras estratégias para superar obstáculos socioeconômicos, culturais ou biomédicos (OMS, 2003).

Essa medida da OMS sinaliza a relevância do tema e sua importância prática para a Saúde Pública. Entretanto, o manejo adequado da prática alimentar infantil é uma das dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde, evidenciando uma importante lacuna que precisa ser preenchida com medidas de intervenção para incentivo e apoio a essas práticas (Castro et al., 2008; Castro et al., 2007; Ministério da Saúde, 2002).

Até onde nossa revisão permitiu apreender, são raras as investigações de cunho epidemiológico cujo objetivo central seja estudar a relação entre a rede e o apoio social materno e as práticas alimentares de lactentes. Ademais, aqueles existentes nem sempre utilizam instrumentos validados para aferir rede e apoio social (Ministério da Saúde, 2003; Souza, 2006; Nakano et al., 2007; Scavenius et al., 2007).

Dessa forma, este estudo foi concebido de forma a estudar a relação entre a rede e o apoio social e as práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida, buscando caracterizar essa prática de acordo com o tipo de alimento ofertado e utilizando um instrumento validado para avaliar o suporte recebido pelas mães. Nesse sentido, pretende-se abordar algumas questões centrais: a rede e o apoio social estão associados com o tipo de alimento ofertado? A mulher que possui maior apoio social e ampla rede social amamenta mais de forma exclusiva? Ou ainda, será que possuir uma rede social e elevado apoio social favorecem melhores práticas alimentares na ausência do AME? São esses alguns dos questionamentos que motivaram este estudo e que levaram à criação de variáveis de desfecho que contemplassem de forma diferenciada a prática alimentar infantil para além dos indicadores tradicionais.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Investigar a associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida do município do Rio de Janeiro.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida;
- Estimar as prevalências de aleitamento materno exclusivo, predominante, complementar e aleitamento artificial;
- Estimar as prevalências de consumo de alimentos lácteos e de alimentos sólidos;
- Conhecer a composição da rede social e a percepção sobre apoio social e suas dimensões de mães de crianças no 4º mês de vida.

## 4. MÉTODOS

### **Desenho e população de estudo**

A presente investigação é parte de uma coorte prospectiva cujo objetivo central é estudar a relação entre violência familiar, cuidados maternos com a criança e apoio social e o processo de crescimento infantil (Hasselmann, 2005).

O desenho de estudo é do tipo transversal e a população fonte consistiu em recém-nascidos acolhidos em 4 Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), encaminhados diretamente das maternidades, conforme preconizado no programa "Acolhimento Mãe-bebê". Crianças com anomalias congênitas e paralisia cerebral não foram incluídas nesta pesquisa.

A escolha dos serviços de saúde onde a investigação ocorreu foi feita em conjunto com a Gerência de Programas da Saúde da Criança da SMS, levando em consideração o número médio estimado de recém-nascidos que ingressam mensalmente no programa e variabilidade geográfica, de forma a contemplar diferentes grupos populacionais.

Foram estudadas 313 crianças com idade em torno de 4 meses (média  $4,1 \pm DP 0,34$ ). Considerando que cerca de 75% das mães são não-expostas (isto é, referem apoio social adequado), este tamanho amostral garante um poder de 80% para detectar como significante uma razão de prevalências de 1,7, considerando um erro  $\alpha$  de 0,05 e que a prevalência da introdução de alimentação inadequada entre os expostos é de 50%.

### **Coleta e Aferição de dados**

#### *Coleta de dados*

A equipe de entrevistadores foi composta de quatro pesquisadoras nutricionistas. O treinamento da equipe de campo foi realizado pela investigadora principal do estudo de coorte na qual este estudo está inserido, tendo sido realizada padronização de abordagem. As entrevistas eram feitas em consultórios visando manter a privacidade da entrevistada e o sigilo

da informação coletada. Durante toda a etapa de coleta de informações, que ocorreu de junho de 2005 até abril de 2008, foi realizada supervisão contínua dos entrevistadores pela coordenadora principal da pesquisa e re-treinamento sistemático, além de reuniões semanais sobre dúvidas e questões acumuladas na fase de campo.

### *Desfecho: práticas alimentares*

O instrumento usado para coleta de informações sobre práticas alimentares na população de estudo foi um recordatório 24 horas adaptado dos utilizados nos inquéritos em dias de Campanha Nacionais de Multivacinação (Anexo 1). Ele inclui para todas as crianças questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos. Segundo Carvalhaes (1998), a utilização dos dados atuais sobre alimentação infantil minimiza erros relacionados à memória do informante. Além disso, a pouca variedade da alimentação das crianças menores de um ano também torna o recordatório 24 horas um bom instrumento para avaliar o consumo alimentar desse grupo etário, ainda mais quando já apresenta a relação dos principais alimentos consumidos pelos lactentes, sendo esta estratégia citada por Buzzard (1998) como boa para reduzir erros na coleta de dados quando se usa esse método.

A vantagem de utilização desse método é a menor probabilidade de mudança do hábito alimentar, pois a informação é coletada depois do consumo (Buzzard, 1998). Vale ressaltar que o uso do recordatório 24 horas pode superestimar a proporção de crianças amamentadas exclusivamente ao peito, pois aquelas que recebem outros líquidos de forma irregular podem não tê-los consumido no dia anterior ao inquérito (OMS, 2008).

O conceito de práticas alimentares infantis consiste na prática do aleitamento materno e na introdução de alimentos que complementam esse aleitamento. Os alimentos complementares são aqueles, que não o leite humano, oferecidos à criança amamentada (Ministério da Saúde, 2002).

As variáveis de desfecho propostas foram criadas com base nas categorias de aleitamento definidas de acordo com a OMS (1991) e pela revisão dos Indicadores para Avaliar as Práticas Alimentares de Bebês e Crianças Pequenas (OMS, 2008):

a) Aleitamento materno e consumo de alimentos sólidos: indica a oferta de alimentos complementares de acordo com sua consistência para crianças que também estejam recebendo leite materno. As seguintes categorias foram criadas:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME) → crianças que receberam somente leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, sem água, chá, sucos, sem outros leites ou alimentos;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP) → crianças que receberam leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, com água, chá, sucos, sem outros leites ou alimentos;
- Aleitamento materno com consumo de alimentos sólidos → crianças amamentadas que receberam alimentos sólidos. Os alimentos sólidos considerados nessa categoria são a comida de panela e/ou a fruta em pedaço;
- Aleitamento Materno com alimentos líquidos ou pastosos → crianças amamentadas que receberam outros alimentos, com exceção de sólidos. Os alimentos dessa categoria são mingau, sopa ou papa de legumes e/ou outros leites;
- Aleitamento Artificial → crianças que receberam outro leite com ou sem outros alimentos, e não receberam leite materno.

b) Aleitamento materno e consumo de outros tipos de leite: indica a oferta de outros tipos de leite em crianças amamentadas e não amamentadas. Foram utilizadas as seguintes categorias para expressar o consumo de alimentos lácteos:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME) → crianças que receberam somente leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, sem água, chá, sucos, sem outros leites ou alimentos;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP) → crianças que receberam leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, com água, chá, sucos, sem outros leites ou alimentos;
- Aleitamento Materno e outros alimentos → crianças amamentadas que receberam outros alimentos, mas não receberam outro tipo de leite;
- Aleitamento Materno e alimentação láctea → crianças amamentadas que receberam outro tipo de leite;
- Aleitamento Artificial → crianças que receberam outro leite com ou sem outros alimentos, e não receberam leite materno.



*Exposições principais: rede social, apoio social e suas dimensões*

O questionário para medir apoio social utilizado foi uma versão em português da escala adotada no *Medical Outcomes Study* (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991) e validado por Griep et al. (2005) (Anexo 2). O instrumento inclui dezenove itens que cobrem cinco dimensões do apoio social: apoio material, emocional, de informação, afetivo e de interação positiva. As perguntas são introduzidas pela frase “se você precisar...” seguida pelo tipo de apoio, e as opções de resposta são apresentadas da mesma forma para todos os itens: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre, com pontuação que variava de 1 até 5, respectivamente.

Para aferir rede social utilizaram-se questões referentes à quantidade de amigos e parentes com quem a mulher pode contar e a participação em atividades sociais nos últimos 12 meses (Chor et al., 2001).

As variáveis relacionadas ao número de pessoas (amigos e parentes) com quem a mulher pode contar foram utilizadas de forma ordinal nas análises (0, 1, 2 e 3 ou mais). Para o apoio social foi utilizado o escore total e de cada uma de suas dimensões: afetivo, material, interação social positiva e emocional/informação, sendo que estas duas últimas dimensões foram fundidas, conforme sugerido no estudo original de Griep *et al* (2005). As perguntas de cada uma das quatro dimensões trabalhadas nesta dissertação são apresentadas na figura 2. Foram calculados escores padronizados para cada uma das dimensões de apoio social seguindo os mesmos critérios utilizados por Andrade *et al.* (2005) e Griep *et al.* (2005). Este procedimento envolve a soma dos pontos das respostas dadas às perguntas de cada uma das dimensões seguida por sua divisão pelo número máximo de pontos possível de serem obtidos na mesma dimensão, permitindo assim obter escalas de variação da pontuação comparáveis para todas as dimensões, já que estas são constituídas por diferentes números de perguntas. O resultado dessa razão foi multiplicado por 100, de modo que escores mais elevados significam melhores resultados em relação ao apoio social. Para análise, os escores foram dicotomizados, pois não houve relação linear entre os escores das dimensões e o logOdds dos desfechos para serem analisados de forma contínua. Logo, tomando como base a mediana mais frequentemente encontrada na análise das diferentes dimensões de apoio social, um único ponto de corte ( $\geq 80$ ) foi utilizado para todas as dimensões do apoio social.

**Figura 4:** Questionário de apoio social, itens e dimensões propostas na versão original aplicada no *Medical Outcomes Study*, adaptadas para o português.

Tipo de Apoio	Item <b>Se você precisar, com que frequência conta com alguém...</b>
Material	que o ajude, se ficar de cama? para levá-lo ao médico? para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?
Afetivo	que demonstre amor e afeto por você? que lhe dê um abraço? que você ame e que faça você se sentir querido?
Emocional e de Informação*	para ouvi-lo, quando você precisar falar?# em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?# para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?# que compreenda seus problemas?# para dar bons conselhos em situações de crise?§ para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?§ de quem você realmente quer conselhos?§ para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?§
Interação social positiva	com quem fazer coisas agradáveis? com quem distrair a cabeça? com quem relaxar? para se divertir junto?

Fonte: Griep *et al.*, 2005.

\* Dimensões tratadas como uma única dimensão neste estudo

# Itens originalmente pertencentes à dimensão emocional do apoio social

§ Itens originalmente pertencentes à dimensão de informação do apoio social

### *Co-variáveis*

As co-variáveis incluídas nas análises correspondem a fatores individuais e contextuais referentes à criança, à mãe e ao ambiente social, já descritas como potenciais determinantes do tipo de alimentação do lactente (Venâncio *et al.*, 2002; Bueno *et al.*, 2003; Simon, 2003; Castro *et al.*, 2004; Brunken *et al.*, 2006; Oliveira *et al.*, 2006; Venâncio & Monteiro, 2006; França *et al.*, 2007; Saldiva *et al.*, 2007):

- Referentes à criança: idade gestacional, peso ao nascer, número de ordem de nascimento;
- Referentes à mãe: idade, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, situação conjugal atual, trabalho atual, escolaridade, paridade (número de filhos);
- Referentes ao ambiente social: condições ambientais da moradia, suspeição de uso inadequado de álcool materno e/ou pelo companheiro, escolaridade do companheiro.

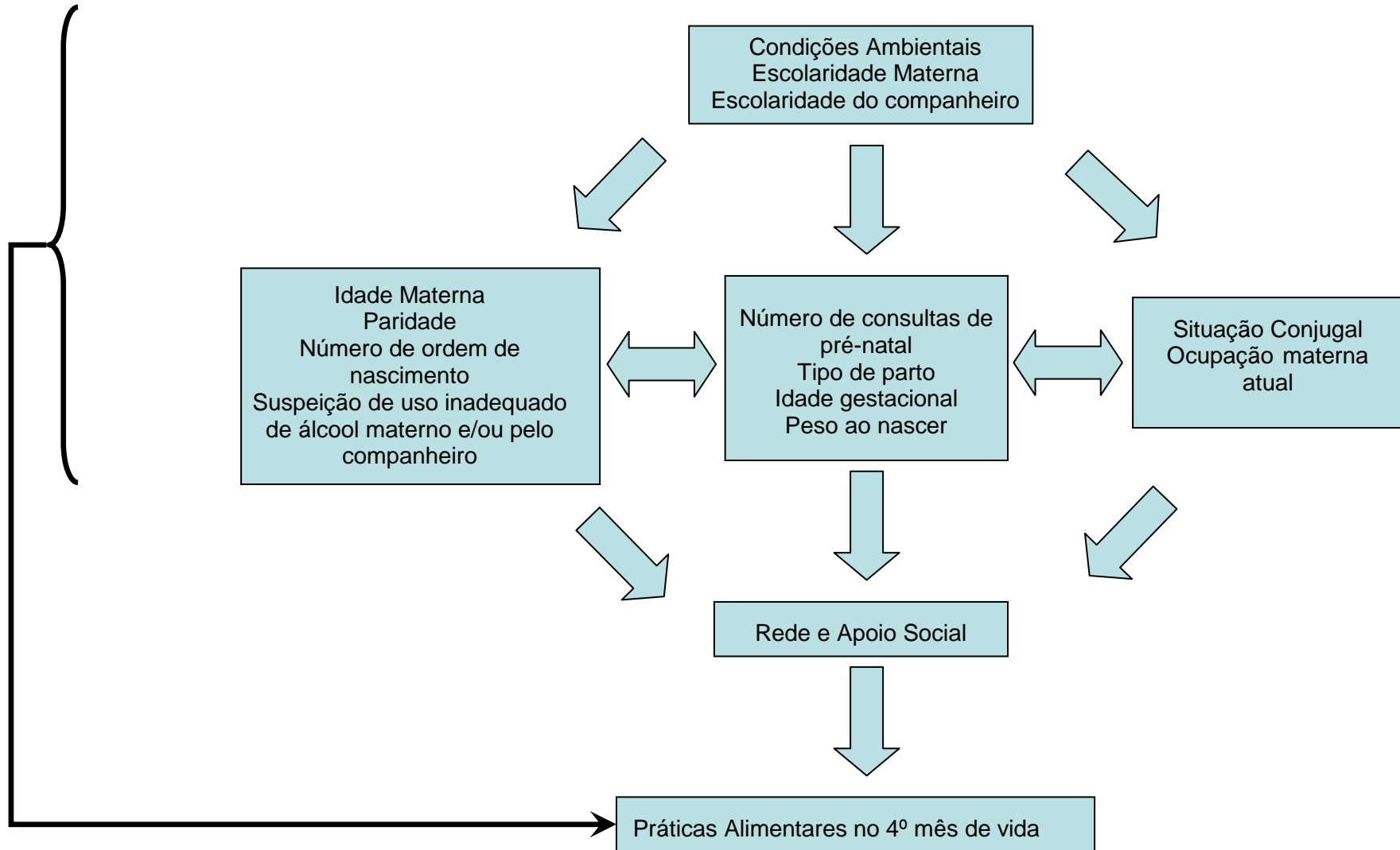
Estas possíveis variáveis confundidoras foram categorizadas de acordo com a distribuição observada levando-se em consideração o que se encontra na literatura (Hasselmann et al., 2008; Venâncio et al. 2008; França et al. 2007; Brunken et al., 2006; Castro et al., 2004; Ximenes & Oliveira, 2004; Venâncio et al., 2002). As categorizações podem ser observadas na tabela 6 do apêndice.

O *CAGE* (Cut down; Annoyed; Guilty & Eye-opened) é um instrumento de quatro itens comumente utilizado para avaliar suspeição de uso inadequado de álcool, sendo de fácil aplicação. Ele não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco, para os quais se pode propor intervenções. O CAGE possui sensibilidade em torno de 74-88% e especificidade em torno de 83-91% para duas respostas positivas (Mayfield et al., 1974; Trois et al., 1997; Marques & Ribeiro, 2002).

As condições ambientais de moradia foram avaliadas no presente estudo utilizando um sistema de escores criados por Reinchenheim & Harphman (1990) a partir das seguintes variáveis relacionadas ao domicílio: aglomeração, material de construção, material do piso, disponibilidade de eletricidade, tipo de saneamento interno, origem da água e tipo de recolhimento do lixo (Anexo 3). A classificação dos domicílios como condições ambientais inadequadas ou adequadas era para escores entre 0-8 pontos e  $\geq 9$ , respectivamente, categorização utilizada por Reinchenheim & Harphan (1990).

Para este estudo é proposto o modelo teórico apresentado na Figura 5.

Figura 5: Modelo teórico para determinação das práticas alimentares em crianças com 4 meses de vida



O modelo teórico proposto não tem a intenção de orientar as análises num contexto hierarquizado para estimar associações de todas as variáveis apresentadas neste diagrama. O intuito é apenas demonstrar as interrelações entre as variáveis e o desfecho, tendo em vista o interesse central da pesquisa de avaliar o papel de rede e apoio social.

### **Análise de dados**

As prevalências das diferentes práticas alimentares e seus respectivos intervalos de 95% de confiança foram estimadas segundo as categorias das variáveis de estudo. Utilizou-se modelos de regressão logística multinomial, estimando-se como medidas de associação entre variáveis as razões de chances (*odds ratios* – OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança. Este modelo foi escolhido tendo em vista que os desfechos em questão não se apresentam de forma ordinal. Na análise multivariada, as associações entre as variáveis de interesse central (rede e apoio social) e as práticas alimentares foram ajustadas pelas co-variáveis que apresentaram associação bruta com os desfechos significantes em nível de 10% ( $p\text{-valor} \leq 0,10$ ). Esta opção metodológica foi realizada, pois caso tivesse sido adotado significância em nível de 20%, todas as co-variáveis entrariam no modelo final. Todas as co-variáveis selecionadas foram incluídas em bloco no modelo final. Para análise estatística foram utilizados os pacotes estatísticos R, versão 2.8.0 (R Development Core Team, 2008) e Stata, versão 9.2 (StataCorp, 2005).

Este estudo foi aprovado em Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e todos os participantes assinaram termo de consentimento informado.

## 5. ARTIGO

### Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida

#### Resumo

**INTRODUÇÃO:** Menos de 35% das crianças no mundo são aleitadas de forma exclusiva durante os primeiros 4 meses de vida e no nosso país não mais do que isto. Apesar do aumento na prevalência, investigações mostram que a alimentação complementar vem sendo introduzida de forma precoce, muitas vezes com alimentos impróprios para a saúde do bebê. A literatura acerca dos fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida vem apontando para o papel de questões sociais, culturais, psicológicas e econômicas, ligadas tanto à mãe quanto ao bebê. **OBJETIVO:** Investigar a associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida. **MÉTODOS:** Estudo seccional inserido em uma coorte prospectiva, tendo como população fonte recém-nascidos acolhidos em 4 Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Foram estudadas 313 crianças com idade em torno de 4 meses ( $4,1 \pm 0,34$ ). Para avaliar as práticas alimentares foi aplicado um recordatório 24h adaptado, para medir rede social foram feitas perguntas relacionadas ao número de pessoas com quem a mulher pode contar e para aferir apoio social foi utilizada a escala do *Medical Outcomes Study* (MOS) validada para uso no Brasil. A análise dos dados se baseou em modelos de regressão logística multinomial, estimando-se razões de chances e respectivos intervalos de 95% de confiança para as associações entre as variáveis. **RESULTADOS:** Cerca de 85% dos lactentes receberam leite de peito, porém apenas 16% dos lactentes estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) e 18,8% em aleitamento materno predominante (AMP). Cerca de 48% usavam alimentação complementar, sendo que 25,9% do total de crianças já consumiam alimentos sólidos e 37,5% consumiam alimentos lácteos. Crianças filhas de mães que referiram menor número de parentes com quem contar e com baixo apoio social apresentaram maior chance de estar em aleitamento artificial em relação ao AME, quando comparadas com filhas de mães referindo poder contar com parentes ou com nível alto de apoio social. O baixo apoio social na dimensão emocional/informação apresentou associação com AMP. **CONCLUSÃO:** Tendo em vista os achados apresentados, destaca-se a necessidade de integrar os membros da rede social da mulher à atenção pré-natal, ao parto e puerpério de modo que esta rede possa prover o apoio social que atenda as suas necessidades e, assim, contribuir para manutenção do AME.

Palavras-chave: aleitamento materno, consumo alimentar, rede social, apoio social, lactente

---

<sup>1</sup> Autores: Morgado, C.M.C.; Werneck, G.L.; Hasselmann, M.H.

## Abstract

**INTRODUCTION:** Less than 35% of children around the world are exclusively breastfed during the first four months of life and in our country, the situation is not that different. Although this prevalence has increased, investigations have shown that complementary feeding is early introduced, many times with unsafe food for the baby's health. The literature around factors associated to early interruption of exclusive breastfeeding points to social, cultural, psychological and economic factors, linked to the mother and the baby, might be related to variations of children's feeding practices. **OBJECTIVE:** To investigate the relation between social network, social support and feeding practices of infants in their fourth month. **METHODS:** Sectional study inserted in a prospective cohort, having as the source population newborns taken into Primary Health Care Units of the Municipal Bureau of Health from Rio de Janeiro, which studied 313 children aged around 4 months ( $4,1 \pm 0,34$ ). To evaluate the feeding practices, an adapted 24-hour dietary recall has been applied to the mothers ( $n=313$ ) and two indicators were built considering the consumption of solid and milky food. To measure the social network, questions related to the number of relatives and friends to whom the woman can rely on were asked as well as the participation in social activities. A scale used on the *Medical Outcomes Study* (MOS) was adapted to Brazil and used to measure social support. The analysis was based on multinomial logistic regression models estimating odds ratio and respective 95% confidence intervals, for the associations between variables. **RESULTS:** It was observed that 16% of infants were on exclusive breastfeeding, 18.8% were on predominant breastfeeding, approximately 48% received breast milk and other food and 16.5% were on bottle-feeding. In relation to complementary breastfeeding, almost 25.9% consumed solid food and 37% milky food. Children whose mothers had a small number of relatives to count on and with low social support were more likely to be on bottle-feeding than on exclusive breastfeeding, when compared to children whose mothers can reckon on relatives or with a high level of social support. Low social support regarding emotional/information was shown to be associated to predominant breastfeeding. **CONCLUSION:** According to the data presented, the need to integrate all the actors of the social network of the woman during pre-natal, birth and the after birth period should be highlighted, in a way that social support can serve the mother's requirements, contributing to the beginning and maintenance of breastfeeding.

**Key Words:** breastfeeding, food consumption, social network, social support and infant.

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno se mantenha exclusivo até o sexto mês de vida e que seja complementado a partir de então (OMS, 2001). No entanto, menos de 35% das crianças no mundo são aleitadas somente ao seio durante os primeiros 4 meses de vida (Ministério da Saúde, 2001). No Brasil, estudos revelam que ao longo das últimas décadas, a duração mediana do aleitamento materno (AM) aumentou de 1,5 meses em 1975 para 9,9 meses em 1999 (IBGE, 1975; Ministério da Saúde, 2001). No município do Rio de Janeiro, a série histórica de prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME) de 1996 até o ano de 2006 revela que as suas frequências aumentaram de 18,7% para 45% entre os menores de 4 meses, de 5,1% para 13% entre os lactentes de 4 a 5,9 meses e de 13,7% para 33,4% entre os menores de 6 meses (Damião, 2008).

Paralelamente, investigações mostram que a alimentação complementar vem sendo frequentemente introduzida de forma precoce, muitas vezes com alimentos impróprios ou inseguros para a saúde, o que contribui para desnutrição, obesidade e outras morbidades infantis (OMS, 2003; Monte & Giuliani, 2004; Simon, 2007). Água, chás, sucos e outros leites são os alimentos mais consumidos de acordo com os resultados de pesquisas nacionais (Simon et al., 2003; Vieira et al., 2004; Brunken et al., 2006). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS - 2006), por exemplo, mostrou que 15,3% das crianças de 4 a 6 meses de vida estavam em AME, enquanto 62,4%, além do leite de peito, recebiam outros alimentos - outros leites (41,7%), mingau (31,6%) e comida de sal (22%) (Ministério da Saúde, 2008a). Mais especificamente no estado de São Paulo, Venâncio et al. (2008) observaram que 58% das crianças de 4 meses já haviam recebido água, 51% outro leite, 25% suco de frutas, 24% mingau e 20% fruta amassada.

A literatura acerca dos fatores associados à interrupção precoce do AME até o sexto mês de vida vem apontando a escolaridade materna e paterna, o tipo de parto, a paridade, a idade materna, a ocupação materna, o estado socioeconômico/renda, o peso ao nascer, a realização do pré-natal, o uso de chupeta, a depressão pós-parto e a violência familiar como aspectos importantes de serem considerados na determinação da manutenção de AME (Venâncio et al., 2002; Bueno et al., 2003; Simon, 2003; Castro et al., 2004; Brunken et al., 2006; Mascarenhas et al., 2006; Oliveira et al., 2006; Venâncio & Monteiro, 2006; França et al., 2007; Saldiva et al., 2007; Hasselmann et al., 2008; Oliveira, 2008). Entretanto, poucos



estudos de cunho epidemiológico vêm sendo publicados sobre a relação entre a rede e o apoio social e a prática alimentar infantil - aleitamento materno e oferta de outros alimentos, e os que existem nem sempre utilizam instrumentos validados para aferir rede e apoio social e em geral exploram apenas a prática de AME ou do AM (Ministério da Saúde, 2003; Souza, 2006; Nakano et al., 2007; Scavenius et al., 2007).

Dearden et al. (2002), por exemplo, avaliaram positivamente o impacto do suporte oferecido às mães na prevalência de AME, através de um programa comunitário na Guatemala. As chances das mães continuarem o AME eram gradativamente maiores quanto maior fosse o suporte recebido. Ao avaliar a satisfação de mulheres com o apoio recebido em unidades de saúde, Oliveira et al. (2005) observaram o dobro de satisfação nas unidades com desempenho regular para ações de incentivo ao aleitamento materno (61,9%) em relação às unidades com desempenho fraco (31,4%). Há, ainda, um conjunto de publicações, em geral utilizando métodos qualitativos, que investigam aspectos relativos à rede e ao apoio social relacionados às práticas dos profissionais de saúde e às políticas de promoção e apoio ao aleitamento materno, indicando que estes interferem positivamente sobre a amamentação (Ramos & Almeida, 2003a; Ramos & Almeida, 2003b; Bueno & Teruya, 2004; Faleiros et al., 2006; Jóia, 2006; Souza, 2006; Nakano et al., 2007).

Alguns estudos ressaltam, ainda, que a ausência de uma rede e de apoio social pode interferir na interrupção do aleitamento materno e decisão por outras escolhas alimentares, como a oferta de leite artificial em mamadeira, que satisfazendo o lactente, deixaria a mulher com mais tempo para outras tarefas (Jóia, 2006; Souza, 2006; Ramos & Almeida, 2003a). Por outro lado, Kools et al. (2006), utilizando um instrumento de determinantes motivacionais para AM, observaram que em determinadas situações a continuidade da amamentação é comprometida em função da existência de um apoio social voltado para o aleitamento artificial.

Com a perspectiva de contribuir para o conhecimento sobre aspectos psicossociais relacionados à amamentação, o presente estudo visa investigar a associação entre a rede e o apoio social e as práticas alimentares dos lactentes no quarto mês de vida.

## **Método**

### ***Desenho e população de estudo***

Estudo do tipo seccional, inserido em uma coorte prospectiva aberta. A população fonte consistiu em recém-nascidos acolhidos em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), encaminhados diretamente pelas maternidades, conforme preconizado no programa "Acolhimento Mãe-bebê". Crianças com anomalias congênitas e paralisia cerebral não foram incluídas nesta pesquisa. A escolha das UBS onde a investigação ocorreu foi feita em conjunto com a Gerência de Programas da Saúde da Criança da SMS, levando em consideração o número médio estimado de recém-nascidos que ingressam mensalmente no programa e a variabilidade geográfica, de forma a contemplar diferentes grupos populacionais. O período de coleta de dados foi de junho de 2005 a abril de 2008.

Foram estudadas 313 crianças com idade em torno de 4 meses ( $4,1 \pm 0,34$ ). Considerando que cerca de 75% das mães são não-expostas (isto é, referem apoio social adequado), este tamanho amostral garante um poder de 80% para detectar como significante uma razão de prevalências de 1,7, considerando um erro  $\alpha$  de 0,05 e que a prevalência da introdução de alimentação inadequada entre os expostos é de 50%.

Este estudo foi aprovado em Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e todos os participantes assinaram termo de consentimento informado.

### ***Aferição dos dados***

#### *Desfecho: práticas alimentares*

O instrumento usado para coleta de informações sobre práticas alimentares na população de estudo foi um recordatório 24 horas adaptado dos utilizados nos inquéritos em dias de Campanhas Nacionais de Multivacinação. O conceito de práticas alimentares infantis

consiste no aleitamento materno e na introdução de alimentos que complementam esse aleitamento. Os alimentos complementares são aqueles, que não o leite humano, oferecidos à criança amamentada (Ministério da Saúde, 2002).

As variáveis de desfecho abaixo relacionadas foram criadas com base nas categorias de aleitamento definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1991) atualizadas pela revisão dos Indicadores para Avaliar as Práticas Alimentares de Bebês e Crianças Pequenas (OMS, 2008):

a) Aleitamento materno e consumo de alimentos sólidos: indica a oferta de alimentos complementares de consistência sólida em crianças que também estejam recebendo leite materno:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME) → crianças que receberam somente leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, sem água, chá, sucos, sem outros leites ou alimentos;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP) → crianças que receberam leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, com água, chá, sucos, sem outros leites ou alimentos;
- Aleitamento Materno com consumo de alimentos sólidos → crianças amamentadas que receberam alimentos sólidos. Os alimentos sólidos considerados nessa categoria são a comida de panela e/ou a fruta em pedaço;
- Aleitamento Materno com alimentos líquidos ou pastosos → crianças amamentadas que receberam outros alimentos, com exceção de sólidos. Os alimentos dessa categoria são mingau, sopa ou papa de legumes e/ou outros leites;
- Aleitamento Artificial → crianças que receberam outro leite com ou sem outros alimentos e não receberam leite materno.

b) Aleitamento materno e consumo de outros tipos de leite: indica a oferta de outros tipos de leite em crianças amamentadas. Foram utilizadas as seguintes categorias para expressar o consumo de alimentos lácteos:

- Aleitamento Materno Exclusivo;
- Aleitamento Materno Predominante;
- Aleitamento Materno e outros alimentos → crianças amamentadas que receberam outros alimentos, mas não receberam outro tipo de leite;

- Aleitamento Materno e alimentação láctea → crianças amamentadas que receberam outro tipo de leite e/ou mingau com leite;
- Aleitamento Artificial → crianças que receberam outro leite com ou sem outros alimentos e não receberam leite materno.

*Exposição principal: rede social, apoio social e suas dimensões*

O questionário para medir apoio social utilizado foi uma versão em português da escala adotada no *Medical Outcomes Study* (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991) e validado por Griep et al. (2005) (Anexo 2). O instrumento inclui dezenove itens que cobrem cinco dimensões do apoio social: apoio material, emocional, de informação, afetivo e de interação positiva. As perguntas são introduzidas pela frase “se você precisar...” seguida pelo tipo de apoio, e as opções de resposta são apresentadas da mesma forma para todos os itens: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. Tal instrumento mostrou-se adequado na aferição de apoio social percebidos pelas mães, segundo estudo realizado por Silva & Coutinho (2005), pois a escala foi considerada capaz de medi-lo de forma confiável em população de gestantes atendidas em maternidade pública.

Para aferir rede social utilizaram-se questões referentes à quantidade de amigos e parentes com quem a mulher pode contar e a participação em atividades sociais nos últimos 12 meses (Chor et al., 2001).

As variáveis relacionadas ao número de pessoas (amigos e parentes) com quem a mulher pode contar foram utilizadas de forma ordinal nas análises (0, 1, 2 e 3 ou mais). Para o apoio social foi utilizado o escore total e de cada uma de suas dimensões: afetivo, material, interação social positiva e emocional/informação, sendo que estas duas últimas dimensões foram fundidas, conforme sugerido no estudo original e no estudo de Griep *et al* (2005). Foram calculados escores padronizados para cada uma das dimensões de apoio social seguindo os mesmos critérios utilizados por Andrade *et al.* (2005) e Griep *et al.* (2005). Este procedimento envolve a soma dos pontos das respostas dadas às perguntas de cada uma das dimensões seguida por sua divisão pelo número máximo de pontos possível de serem obtidos na mesma dimensão, permitindo assim obter escalas de variação da pontuação comparáveis para todas as dimensões, já que estas são constituídas por diferentes números de perguntas. O resultado dessa razão foi multiplicado por 100, de modo que escores mais elevados significam

melhores resultados em relação ao apoio social. Para análise, os escores foram dicotomizados tomando como base a mediana mais freqüentemente encontrada na análise das diferentes dimensões de apoio social. Desta forma, um único ponto de corte ( $\geq 80$ ) foi utilizado para todas as dimensões do apoio social.

### *Co-variáveis*

As co-variáveis incluídas nas análises são correspondentes a fatores individuais e contextuais referentes à criança, à mãe e ao ambiente social e foram: peso ao nascer, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, idade materna, escolaridade materna e paterna, situação conjugal, ocupação materna, número de filhos, número de ordem de nascimento, suspeição de alcoolismo mensurado através da resposta positiva do marido e/ou da esposa, a dois ou mais itens do questionário CAGE (Cut down; Annoyed; Guilty & Eye-opened) (Mayfield et al., 1974) e condições ambientais aferidas a partir das variáveis domiciliares: aglomeração, material de construção, material do piso, disponibilidade de eletricidade, tipo de saneamento interno, origem da água e tipo de recolhimento do lixo. A classificação dos domicílios como condições ambientais inadequadas ou adequadas foi para escores entre 0-8 pontos e  $\geq 9$ , respectivamente, categorização sugerida por Reichenheim & Harphan (1990).

### *Análise de dados*

As prevalências das diferentes práticas alimentares e seus respectivos intervalos de 95% de confiança foram estimadas segundo as categorias das variáveis de estudo. Foram utilizados modelos de regressão logística multinomial, estimando-se como medidas de associação entre variáveis as razões de chances (*odds ratios* – OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança. Na análise multivariada, as associações entre as variáveis de interesse central (rede e apoio social) e as práticas alimentares foram ajustadas pelas co-variáveis que apresentaram associação bruta com os desfechos significantes em nível de 10% (p-valor  $\leq 0,10$ ). Todas as co-variáveis selecionadas foram incluídas em bloco no modelo final. Para análise estatística foram utilizados os pacotes estatísticos R, versão 2.8.0 (R Development Core Team, 2008) e Stata, versão 9.2 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

## Resultados

Ainda que se trate de uma população que frequenta serviços públicos de saúde, a maioria das crianças incluídas neste estudo vive em condições de moradia relativamente satisfatórias (80%). Porém, a escolaridade materna e paterna é baixa, sendo que cerca de 1/3 das mães completaram o ensino fundamental, mas não concluíram o ensino de nível médio e outros 1/3 dos pais não concluíram o ensino fundamental. Aproximadamente 70% das mães são adultas jovens, na faixa etária de 20 a 35 anos incompletos, 82,7% são casadas e metade delas teve apenas um filho. A maioria das mães compareceram às consultas de pré-natal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo que 83,7% realizaram mais de 6 consultas, e 61% tiveram parto normal. Mais de 90% dos bebês nasceram a termo e com peso adequado. Apenas 21% das mulheres estavam trabalhando fora na ocasião da entrevista. Em relação ao número de parentes e amigos com que podem contar, cerca de 90% das mulheres relataram que podem contar com pelo menos um parente e, aproximadamente 80% podem contar com pelo menos um amigo. Apenas 18% participaram de alguma atividade social nos últimos 12 meses. Em relação à percepção das mães sobre o apoio social e suas dimensões, observou-se que para as cinco variáveis analisadas, a maioria delas refere um grau elevado de apoio, de acordo com a categorização estabelecida.

Cerca de 85% dos lactentes recebiam leite de peito, sendo a mediana do número de mamadas nas últimas 24 horas igual a 10. O leite em pó foi utilizado por 42,6% dos lactentes, enquanto que apenas 11,2% tomaram outro tipo de leite e 34,8% consumiram mingau. A ingestão de água pura, chá e suco de frutas foi feita por 69,3%, 15,7% e 43,2% das crianças, respectivamente. Foram menos frequentemente consumidas a sopa ou papa de legumes (19,5%) e a comida de sal (6,4%).

Apenas 16% dos lactentes encontram-se em AME e 18,8% em AMP. Destaca-se que 16,5% das crianças receberam leite artificial. No que diz respeito à alimentação complementar, o consumo de alimentos sólidos (comida de panela e/ou fruta em pedaço) ocorreu em 25,9% das crianças e 22,9% receberam alimentos de consistência pastosa e líquida, tais como mingau, sopa ou papa de legumes. Com relação ao consumo de alimentos lácteos e leite materno verificou-se que 37,5% dos bebês ingeriram outros tipos de leite e/ou mingau (Tabela 1). Observa-se nesta tabela que houve perdas na análise, devido à ausência de informações sobre todos os alimentos do recordatório aplicado às mães, o que impossibilitou a classificação da prática alimentar nesses casos.

Nas análises multinomiais bivariadas do desfecho “aleitamento materno e consumo de alimentos sólidos” (tabela 2), foi observado que ter más condições de moradia está associado a uma maior chance de a criança ter consumido leite de peito e outros alimentos na consistência líquida ou estar em aleitamento artificial. O mesmo pôde ser observado para a escolaridade materna baixa, que aumenta a chance de oferta de outros líquidos ou alimentos. Mães que trabalham fora apresentam cerca de sete vezes mais chances de ofertar leite de peito e alimentos sólidos, cinco vezes mais chances de oferecer o leite de peito e alimentos líquidos ou pastosos e seus filhos têm em torno de quatro vezes mais chances de terem consumido leite artificial. O baixo apoio social e a dimensão de apoio emocional/informação aumentam as chances de aleitamento artificial em quase três vezes. Já para idade materna, quanto maior a idade da mulher, maiores são as chances do bebê ser amamentado exclusivamente ao seio. O parto cesáreo e o maior número de parentes com quem a mãe pode contar estão associados a uma menor chance de aleitamento artificial em relação ao AME.

Para o desfecho “aleitamento materno e consumo de alimentos lácteos” foram observados resultados similares nas análises multinomiais bivariadas (tabela 3).

Nas tabelas 4 e 5 são apresentados os resultados finais dos modelos de regressão logística multinomial multivariados. Todas as variáveis de exposição central relacionadas à rede e ao apoio social foram analisadas independentemente de apreciações estatísticas acerca das associações com os desfechos observadas nas análises bivariadas. Foi observado que tanto para o consumo de alimentos sólidos quanto para os lácteos, o baixo apoio social e não ter parentes com quem contar aumentam as chances da criança ter consumido leite artificial nas últimas 24 horas antes da entrevista. Em relação ao baixo apoio emocional/informação, ou seja, mães que raramente têm pessoas para ouvi-las quando precisam falar ou em quem confiar ou de quem ouvir conselhos, apresentaram quase três vezes mais chance de terem oferecido água, chás ou sucos associados ao leite materno no desfecho “aleitamento materno e consumo de alimentos sólidos”. Já para o desfecho “aleitamento materno e consumo de alimentos lácteos”, o apoio emocional/informação não apresentou significância estatística. As outras dimensões do apoio social (material, afetivo e interação social positiva) não apresentaram associação estatisticamente significativa com os desfechos, o mesmo tendo sido observado para participação em atividades sociais e número de amigos com que a mãe pode contar.

**Tabela 1: Situação das práticas alimentares no quarto mês de vida em 4 UBS do município do Rio de Janeiro, 2005/2008.**

<b>Consumo de alimentos sólidos</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
AME	16,0	47
AMP	18,8	55
AM + alimentos líquidos ou pastosos	22,9	67
AM + alimentos sólidos	25,9	76
Aleitamento Artificial	16,4	48
TOTAL 1	100,0	293
<b>Consumo de alimentos lácteos</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
AME	16,2	47
AMP	18,8	55
AM e outros leites e/ou mingau	37,5	109
AM e outros alimentos	11,0	32
Aleitamento Artificial	16,5	48
TOTAL 2	100,0	291



**Tabela 2: Razões de Chances entre as variáveis independentes e o desfecho *Aleitamento Materno e consumo de alimentos sólidos* de crianças no 4º mês de vida, Rio de Janeiro, RJ, 2005/2008.**

	OR #			
	<i>AMP</i>	<i>AM + sólidos</i>	<i>AM + líquidos e/ou pastosos</i>	<i>Aleitamento Artificial</i>
<b>Condições ambientais</b>				
≥ 9	1,0	1,0	1,0	1,0
0 - 8	2,75 (0,80 - 9,38)	2,62 (0,80 - 8,59)	3,61* (1,14 - 11,4)	3,72* (1,11 - 12,51)
<b>Escolaridade materna</b>				
Médio completo e superior	1,0	1,0	1,0	1,0
Fundamental completo e médio incompleto	1,15 (0,45 - 2,92)	1,06 (0,44 - 2,56)	1,02 (0,43 - 2,40)	1,66 (0,65 - 4,19)
Fundamental incompleto	5,78** (1,85 - 18,09)	5,00** (1,64 - 15,15)	4,82** (1,62 - 14,38)	4,37* (1,31 - 14,50)
<b>Escolaridade do companheiro</b>				
Médio completo e superior	1,0	1,0	1,0	1,0
Fundamental completo e médio incompleto	0,99 (0,34 - 2,87)	1,70 (0,62 - 4,66)	1,40 (0,52 - 3,78)	2,6 (0,82 - 8,20)
Fundamental incompleto	0,96 (0,36 - 2,53)	1,28 (0,49 - 3,30)	1,45 (0,59 - 3,56)	2,28 (0,78 - 6,69)
<b>Idade materna</b>				
< 20 anos	1,68 (0,47 - 6,00)	2,56 (0,76 - 8,56)	1,98 (0,59 - 6,56)	2,34 (0,66 - 8,27)
20 a 35 anos	1,0	1,0	1,0	1,0
≥ 35 anos	0,28* (0,09 - 0,89)	0,50 (0,19 - 1,33)	0,30* (0,10 - 0,84)	0,36* (0,11 - 1,13)
<b>Número de filhos</b>				
1 filho	1,0	1,0	1,0	1,0
≥ 2 filhos	0,86 (0,52 - 1,43)	0,83 (0,51 - 1,35)	0,67 (0,41 - 1,09)	1,26 (0,75 - 2,11)
<b>CAGE positivo para mãe ou companheiro</b>				
Não	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim	1,21 (0,30 - 4,87)	3,01* (0,90 - 10,04)	1,27 (0,36 - 4,53)	2,00 (0,54 - 7,45)
<b>Situação conjugal atual</b>				
Casada	1,0	1,0	1,0	1,0

Solteira	0,99 (0,31 - 3,20)	1,97 (0,70 - 5,52)	1,54 (0,54 - 4,34)	1,79 (0,59 - 5,42)
<b>Tipo de parto</b>				
Normal	1,0	1,0	1,0	1,0
Cesárea/Fórceps	0,39* (0,17 - 0,89)	0,79 (0,37 - 1,68)	0,71 (0,34 - 1,49)	0,52 (0,22 - 1,19)
<b>Número de consultas no pré-natal</b>				
> 6 consultas	1,0	1,0	1,0	1,0
≤ 6 consultas	1,9 (0,59 - 6,06)	1,62 (0,52 - 5,06)	1,29 (0,41 - 4,05)	2,16 (0,67 - 6,91)
<b>Idade gestacional</b>				
> 36 semanas	1,0	1,0	1,0	1,0
≤ 36 semanas	0,14* (0,16 - 1,32)	0,24 (0,04 - 1,34)	0,69 (0,19 - 2,41)	1,2 (0,33 - 4,26)
<b>Peso ao nascer</b>				
≥ 2,500g	1,0	1,0	1,0	1,0
< 2,500g	0,84 (0,16 - 4,40)	1,2 (0,27 - 5,29)	1,03 (0,23 - 4,53)	3,0 (0,74 - 12,14)
<b>Número de ordem de nascimento</b>				
Primeiro	1,0	1,0	1,0	1,0
Segundo	0,60 (0,23 - 1,55)	0,70 (0,29 - 1,72)	0,90 (0,38 - 2,09)	0,78 (0,29 - 2,12)
Terceiro ou mais	0,93 (0,33 - 2,61)	0,84 (0,30 - 2,30)	0,70 (0,25 - 1,92)	1,66 (0,59 - 4,64)
<b>Mãe trabalha fora atualmente</b>				
Não	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim	2,49 (0,62 - 10,01)	6,84** (1,90 - 24,59)	5,06* (1,40 - 18,23)	4,36* (1,13 - 16,80)
<b>Nº parentes que pode contar (ordinal)</b>				
0, 1, 2, 3 ou mais parentes	0,99 (0,63 - 1,55)	0,89 (0,58 - 1,36)	1,07 (0,70 - 1,62)	0,54** (0,34 - 0,85)
<b>Nº amigos que pode contar (ordinal)</b>				
0, 1, 2, 3 ou mais amigos	1,33 (0,88 - 2,02)	1,01 (0,68 - 1,50)	1,24 (0,84 - 1,82)	0,76 (0,49 - 1,17)
<b>Participação em atividades esportivas, religiosas, voluntárias ou no bairro</b>				
Sim	1,0	1,0	1,0	1,0
Não	0,82 (0,31 - 2,18)	0,98 (0,38 - 2,53)	1,12 (0,44 - 2,89)	1,65 (0,53 - 5,09)

<b>Apoio Social</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,53 (0,68 - 3,46)	1,16 (0,52 - 2,55)	1,38 (0,64 - 2,97)	2,95* (1,28 - 6,82)
<b>Apoio Material</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,24 (0,53 - 2,91)	1,41 (0,63 - 3,16)	1,33 (0,60 - 2,93)	1,83 (0,78 - 4,27)
<b>Apoio Afetivo</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	0,61 (0,23 - 1,61)	0,54 (0,21 - 1,38)	0,58 (0,23 - 1,43)	1,08 (0,43 - 2,70)
<b>Apoio Interação Social Positiva</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	0,52 (0,22 - 1,27)	0,58 (0,25 - 1,33)	0,54 (0,24 - 1,22)	0,96 (0,41 - 2,23)
<b>Apoio Emocional e de Informação</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,90 (0,85 - 4,26)	1,46 (0,67 - 3,16)	1,33 (0,62 - 2,84)	2,47* (1,08 - 5,64)

# Aleitamento Materno Exclusivo (AME) como categoria de referência.

\* p-valor < 0,10    \*\* p-valor < 0,01

**Tabela 3: Razões de Chances entre as variáveis independentes e o desfecho *Aleitamento Materno e consumo de alimentos lácteos* de crianças no 4º mês de vida, Rio de Janeiro, RJ, 2005/2008.**

	OR #			
	<i>AMP</i>	<i>AM + lácteos</i>	<i>AM - lácteos</i>	<i>Aleitamento Artificial</i>
<b>Condições ambientais</b>				
≥ 9	1,0	1,0	1,0	1,0
0 - 8	2,75 (0,80 - 9,38)	2,84 (0,75 - 10,74)	3,12* (1,02 - 9,59)	3,72* (1,11 - 12,51)
<b>Escolaridade materna</b>				
Médio completo e superior	1,0	1,0	1,0	1,0
Fundamental completo e médio incompleto	1,15 (0,45 - 2,92)	1,20 (0,42 - 3,38)	1,12 (0,50 - 2,48)	1,66 (0,65 - 4,19)
Fundamental incompleto	5,78** (1,85 - 18,09)	3,46* (0,96 - 12,47)	5,38** (1,87 - 15,45)	4,37* (1,31 - 14,50)
<b>Escolaridade do companheiro</b>				
Médio completo e superior	1,0	1,0	1,0	1,0
Fundamental completo e médio incompleto	0,99 (0,34 - 2,87)	1,63 (0,51 - 5,18)	1,50 (0,59 - 3,83)	2,6 (0,82 - 8,20)
Fundamental incompleto	0,96 (0,36 - 2,53)	0,93 (0,29 - 2,94)	1,49 (0,63 - 3,48)	2,28 (0,78 - 6,69)
<b>Idade materna</b>				
< 20 anos	1,68 (0,47 - 6,00)	1,78 (0,42 - 7,44)	2,42 (0,77 - 7,62)	2,34 (0,66 - 8,27)
20 a 35 anos	1,0	1,0	1,0	1,0
≥ 35 anos	0,28* (0,09 - 0,89)	0,65 (0,21 - 2,01)	0,32* (0,12 - 0,82)	0,36* (0,11 - 1,13)
<b>Número de filhos</b>				
1 filho	1,0	1,0	1,0	1,0
≥ 2 filhos	0,86 (0,52 - 1,43)	0,57* (0,30 - 1,07)	0,79 (0,50 - 1,23)	1,26 (0,75 - 2,10)
<b>CAGE positivo para mãe ou companheiro</b>				
Não	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim	1,21 (0,30 - 4,87)	2,03 (0,49 - 8,31)	1,89 (0,59 - 6,10)	2,00 (0,54 - 7,45)
<b>Situação conjugal atual</b>				
Casada	1,0	1,0	1,0	1,0
Solteira	0,99 (0,31 - 3,20)	1,26 (0,35 - 4,56)	1,92 (0,73 - 5,08)	1,79 (0,59 - 5,42)

<b>Tipo de parto</b>				
Normal	1,0	1,0	1,0	1,0
Cesárea/Fórceps	0,39* (0,17 - 0,89)	1,04 (0,42 - 2,56)	0,73 (0,36 - 1,45)	0,52 (0,22 - 1,19)
<b>Número de consultas no pré-natal</b>				
> 6 consultas	1,0	1,0	1,0	1,0
≤ 6 consultas	1,90 (0,59 - 6,06)	0,88 (0,19 - 4,03)	1,54 (0,53 - 4,48)	2,16 (0,67 - 6,91)
<b>Idade gestacional</b>				
> 36 semanas	1,0	1,0	1,0	1,0
≤ 36 semanas	0,14* (0,16 - 1,32)	0,25 (0,28 - 2,28)	0,55 (0,16 - 1,85)	1,2 (0,33 - 4,26)
<b>Peso ao nascer</b>				
≥ 2,500g	1,0	1,0	1,0	1,0
< 2,500g	0,84 (0,16 - 4,40)	0,47 (0,04 - 4,76)	1,49 (0,39 - 5,70)	3,00 (0,74 - 12,14)
<b>Número de ordem de nascimento</b>				
Primeiro	1,0	1,0	1,0	1,0
Segundo	0,60 (0,23 - 1,55)	0,60 (0,20 - 1,73)	0,83 (0,37 - 1,85)	0,78 (0,29 - 2,12)
Terceiro ou mais	0,93 (0,33 - 2,61)	0,46 (0,12 - 1,76)	0,87 (0,34 - 2,21)	1,66 (0,59 - 4,64)
<b>Mãe trabalha fora atualmente</b>				
Não	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim	2,49 (0,62 - 10,01)	2,82 (0,62 - 12,78)	7,43** (2,15 - 25,60)	4,36* (1,13 - 16,80)
<b>Nº parentes que pode contar (ordinal)</b>				
0, 1, 2, 3 ou mais parentes	0,99 (0,63 - 1,56)	0,90 (0,53 - 1,52)	0,98 (0,66 - 1,46)	0,53** (0,33 - 0,85)
<b>Nº amigos que pode contar (ordinal)</b>				
0, 1, 2, 3 ou mais amigos	1,33 (0,88 - 2,02)	1,24 (0,77 - 2,00)	1,15 (0,80 - 1,65)	0,76 (0,49 - 1,17)
<b>Participação em atividades esportivas, religiosas, voluntárias ou no bairro</b>				
Sim	1,0	1,0	1,0	1,0
Não	0,82 (0,31 - 2,18)	0,98 (0,31 - 3,11)	0,99 (0,41 - 2,36)	1,65 (0,53 - 5,09)
<b>Apoio Social</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,53 (0,68 - 3,46)	1,29 (0,50 - 3,33)	1,31 (0,63 - 2,69)	2,95* (1,28 - 6,82)

<b>Apoio Material</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,24 (0,53 - 2,91)	1,36 (0,51 - 3,60)	1,47 (0,70 - 3,08)	1,83 (0,78 - 4,27)
<b>Apoio Afetivo</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	0,61 (0,23 - 1,61)	0,44 (0,12 - 1,55)	0,69 (0,30 - 1,57)	1,08 (0,43 - 2,70)
<b>Apoio Interação Social Positiva</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	0,52 (0,22 - 1,27)	0,53 (0,19 - 1,51)	0,58 (0,28 - 1,23)	0,96 (0,41 - 2,23)
<b>Apoio Emocional e de Informação</b>				
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,90 (0,85 - 4,26)	1,34 (0,52 - 3,43)	1,45 (0,71 - 2,95)	2,47* (1,08 - 5,64)

# Aleitamento Materno Exclusivo (AME) como categoria de referência.

\* p-valor < 0,10    \*\* p-valor < 0,01

**Tabela 4: Modelo final para o desfecho *Aleitamento Materno e consumo de alimentos sólidos* de crianças no 4º mês de vida, Rio de Janeiro, RJ, 2005/2008.**

	AME	AMP	AM + alimentos sólidos	AM + alimentos líquidos e ou pastosos	Aleitamento Artificial
<b>Rede social*</b>					
Participação em atividades sociais (não)	1,0	0,99 (0,25 - 3,89)	0,69 (0,19 - 2,47)	1,28 (0,36 - 4,56)	2,75 (0,53 - 14,13)
Número de parentes (ordinal)	1,0	0,85 (0,06 - 12,1)	2,27 (0,29 - 17,59)	3,13 (0,48 - 20,39)	10,43 (1,58 - 68,68) †
Número de amigos (ordinal)	1,0	0,51 (0,14 - 1,91)	0,73 (0,22 - 2,41)	0,55 (0,17 - 1,76)	1,32 (0,39 - 4,43)
<b>Apoio Social**</b>					
Apoio Social total baixo	1,0	2,06 (0,70 - 6,06)	1,2 (0,43 - 3,36)	1,66 (0,63 - 4,37)	3,88 (1,26 - 11,86) †
Apoio Material baixo	1,0	1,69 (0,57 - 5,03)	1,01 (0,35 - 2,88)	1,43 (0,54 - 3,81)	1,77 (0,58 - 5,36)
Apoio Afetivo baixo	1,0	0,45 (0,12 - 1,67)	0,32 (0,09 - 1,15)	0,43 (0,13 - 1,37)	0,54 (0,15 - 1,92)
Apoio Interação Social Positiva baixo	1,0	0,69 (0,21 - 2,23)	0,55 (0,18 - 1,65)	0,59 (0,21 - 1,65)	0,95 (0,3 - 2,99)
Apoio Emocional e de Informação baixo	1,0	2,91 (1,01 - 8,38) †	1,59 (0,59 - 4,27)	1,4 (0,54 - 3,59)	2,68 (0,91 - 7,89)

Ter participado em atividades sociais (sim) como categoria de referência.

Alto apoio social e suas dimensões como categoria de referência.

\* Controlado por condições ambientais, escolaridade materna, idade materna, CAGE, tipo de parto, semana gestacional, mãe trabalha fora.

\*\* Controlado por condições ambientais, escolaridade materna, idade materna, número de filhos, CAGE, tipo de parto, semana gestacional, mãe trabalha fora.

† p-valor < 0,05

**Tabela 5: Modelo final para o desfecho *Aleitamento Materno e consumo de alimentos lácteos* de crianças no 4º mês de vida, Rio de Janeiro, RJ, 2005/2008.**

	AME	AMP	AM + lácteos	AM - lácteos	Aleitamento Artificial
<b>Rede social*</b>					
Participação em atividades sociais (não)	1,0	0,84 (0,23 - 3,09)	0,7 (0,17 - 2,91)	0,81 (0,25 - 2,63)	1,88 (0,42 - 8,35)
Número de parentes (ordinal)	1,0	0,45 (0,03 - 6,32)	3,78 (0,55 - 25,8)	1,91 (0,31 - 11,59)	8,35 (1,41 - 49,62) †
Número de amigos (ordinal)	1,0	0,51 (0,15 - 1,79)	0,49 (0,12 - 2,0)	1,51 (0,42 - 5,47)	2,38 (0,61 - 9,28)
<b>Apoio Social**</b>					
Apoio Social total (baixo)	1,0	1,6 (0,59 - 4,31)	1,56 (0,54 - 4,5)	1,28 (0,53 - 3,06)	3,22 (1,17 - 8,85) †
Apoio Material (baixo)	1,0	1,45 (0,51 - 4,09)	1,78 (0,59 - 5,34)	1,44 (0,57 - 3,58)	2,0 (0,71 - 5,6)
Apoio Afetivo (baixo)	1,0	0,52 (0,15 - 1,73)	0,38 (0,09 - 1,5)	0,44 (0,15 - 1,25)	0,72 (0,23 - 2,26)
Apoio Interação Social Positiva (baixo)	1,0	0,73 (0,25 - 2,11)	0,52 (0,16 - 1,7)	0,54 (0,21 - 1,36)	0,93 (0,33 - 2,61)
Apoio Emocional e de Informação (baixo)	1,0	2,1 (0,79 - 5,57)	1,34 (0,47 - 3,83)	1,28 (0,54 - 3,03)	2,35 (0,87 - 6,32)

Ter participado em atividades sociais (sim) como categoria de referência.

Alto apoio social e suas dimensões como categoria de referência.

\* Controlado por condições ambientais, escolaridade materna, idade materna, CAGE, tipo de parto, idade gestacional, mãe trabalha fora.

\*\* Controlado por condições ambientais, escolaridade materna, idade materna, número de filhos, CAGE, tipo de parto, idade gestacional, mãe trabalha fora.

† p-valor < 0,05



## Discussão

Os resultados desse estudo mostram que, aos 4 meses de idade, apenas 16% dos bebês estão sendo aleitados exclusivamente ao seio e 18,8% estão em aleitamento materno predominante. Chama atenção o fato de 16,4% já terem sido desmamados, tendo recebido leite artificial nas 24 horas anteriores a entrevista. Cabe ressaltar que as unidades de saúde que participaram do estudo buscam realizar ações de incentivo ao aleitamento materno, em consonância com a Política de Incentivo ao Aleitamento Materno do município, que tem como base a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (Ministério da Saúde, 2003).

A prevalência do aleitamento artificial aqui descrita é um pouco mais baixa do que a apresentada na PNDS, em que a proporção de crianças entre 4 e 6 meses que não estavam sendo amamentadas foi de 22,3%, e no Distrito Federal, onde a estimativa ficou em torno de 20% aos 4 meses (Sena et al., 2007; Ministério da Saúde, 2008a). No município do Rio de Janeiro, estudos realizados nas campanhas de vacinação revelam prevalências de AME e aleitamento total para a faixa etária entre 4 e 6 meses de 7% e 71,8%, respectivamente, valores mais baixos do que os encontrados nesta pesquisa, (Castro et al., 2004). Adicionalmente, Damião (2008) analisando dados dos inquéritos de Campanhas de Vacinação de 1998 e 2000, observou que apenas 12,4% das crianças de 4 meses são amamentadas exclusivamente. Talvez esses resultados, indicando uma situação um pouco melhor em termos de AME do que as relatadas para os inquéritos regionais e/ou nacionais, possam ser explicados pelo fato de a população pesquisada ser composta por lactentes acompanhados em serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro, onde existe uma política de incentivo ao aleitamento materno (Silva et al., 2006a; Silva et al., 2006b). Em contrapartida, vale mencionar que estudo recente, realizado em uma Unidade Básica Amiga da Amamentação com crianças menores de um ano mostra que as prevalências de AME e aleitamento entre aquelas de 4 a 6 meses foram bem mais altas: 82% e 94%, respectivamente (Cardoso et al., 2008). Nessa perspectiva, considera-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido em busca de práticas alimentares na infância mais adequadas.

Nos modelos para estimar associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares, um número maior de parentes com quem a mãe pode contar implicou uma maior chance de AME em relação ao aleitamento artificial. O alto apoio social total e o alto apoio emocional/informação também mostraram associação similar com AME. O modelo final ajustado para “consumo de alimentos sólidos” mostrou que as mães com baixo apoio social e

emocional/ informação praticavam menos o AME, oferecendo leite artificial e AMP, respectivamente.

Mesmo abordando de formas diferentes a rede e o apoio social, outros estudos também revelam a importância destes fatores no sucesso do aleitamento materno. A divisão de tarefas e dos cuidados com o bebê já foram citados como atitudes mantenedoras do aleitamento materno. A mãe que pode contar com o parceiro e com parentes mais próximos, como a sua mãe ou sogra, se sente mais apoiada para cuidar e alimentar o bebê da forma desejada, pois não precisa se preocupar com as tarefas domésticas ou com a manutenção do sustento da casa (Souza, 2006; Scavenius et al., 2007; McInnes & Chambers, 2008; Simoini & Geib, 2008). Uma rede social que envolve familiares próximos parece influenciar positivamente na superação de problemas iniciais com a amamentação, podendo ser fonte de suporte material, de informação ou emocional (McInnes & Chambers, 2008). O apoio social no momento de adaptação à nova dinâmica familiar seja com o primeiro, segundo ou mais filhos, é fundamental para manutenção da saúde materna e auxílio nas tomadas de decisão em relação ao novo bebê, entre elas, a alimentação (Simioni & Geib, 2008). Outra questão que merece ser considerada é a possibilidade de a intensidade do apoio social diminuir à medida que a criança cresce, pois o apoio recebido logo após o nascimento nem sempre se mantém, o que pode prejudicar a manutenção da amamentação (Jóia, 2006). Este aspecto não pode ser abordado neste estudo, de forma que há a necessidade de realização de novos estudos, de preferência longitudinais, abordando este tema específico.

Segundo Oliveira (2008), as mulheres com elevada auto-estima no pós-parto apresentam maior probabilidade de permanecer em AME. Essa auto-estima tem reflexos no vínculo entre mãe e filho, favorecendo o processo da amamentação. Adicionalmente, é plausível supor que a mulher com alto apoio social possua maior auto-estima. Jóia (2006) identificou que o ato de amamentar requer diversos elementos que apontaram para um esforço da mãe, perpassando pela paciência, tranquilidade, empenho, carinho, força de vontade, abdicção e consciência dos benefícios dessa prática para mãe e filho. Possivelmente essas características podem estar atreladas à elevada auto-estima e à presença de uma rede e de apoio social. Segundo Müller (2008), o apoio instrumental, afetivo e estrutural gerado pela família, amigos e pelo serviço de saúde são favoráveis à manutenção do AME.

Destaca-se nesse contexto a publicação da Organização Mundial de Saúde que, estudando as estratégias comunitárias para promoção do aleitamento materno em países em desenvolvimento, enfatiza que as principais dimensões do apoio social relevantes para o

aleitamento materno são a emocional, de informação e a material, as quais permitem às mães mais aceitação, coragem, tempo oportuno e informação sobre a amamentação e habilidades práticas e outras estratégias para transpor obstáculos socioeconômicos, culturais ou biomédicos (OMS, 2003).

As associações da rede e do apoio social com as práticas alimentares relacionadas ao aleitamento complementar não foram significantes nos modelos multivariados, não confirmando a suposição de que as mães com maior apoio social, além de amamentarem mais de forma exclusiva, teriam escolhas mais próximas do recomendado. Talvez, uma possível explicação para esses achados seja a praticidade da oferta de outros leites, em detrimento do sugerido pela OMS, que seria papa de frutas e de legumes. Estudos mostram que o aleitamento artificial é feito através de mamadeira e, em geral, associa farináceos no seu preparo que geram maior plenitude no bebê e o faz dormir por mais tempo (Jóia, 2006; Castro et al., 2008). Ainda assim, é importante a realização de mais estudos que qualifiquem a alimentação complementar através dos indicadores da OMS (2008) para avançar na discussão de práticas alimentares para além do aleitamento materno.

Algumas questões de natureza metodológica merecem ser comentadas. A primeira se refere ao fato de o desenho de estudo ser seccional, o que não permite inferir relação temporal, ou seja, de causa e efeito entre as variáveis de estudo. Contudo, este estudo traz para o cenário da alimentação infantil a ainda pouco avaliada relação entre rede e apoio social e práticas alimentares. A segunda questão está relacionada ao instrumento de aferição de práticas alimentares: um recordatório de 24 horas, que contempla apenas a oferta, mas não a introdução de novos alimentos, ou seja, o consumo de apenas um dia não configura que o alimento já faça parte da rotina da alimentação do bebê. Entretanto, a pouca variedade da alimentação de crianças pequenas torna este um bom instrumento (Buzzard, 1998). Apesar de as perguntas do questionário utilizado terem permitido a criação dos indicadores de desfecho um pouco mais detalhados dos que habitualmente são avaliados, é fato que o mesmo poderia conter mais questões que ajudassem a refinar estes mesmos indicadores, de modo a acompanhar mais proximamente as recomendações da OMS (2008).

Merecem comentários os indicadores de práticas alimentares adotados nesta pesquisa, “*aleitamento materno e consumo de alimentos sólidos*” e “*aleitamento materno e consumo de alimentos lácteos*”, construídos de acordo com a consistência dos alimentos e das preparações ingeridos e com as recentes recomendações da OMS (2008). A proposta atual da OMS representa uma nova perspectiva de aferição e classificação das práticas alimentares,

permitindo qualificar um pouco mais a alimentação dos bebês. Entretanto, destaca-se que diferentemente do período sugerido pelo OMS, construção dos indicadores a partir do 6º mês de vida, que é a recomendação de duração ideal de AME, buscou-se explorar as práticas alimentares aos quatro meses, uma vez que estudos apontam para prevalências de AME nesta idade já muito aquém da recomendação da OMS (OMS, 2001; Afonso et al., 2004; Monteiro et al., 2004; Sena et al., 2007; Delgado et al., 2008).

Infelizmente, algumas variáveis já relatadas na literatura como relacionadas às práticas alimentares em crianças menores de um ano não puderam ser incluídas neste estudo. A inclusão de variáveis como a maternidade de nascimento da criança, o início da amamentação ao nascer, o uso de chupeta e o apoio recebido pelos profissionais de saúde na unidade onde realiza a puericultura poderiam contribuir para uma melhor compreensão de algumas das associações encontradas.

Embora nossa população de estudo não seja representativa dos serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro, os resultados encontrados podem ser inferidos para populações com características similares, tendo em vista que o perfil das usuárias dos serviços públicos de saúde da rede básica é semelhante (Castro et al., 2004; Damião, 2008).

Como todo estudo seccional, este também contribui ao identificar o grupo alvo que deve ser foco de intervenção com o objetivo de melhorar as prevalências de aleitamento materno exclusivo em crianças com 4 meses de vida. Neste caso, destaca-se o grupo de mães com baixo apoio social e, em particular, o baixo apoio emocional e de informação como aquele que poderia merecer algum tipo de atenção ou intervenção específica.

Por fim, na multidimensionalidade que envolve o cenário das práticas alimentares infantis, merece a atenção dos profissionais de saúde o papel da rede e do apoio social. Deve-se procurar integrar todos os atores da rede social da mulher no pré-natal, parto e puerpério de modo que esta possa prover o apoio social que atenda as suas necessidades e, assim, contribuir para manutenção do AME até o 6º mês de vida e alimentação complementar adequada.

## Referências

Afonso VW et al. Prevalência do aleitamento materno no município de Juiz de Fora, MG. In: VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2004, Recife. Livro de resumos. Recife: Revista Brasileira de Epidemiologia, 2004. 1 CD-ROM.

Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame de mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(2): 379-386.

Araújo RMA & Almeida JAG. O aleitamento materno na pós-graduação em nutrição no Brasil: um perfil das dissertações e teses de 1974 a 2004. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2008; 8(1): 125-133.

Berkman LF & Glass T. Social integration, social networks, social support and Health. In: Berkman LF & Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Press; 2000. p. 137-173.

Brunken GS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *Jornal de Pediatria* 2006; 82(6): 445-51.

Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(5): 1453-1460.

Bueno LGS & Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(5): 126-130.

Buzzard M. 24-Hour Dietary Recall and Food Record Methods. In: Willett, WC. *Nutritional Epidemiology*. 2nd edition; 1998. p. 50-73.

Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *Jornal de Pediatria* 2008; 84(2): 147-153.

Castro IRR, Silva MAV, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVVF, Engstrom, EM. Evolução do Aleitamento Materno no município do Rio de Janeiro no período de 1996 a 2003. *Diário Oficial da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro* 2004; 10 set.

Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(4): 887-896.

Damião JJ. Evolução do Aleitamento Materno. In: Associação Brasileira de Nutrição, Associação de Nutrição do Estado do Rio de Janeiro. XX Congresso Brasileiro de Nutrição; 25-28 de maio de 2008; Rio de Janeiro, Brasil.

Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008; 11(3): 442-52.

Dearden K, Altaye M, Maza I, Oliva M, Stone-Jimenez M, Burkhalter BR, Morrow AL. The impact of mother-to-mother support on optimal breast-feeding: a controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Revista Panamericana Salud Publica* 2002; 12(3): 193-201.

Delgado MM et al. Perfil de Aleitamento Materno do município de Mesquita, Rio de Janeiro, Brasil, 2007. In: VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. Livro de Resumos. Porto Alegre: Revista Brasileira de Epidemiologia, 2008. 1 CD-ROM.

Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição* 2006; 19(5): 623-630.

França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venâncio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41(5): 711:18.

Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(3):703-714.

Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (supl.2): S341-352.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF)*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1975.

Jóia, ICOS. *Percursos ambíguos: percepções de lactantes usuárias de uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro acerca dos primeiros meses de amamentação* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva; Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

Kools EJ, Thijs C, Kester ADM, Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: Predictors for the continuation of breast-feeding. *Preventive Medicine* 2006; 43: 394-401.

Mascarenhas ML, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determinants in the first 3 months of life in the South of Brazil. *Jornal de Pediatria* 2006; 82(4): 289-94.

Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *American Journal of Psychiatry* 1974; 131(10): 1121-3.

McInnes RJ & Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62(4): 407-427.

Ministério da Saúde. *Amamentação: participe e apóie a mulher*. Folder comemorativo da Semana Mundial de Amamentação. Ministério da Saúde; 2008b.

Ministério da Saúde. Área da Saúde da Criança. Manual de Capacitação de equipes de Unidades Básicas de Saúde na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. Curso de 24 horas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável – Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (Relatório). Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Monte CMG & Giuliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* 2004; 80 (supl. 5): S131-S141.

Monteiro MC, Rodrigues FA, Pereira MI. Diagnóstico da situação de aleitamento materno em campanha de multivacinação: a experiência de Niterói/RJ em 2003. In: VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2004, Recife. Livro de resumos. Recife: Revista Brasileira de Epidemiologia, 2004. 1 CD-ROM.

Muller FS. Representações sociais de um grupo de nutrizes sobre o apoio no processo da amamentação [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Revista Latino-americana de enfermagem* 2007; 15(2): 230-8.



Nunes M. Apoio social no diabetes. Educação, ciência e tecnologia. Viseu; 2005.  
<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/10.pdf> (acessado em julho de 2008).

Oliveira, ASD. Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce? [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Caderno de Saúde Pública* 2005; 21(6): 1901-1910.

Oliveira VA, Assis AMO, Pinheiro SMC, Barreto ML. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(5): 874-82.

Organização Mundial de Saúde. *Community-based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2003.

Organização Mundial de Saúde. *Global strategy for infant and young child feeding*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2003.

Organização Mundial de Saúde. *Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1991.

Organização Mundial de Saúde. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008.

Organização Mundial de Saúde. *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2001. Resolução 54.2.

R Development Core Team (2008). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051- 7-0, URL <http://www.R-project.org>.

Ramos CV & Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria* 2003a; 79(5): 385-390.

Ramos CV, Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno infantil em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003b; 3(3): 315-321.

Reichenheim ME, Harphan T. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro (Brasil). *Revista de Saúde Pública* 1990; 24(1): 69-79.

Ryan, K. The Power of support groups: Influence on infant feeding trends in New Zealand. *Journal of Human Lactation* 1997; 13(3): 183-190.

Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *Jornal de Pediatria* 2007; 83(1): 53-8.

Scavenius M, Hulsel L, Meijer J, Wendte H, Gurgel R. In practice, the theory is different: A processual analysis of breastfeeding in northeast Brazil. *Social Science & Medicine* 2007; 64: 676-688.

Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2007; 53(6).

Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 38:705-14.

Silva KS, Coutinho ESF. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(3): 979-983.

Silva MAV, Guimarães MHFS, Rito RVVF, Morgado CMC. “Acolhimento mãe-bebê na unidade básica de saúde após alta na maternidade”: estratégia utilizada no município do Rio

de Janeiro. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 21 a 25 de agosto de 2006; Rio de Janeiro, Brasil.

Silva RG et al. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no município do Rio de Janeiro: o desafio de construir uma rede de apoio à amamentação. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 21 a 25 de agosto de 2006; Rio de Janeiro, Brasil.

Simioni AS & Geib LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008; 61(5): 645-51.

Simon, VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças nascidas no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2003; 6(1): 29-38.

Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil; 1997.

Souza, MHN. A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 9. College Station, TX: StataCorp LP.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(3): 313-8.

Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2006; 9(1): 40-46.

Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas e não amamentadas. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(5): 411-6.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do aumento crescente das prevalências de aleitamento materno e de AME em todo o país, mais em especial no município do Rio de Janeiro, foi visto neste estudo realizado em quatro unidades públicas de saúde que estas ainda estão muito aquém do recomendado. Além disso, são diversas as consistências e os tipos de alimentos ofertados aos lactentes já aos 4 meses de vida. As variáveis sócio-demográficas avaliadas em diversos estudos já explicaram parte do processo de efetuação da interrupção precoce do AME e, atualmente, algumas são alvo de intervenções nas políticas de incentivo do aleitamento materno, como uso de chupeta e abordagens diferentes por faixa etária, como entre as gestantes adolescentes. Este estudo se propôs a expandir o foco do processo de determinação das práticas alimentares infantis, investigando sua associação com rede e apoio social, condições que vinham sendo abordados pela maioria dos estudos apenas de forma qualitativa.

Com a avaliação da relação existente entre o apoio social e as práticas alimentares de crianças que deveriam estar em AME sendo feita através de um instrumento validado que determina o nível de apoio percebido pela entrevistada, diferentemente dos estudos que somente realizaram “perguntas soltas” sobre apoio social, essa discussão foi trazida para o campo da epidemiologia de forma mais consistente.

Assim, este estudo contribui ao identificar o grupo alvo que deve ser foco de intervenção prioritária a fim de se obter uma melhora nas prevalências de aleitamento materno exclusivo em crianças com 4 meses de vida. No caso, destaca-se o grupo de mães com baixo apoio social e, em particular, o baixo apoio emocional e de informação como aquele que poderia merecer algum tipo de atenção ou intervenção específica. A Semana Mundial de Amamentação de 2008 abordou justamente o apoio à mulher que amamenta, ressaltando a importância dessa atitude, que depende da família, dos amigos, dos empregadores, dos

profissionais de saúde, enfim, de toda rede social na qual cada uma delas está inserida. Esse apoio deve perpassar por todas as dimensões avaliadas neste estudo: material, afetivo, interação social positiva e emocional/de informação.

O desafio está em como cada um desses grupos pode e deve apoiar, pois ainda preocupa a forma como esse apoio é oferecido. Destaca-se aqui o apoio dos profissionais de saúde, pois os mesmos deveriam contar com treinamentos continuados e cursos de aconselhamento para incentivar o AME e orientar adequadamente a introdução dos novos alimentos junto às mães e seus familiares. Ramos & Almeida (2003), em seu estudo para avaliar as alegações maternas para o desmame precoce entre crianças menores de 4 meses, observaram a falta de apoio profissional como contribuinte para o abandono da amamentação. A ausência de orientações capazes de traçar um cenário favorável ao aleitamento durante o ciclo gravídico-puerperal, como por exemplo, o preparo das mamas, ou a insensibilidade do profissional frente à dor da lactante, muitas vezes impossibilitam o sucesso dessa prática.

Diferentemente da maioria dos estudos revisados neste trabalho, a busca de fatores associados ao que é oferecido além do leite de peito, seja de forma exclusiva ou não, em uma faixa etária menor do que o sexto mês de vida foi um aspecto diferencial e tem como objetivo chamar a atenção para a questão da alimentação complementar precoce. Se a mãe não está oferecendo a alimentação adequada de acordo com a idade da criança, cabe ao profissional de saúde, considerando o caráter multidimensional desse fenômeno, buscar maneiras de auxiliar para que a melhor prática alimentar seja oferecida para a criança, a fim de não causar prejuízos ao seu crescimento e desenvolvimento. Envolver a família nas consultas da puericultura e deixar a mulher à vontade para voltar à unidade de saúde quando tiver dúvidas ou problemas são alternativas para melhorar o apoio social. Além de não inibi-la quando relatar uma prática inadequada, o que só a afasta do serviço de saúde e contribui para que ela não se sinta apoiada.

Por fim, para melhorar o conhecimento acerca da relação entre o apoio social e as práticas alimentares em crianças menores de seis meses, deve-se realizar estudos longitudinais a fim de detectar as variações do apoio social ao longo do tempo, desde o nascimento até o momento da introdução dos novos alimentos, pois há evidências de que o apoio apresenta uma tendência decrescente nos primeiros meses de vida do bebê.

## 7. REFERÊNCIAS (referentes às seções 1 a 4)

Aggarwal A, Verma S, Dayachand MMAF. Complementary feeding – reasons for inappropriateness in timing, quantity and consistency. *Indian Journal of Pediatrics* 2008; 75(1): 49-53.

Albernaz E et al. Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004. *Jornal de Pediatria* 2008; 84 (6): 560-4.

Almeida JAG & Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria* 2004; 80 (5 Supl): S119-S125.

Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame de mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(2): 379-386.

Araújo MFA, Del Fiaco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2004; 4 (2): 135-141.

Balaban G et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2004; 4 (3): 263-8.

Barbosa GP, Camarinha MCS, Oliveira MIC. Evolução da amamentação no estado do Rio de Janeiro, segundo a Pesquisa sobre Práticas Alimentares no 1º ano de vida: 1998-2003. Seminário Estadual de Abertura da Semana Mundial de Amamentação; 3 de agosto de 2005; Rio de Janeiro, Brasil.

Brunken GS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *Jornal de Pediatria* 2006; 82(6): 445-51.



Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(5): 1453-1460.

Buzzard M. 24-Hour Dietary Recall and Food Record Methods. In: Willett, WC. *Nutritional Epidemiology*. 2nd edition; 1998. p. 50-73.

Carvalhoes MABL, Parada CMGL, Manoel CM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Revista de Saúde Pública* 1998; 32(5): 430-6.

Castro IRR, Silva MAV, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVVF, Engstrom, EM. Evolução do Aleitamento Materno no município do Rio de Janeiro no período de 1996 a 2003. *Diário Oficial da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro* 2004; 10 set.

Castro LMC, Arimetea J, Rotemberg S. As orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde em relação às práticas alimentares de crianças menores de um ano. In: *Anais do IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e XI Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde*; 2007; Salvador, Brasil.

Castro LMC, Rotemberg S, Damião J, Maldonado LA, Rosado CP, Baptista NO. Concepções de mães sobre a alimentação da criança pequena: o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares. *Caderno de Saúde Coletiva* 2008; 16(1): 83-98.

Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(4): 887-896.

Damião JJ. Evolução do Aleitamento Materno. In: *Associação Brasileira de Nutrição, Associação de Nutrição do Estado do Rio de Janeiro. XX Congresso Brasileiro de Nutrição*; 25-28 de maio de 2008; Rio de Janeiro, Brasil.

Delgado MM et al. Perfil de Aleitamento Materno do município de Mesquita, Rio de Janeiro, Brasil, 2007. In: VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. Livro de Resumos. Porto Alegre: Revista Brasileira de Epidemiologia, 2008. 1 CD-ROM.

Escuder MML, Venâncio SI, Rodrigues JC. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(3): 319-25.

European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). Complementary Feeding: A Commentary by the ESPHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2008; 46(1): 99-110.

Euclides, MP. *Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada*. Viçosa, Minas Gerais: Suprema; 2000.

França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venâncio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41(5): 711:18.

Fuchs SC & Victora CG. Risk and prognostic factors for diarrheal disease in Brazilian infants: a special case-control design application. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(3): 773-82.

Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de má oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2008; 13 (2): 70-83.

Giovanni M, Riva E, Banderali G, Salvioni M, Radaelli G, Agostoni C. Exclusive Versus Predominant Breastfeeding in Italian Maternity Wards and Feeding Practices Through the First Year of Life. *Journal of Human Lactation* 2005; 21(3): 259-265.

Gupta N, Gehri M, Stettler N. Early introduction of water and complementary feeding and nutritional status of children in northern Senegal. *Public Health Nutrition* 2007; 10(11): 1299-1304.

Hasselmann MH. O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte (Projeto de pesquisa). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Instituto de Nutrição; 2005.

Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (supl.2): S341-352.

Heinig J. Promotion and support of optimal feeding practices for infants and Young children: a global challenge, a global responsibility. *Journal of Human Lactation* 2004. 20 (2): 137-9.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1975.

Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria* 1996; 72(6): 363-368.

Leão MM, Coitinho DC, Recine E, Costa LAL, Lacerda AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Fundo das Nações Unidas para a Infância, organizadores. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1992. p. 97-109.

Liaqat P, Rizvi MA, Qayyum A, Ahmed H. Association between complementary feeding practice and mothers education status in Islamabad. *Journal of Human Nutrition Dietetic* 2007; 20: 340-344.

Martins, RML. A relevância do apoio social na velhice. Educação, ciência e tecnologia. Viseu; 2005. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium31/9.pdf> (acessado em julho de 2008).

Mascarenhas ML, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determinants in the first 3 months of life in the South of Brazil. *Jornal de Pediatria* 2006; 82(4): 289-94.

Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *American Journal of Psychiatry* 1974; 131(10): 1121-3.

Medeiros JS, Rivera MAA, Benigna MJC, Cardoso MAA, Costa MJC. Estudo caso-controle sobre exposição precoce ao leite de vaca e ocorrência de Diabetes Mellitus tipo I em Campina Grande, Paraíba. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003; 3(3): 271-280.

Ministério da Saúde. Amamentação: participe e apóie a mulher. Folder comemorativo da Semana Mundial de Amamentação. Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde. Área da Saúde da Criança. Manual de Capacitação de equipes de Unidades Básicas de Saúde na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. Curso de 24 horas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável – Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Muller FS. Representações sociais de um grupo de nutrizes sobre o apoio no processo da amamentação [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Revista Latino-americana de enfermagem* 2007; 15(2): 230-8.

Nunes M. Apoio social no diabetes. Educação, ciência e tecnologia. Viseu; 2005.  
<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/10.pdf> (acessado em julho de 2008).

Olaya-Contreras P, Pierre B, Lazcano-Ponce E, Villamil-Rodriguez J, Posso-Valencia HJ. Factores de riesgo reproductivo asociados al câncer mamário, em mujeres colombianas. *Revista de Saúde Pública* 1999; 33(3): 237-245.

Oliveira, ASD. Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce? [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(6): 1901-1910.

Oliveira VA, Assis AMO, Pinheiro SMC, Barreto ML. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(5): 874-82.

Oliveira VA, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Revista de Nutrição de Campinas* 2005; 18(4): 459-469.

Organização Mundial de Saúde. *Community-based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2003.

Organização Mundial de Saúde. *Complementary feeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study*. *Acta Pediátrica* 2006; Suppl 450: 27-37.

Organização Mundial de Saúde. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2007.

Organização Mundial de Saúde. Global strategy for infant and young child feeding. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2003.

Organização Mundial de Saúde. Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1991.

Organização Mundial de Saúde. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008.

Organização Mundial de Saúde. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2001. Resolução 54.2.

Organização Mundial da Saúde. WHO Collaborative Study Team on the role of breastfeeding in the prevention of infant mortality.. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet 2000; 355: 451–55.

Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Complementary feeding practices to children during their first year of life. Revista Latino-americana de enfermagem 2007; 15(2): 282-9.

Perez-Escamilla R, Cobas JA, Balcazar H, Benin MH. Specifying the antecedents of breastfeeding duration in Peru through a structural equation model. Public Health Nutrition 1999; 2(4): 461-7.

Petters E, Wehcamp KH, Felberbaum RE, Kruger D, Linder R. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. European Journal of Public Health 2005; 16(2): 162-7.

Prescott SL, Smith P, Tang M, Palmer DJ, Sinn J, Huntley SJ et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: Concerns and controversies. Pediatric Allergy and Immunology 2008; Online early articles (10 fev): 1-6.

R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-7-0, URL <http://www.R-project.org>.

Ramos CV, Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno infantil em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003b; 3(3): 315-321.

Rea, MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(Supl. 1): 37-45.

Reichenheim ME, Harphan T. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro (Brasil). *Revista de Saúde Pública* 1990; 24(1): 69-79.

Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *Jornal de Pediatria* 2007; 83(1): 53-8.

Scavenius M, Hulsel L, Meijer J, Wendte H, Gurgel R. In practice, the theory is different: A processual analysis of breastfeeding in northeast Brazil. *Social Science & Medicine* 2007; 64: 676-688.

Schneider AP, Stein RT, Fritscher CC. O papel do aleitamento materno, da dieta e do estado nutricional no desenvolvimento de asma e atopia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2007; 33(4): 454-462.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde. Manejo da Alimentação Complementar. Rio de Janeiro: Gerência do Programa de Saúde da Criança; 2001.

Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2007; 53(6).

Sibeko L, Ali Dhansay M, Charlton KE, Johns T, Gray-Donald K. Beliefs, attitudes and practices of breastfeeding mothers from a periurban community in South Africa. *Journal of Human Lactation* 2005; 21(1): 31-8.

Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2006 março-abril; 14(2): 199-206.

Simon, VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças nascidas no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2003; 6(1): 29-38.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil; 1997.

Souza, MHN. A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 9. College Station, TX: StataCorp LP.

Toma TS & Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (2 Supl): S235-S246.

Trois CC et al. Prevalência de CAGE positivo entre estudantes de segundo grau de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, 1994. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13(3): 489-495.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(3): 313-8.



Venâncio SI. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do estado de São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.

Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2006; 9(1): 40-46.

Venâncio SI, Saldiva SRDM, Mondini L, Levy RB, Escuder MML. Early Interruption of Exclusive Breastfeeding and Associated Factors, State of São Paulo, Brazil. *Journal of Human Lactation* 2008; 24: 168-174.

Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas e não amamentadas. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(5): 411-6.

**APÊNDICE** – Resultados: Características da população estudada

Na tabela 6 observa-se que quase 80% das crianças possuem boas condições de moradia. Em relação à escolaridade materna e paterna, enquanto a maioria das mulheres tem ensino médio completo ou superior (37,6%), entre os companheiros ocorre um comportamento inverso, com a maioria apresentando baixa escolaridade, não tendo concluído nem o ensino fundamental (37,3%). Aproximadamente 70% das mulheres são adultas jovens, com idades entre 20 e 35 anos incompletos, e metade delas teve seu primeiro filho. 82,7% são casadas. As mães compareceram às consultas de pré-natal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo 83,7% com mais de 6 consultas, e 61% tiveram parto normal. Mais de 90% dos bebês nasceram a termo e com peso adequado. Apenas 21% das mulheres estão trabalhando fora atualmente. Em relação ao número de parentes e amigos com que podem contar, cerca de 90% das mulheres relataram que podem contar com pelo menos um parente e, aproximadamente 80% podem contar com pelo menos um amigo. Apenas 18% participaram de alguma atividade social nos últimos 12 meses. Sobre o apoio social e suas dimensões foi observado em todos eles que a maioria apresenta alto apoio, havendo maior equilíbrio entre as proporções do apoio social total e do apoio emocional e de informação.

**Tabela 6: Características gerais da amostra de lactentes de 4 UBS do município do Rio de Janeiro**

	<b>N (313)</b>	<b>%</b>
<b>Condições ambientais</b>		
≥ 9	231	77,5
0 - 8	67	22,5
<b>Escolaridade materna</b>		
Fundamental incompleto	102	32,8
Fundamental completo e médio incompleto	92	29,6
Médio completo e superior	117	37,6
<b>Escolaridade paterna</b>		
Fundamental incompleto	100	37,3
Fundamental completo e médio incompleto	77	28,7
Médio completo e superior	91	34,0
<b>Idade materna</b>		
< 20 anos	54	17,8
20 a 35 anos	209	68,8
≥ 35 anos	41	13,5
<b>Número de filhos</b>		
1 filho	148	49,3
2 filhos	91	30,3
≥ 3 filhos	61	20,3
<b>Suspeição de uso inadequado de álcool pela mãe ou companheiro</b>		
Sim	40	15,0
Não	227	85,0
<b>Situação conjugal atual</b>		
Casada	259	82,7
Solteira	54	17,3
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	192	61,3
Cesárea/Fórceps	121	38,7
<b>Número de consultas no pré-natal</b>		
≤ 6 consultas	49	16,3
> 6 consultas	251	83,7
<b>Idade Gestacional</b>		
≤ 36 semanas	21	7,1
> 36 semanas	273	92,9
<b>Peso ao nascer</b>		
< 2.500g	27	8,7
≥ 2.500g	284	91,3
<b>Número de ordem de nascimento</b>		
Primeiro	160	52,1
Segundo ou mais	147	47,9
<b>Mãe trabalha fora atualmente</b>		
Sim	65	21,0
Não	244	79,0
<b>Nº parentes que pode contar</b>		
Nenhum	31	10,3
1 parente	84	28,0
2 parentes	123	41,0
≥ 3 parentes	62	20,7

<b>Nº amigos que pode contar</b>		
Nenhum	67	22,3
1 amigo	99	33,0
2 amigos	94	31,3
≥ 3 amigos	40	13,3
<b>Participação em atividades sociais (esportivas, religiosas, voluntárias ou no bairro)</b>		
Sim	56	18,0
Não	255	82,0
<b>Apoio Social</b>		
Alto	167	55,5
Baixo	134	44,5
<b>Apoio Material</b>		
Alto	187	62,1
Baixo	114	37,9
<b>Apoio Afetivo</b>		
Alto	239	79,4
Baixo	62	20,6
<b>Apoio Interação Social Positiva</b>		
Alto	213	70,8
Baixo	88	29,2
<b>Apoio Emocional e de Informação</b>		
Alto	157	52,2
Baixo	144	47,8

Na tabela 7 são apresentados os alimentos consumidos pelas crianças nas 24 horas anteriores a entrevista de acordo com algumas categorias das duas variáveis de desfecho estudadas. Observou-se que o consumo de alimentos sólidos junto com leite de peito é fortemente influenciado pelo consumo de frutas em pedaço, havendo ainda grande ingestão de água, suco, leite em pó e mingau neste grupo. Já para a categoria “aleitamento materno e consumo de alimentos líquidos e/ou pastosos” houve predomínio da oferta do leite em pó, além da água pura. Em relação ao “aleitamento materno e consumo de outros leites”, observou-se que a oferta de leite em pó e mingau são os alimentos que mais aparecem nessa categoria, associados ao consumo de água e suco de frutas. E para o grupo que se encontra na categoria “aleitamento materno e outros alimentos”, o alimento mais consumido foi fruta em pedaço, seguido do suco e da água, respectivamente.

A tabela 8 apresenta a distribuição das práticas alimentares segundo as variáveis de estudo. Nesta observa-se que somente a variável “*mãe trabalha fora atualmente*” foi associada de maneira significativa a IPAME ( $p=0,01$ ), filhos de mães que não trabalham fora apresentam maior frequência de AME do que aquelas que trabalham. Entre este último grupo houve maior oferta de alimentos sólidos ou líquidos/ pastosos, além do leite de peito. Ainda

que não significantes estatisticamente ( $\leq 0,05$ ), merecem destaque as associações entre a escolaridade materna ( $p=0,07$ ) e o apoio social ( $p=0,08$ ) e consumo de alimentos sólidos. As proporções de AME quadruplicaram entre as mulheres com alta escolaridade tendo em vista aquelas com menos anos de estudo, passando de 5,3% a 21,9%. Já em relação ao apoio social, observa-se que as mulheres com elevados escores de apoio social apresentaram também maiores prevalências de AME e AMP, enquanto que aquelas que têm baixo apoio social ofertaram mais leite artificial.

Na tabela 9 observa-se também que para o consumo de alimentos lácteos a única variável com diferença significativa foi “*mãe trabalhar fora atualmente*” ( $p=0,01$ ). Encontrou-se um percentual maior de oferta de outros alimentos não lácteos complementados por leite de peito nas 24 horas anteriores a entrevista entre mulheres que trabalham fora. Acrescenta-se que as variáveis escolaridade materna ( $p=0,06$ ), “*número de amigos que pode contar*” ( $p=0,07$ ) e apoio social ( $p=0,09$ ) apresentaram níveis de significância limítrofes em relação ao desfecho de interesse. Quanto maior a escolaridade materna maior a frequência de AME. Chama atenção o fato de quase metade das mulheres com ensino fundamental incompleto oferecer outros alimentos não lácteos complementados com leite de peito para seus filhos. No que se refere ao “*número de amigos que pode contar*”, mães que tinham maior número amamentaram menos exclusivamente do que as outras, sendo as frequências 15,4% e 20%, respectivamente.

**Tabela 7: Distribuição dos alimentos consumidos nas categorias das variáveis de desfecho estudadas.**

<b>Alimento</b>	<b>Aleitamento materno e consumo alimentos sólidos (n = 76)</b>		<b>Aleitamento materno e consumo de alimentos líquidos e/ou pastosos (n = 67)</b>		<b>Aleitamento materno e consumo de outros leites (n = 109)</b>		<b>Aleitamento materno e consumo de outros alimentos (n = 32)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Água</b>	67	88,2	51	76,1	94	86,2	22	68,8
<b>Chá</b>	15	19,7	12	17,9	22	20,2	5	15,6
<b>Suco</b>	58	76,3	26	38,8	59	54,1	24	75,0
<b>Leite em pó</b>	37	48,7	50	71,6	90	82,6	--	--
<b>Mingau</b>	33	44,0	33	49,3	67	62,0	--	--
<b>Outro leite</b>	9	12,5	11	16,6	22	20,2	--	--
<b>Sopa ou papa de legumes</b>	29	38,2	9	13,4	27	24,8	9	28,1
<b>Fruta em pedaço</b>	71	94,7	--	--	37	36,1	28	87,5
<b>Comida de Sal</b>	14	18,4	--	--	11	10,1	2	6,2

**Tabela 8: Distribuição das práticas alimentares – Aleitamento materno e consumo de alimentos sólidos**

	N			%			p-valor
	AME	AMP	AM + sólidos	AM + líquidos	Aleitamento Artificial		
<b>Condições ambientais</b>							
≥ 9	218	17,9	17,9	23,9	24,8	15,6	0,19
0 - 8	62	6,5	17,7	22,6	32,3	21	
<b>Escolaridade materna</b>							
Fundamental incompleto	94	5,3	23,4	26,6	29,8	14,9	0,07
Fundamental completo e médio incompleto	83	19,3	16,9	20,5	22,9	20,5	
Médio completo e superior	114	21,9	16,7	21,9	25,4	14,0	
<b>Escolaridade paterna</b>							
Fundamental incompleto	90	15,6	16,7	21,1	28,9	17,8	0,73
Fundamental completo e médio incompleto	70	14,3	15,7	25,7	25,7	18,6	
Médio completo e superior	89	20,2	22,5	21,3	25,8	10,1	
<b>Idade materna</b>							
< 20 anos	51	7,8	17,6	27,5	27,5	19,6	0,12
20 a 35 anos	209	15,3	20,4	20,9	27,0	16,3	
≥ 35 anos	41	33,3	12,8	23,1	17,9	12,8	
<b>Número de filhos</b>							
1 filho	136	14,0	19,1	25,0	30,1	11,8	0,32
2 filhos	86	18,6	17,4	18,6	27,9	17,4	
≥ 3 filhos	58	17,2	19,0	24,1	15,5	24,1	
<b>Suspeição de uso inadequado de álcool pela mãe ou companheiro</b>							
Sim	37	10,8	13,5	35,1	21,6	18,9	0,22
Não	216	18,1	18,5	19,4	28,2	15,7	
<b>Situação conjugal atual</b>							
Casada	241	17,0	19,9	21,6	25,7	15,8	0,54
Solteira	52	11,5	13,5	28,8	26,9	19,2	
<b>Tipo de parto</b>							
Normal	179	13,4	22,3	21,2	25,1	17,9	0,17
Cesárea/Fórceps	114	20,2	13,2	25,4	27,2	14,0	
<b>Número de consultas no pré-natal</b>							

≤ 6 consultas	46	10,9	21,7	23,9	21,7	21,7	0,66
> 6 consultas	235	17,0	17,9	23,0	26,4	15,7	
<b>Idade gestacional</b>							
≤ 36 semanas	20	25,0	5,0	10,0	30,0	30,0	0,10
> 36 semanas	254	15,0	20,1	24,0	26,0	15,0	
<b>Peso ao nascer</b>							
< 2.500g	24	12,5	12,5	20,8	20,8	33,3	0,20
≥ 2.500g	267	16,5	19,5	22,8	26,6	14,6	
<b>Número de ordem de nascimento</b>							
Primeiro	148	14,2	20,3	24,3	27,0	14,2	0,77
Segundo ou mais	139	16,5	17,3	21,6	25,9	18,7	
<b>Mãe trabalha fora atualmente</b>							
Sim	62	4,8	12,9	33,9	30,6	17,7	0,01
Não	228	19,3	20,6	19,7	24,1	16,2	
<b>Nº parentes que pode contar</b>							
Nenhum	29	10,3	10,3	20,7	24,1	34,5	0,15
1 parente	80	17,5	21,3	22,5	18,8	20,0	
2 parentes	115	16,5	15,7	24,3	27,0	16,5	
≥ 3 parentes	58	19,0	22,4	20,7	32,8	5,2	
<b>Nº amigos que pode contar</b>							
Nenhum	62	19,4	12,9	22,6	21,0	24,2	0,13
1 amigo	94	16,0	12,8	26,6	23,4	21,3	
2 amigos	88	15,9	28,4	18,2	28,4	9,1	
≥ 3 amigos	38	15,8	15,8	23,7	31,6	13,2	
<b>Participação em atividades sociais (esportivas, religiosas, voluntárias ou no bairro)</b>							
Sim	53	17,0	22,6	24,5	24,5	11,3	0,77
Não	238	16,0	17,6	22,7	26,1	17,6	
<b>Apoio Social</b>							
Alto	161	19,3	18,0	24,8	26,1	11,8	0,08
Baixo	122	13,1	18,9	19,7	24,6	23,8	
<b>Apoio Material</b>							
Alto	180	18,3	18,9	22,2	25,6	15,0	0,71



Baixo	103	13,6	17,5	23,3	25,2	20,4	
<b>Apoio Afetivo</b>							
Alto	227	15,4	18,9	23,8	26,4	15,4	0,41
Baixo	56	21,4	16,1	17,9	21,4	23,2	
<b>Apoio Interação Social Positiva</b>							
Alto	204	14,7	19,6	23,5	27,0	15,2	0,34
Baixo	79	21,5	15,2	20,3	21,5	21,5	
<b>Apoio Emocional e de Informação</b>							
Alto	151	19,9	16,6	23,2	27,2	13,2	0,22
Baixo	132	12,9	20,5	22,0	23,5	21,2	

**Tabela 9: Distribuição das práticas alimentares – Aleitamento materno e consumo de alimentos lácteos**

	N	%					p-valor
		AME	AMP	AM + lácteos	AM - lácteos	Aleitamento Artificial	
<b>Condições ambientais</b>							
≥ 9	217	18,0	18,0	11,1	37,3	15,7	0,26
0 - 8	61	6,6	18,0	11,5	42,6	21,3	
<b>Escolaridade materna</b>							
Fundamental incompleto	92	5,4	23,9	9,8	45,7	15,2	0,06
Fundamental completo e médio incompleto	85	18,8	16,5	11,8	32,9	20,0	
Médio completo e superior	112	22,3	17,0	11,6	34,8	14,3	
<b>Escolaridade paterna</b>							
Fundamental incompleto	89	15,7	16,9	9,0	40,4	18,0	0,65
Fundamental completo e médio incompleto	70	14,3	15,7	14,3	37,1	18,6	
Médio completo e superior	89	20,2	22,5	12,4	34,8	10,1	
<b>Idade materna</b>							
< 20 anos	51	7,8	17,6	9,8	45,1	19,6	0,08
20 a 35 anos	194	15,5	20,6	10,8	36,6	16,5	
≥ 35 anos	39	33,3	12,8	15,4	25,6	12,8	
<b>Número de filhos</b>							
1 filho	136	14,0	19,1	14,0	41,2	11,8	0,37
2 filhos	84	19,0	17,9	10,7	34,5	17,9	
≥ 3 filhos	58	17,2	19,0	5,2	34,5	24,1	
<b>Suspeição de uso inadequado de álcool pela mãe ou companheiro</b>							
Sim	36	11,1	13,9	13,9	41,7	19,4	0,73
Não	214	18,2	18,7	11,2	36,0	15,9	
<b>Situação conjugal atual</b>							
Casada	239	17,2	20,1	11,3	35,6	15,9	0,47
Solteira	52	11,5	13,5	9,6	46,2	19,2	
<b>Tipo de parto</b>							
Normal	176	13,6	22,7	9,1	36,4	18,2	0,1
Cesárea/Fórceps	115	20,0	13,0	13,9	39,1	13,9	
<b>Número de consultas no pré-natal</b>							

≤ 6 consultas	45	11,1	22,2	6,7	37,8	22,2	0,56
> 6 consultas	234	17,1	17,9	11,5	37,6	15,8	
<b>Idade gestacional</b>							
≤ 36 semanas	20	25,0	5,0	5,0	35,0	30,0	0,14
> 36 semanas	253	15,0	20,2	11,9	37,9	15,0	
<b>Peso ao nascer</b>							
< 2.500g	25	12,0	12,0	4,0	40,0	32,0	0,16
≥ 2.500g	264	16,7	19,7	11,7	37,1	14,8	
<b>Número de ordem de nascimento</b>							
Primeiro	148	14,2	20,3	13,5	37,8	14,2	0,55
Segundo	137	16,8	17,5	8,8	38,0	19,0	
<b>Mãe trabalha fora atualmente</b>							
Sim	63	4,8	12,7	7,9	57,1	17,5	0,001
Não	225	19,6	20,9	11,6	31,6	16,4	
<b>Nº parentes que pode contar</b>							
Nenhum	28	10,7	10,7	14,3	28,6	35,7	0,19
1 parente	81	17,3	21,0	8,6	33,3	19,8	
2 parentes	115	16,5	15,7	10,4	40,9	16,5	
≥ 3 parentes	56	19,6	23,2	12,5	39,3	5,4	
<b>Nº amigos que pode contar</b>							
Nenhum	60	20,0	13,3	6,7	35,0	25,0	0,07
1 amigo	93	16,1	12,9	10,8	38,7	21,5	
2 amigos	88	15,9	28,4	14,8	31,8	9,1	
≥ 3 amigos	39	15,4	15,4	7,7	48,7	12,8	
<b>Rede Social (participação em atividades esportivas, religiosas, voluntárias ou no bairro)</b>							
Sim	54	16,7	22,2	11,1	38,9	11,1	0,79
Não	235	16,2	17,9	10,6	37,4	17,9	
<b>Apoio Social</b>							
Alto	159	19,5	18,2	11,3	39,0	11,9	0,09
Baixo	122	13,1	18,9	9,8	34,4	23,8	
<b>Apoio Material</b>							
Alto	177	18,6	19,2	10,7	36,2	15,3	0,69

Baixo	104	13,5	17,3	10,6	38,5	20,2	
<b>Apoio Afetivo</b>							
Alto	223	15,7	19,3	11,7	37,7	15,7	
Baixo	58	20,7	15,5	6,9	34,5	22,4	0,49
<b>Apoio Interação Social Positiva</b>							
Alto	202	14,9	19,8	11,4	38,6	15,3	
Baixo	79	21,5	15,2	8,9	32,9	21,5	0,37
<b>Apoio Emocional e de Informação</b>							
Alto	149	20,1	16,8	11,4	38,3	13,4	
Baixo	132	12,9	20,5	9,8	35,6	21,2	0,24

**ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES**

A Senhora (Senhor) pode me dizer quais alimentos (nome da criança) tomou ou comeu desde ontem quando acordou até hoje quando acordou? Eu vou falando o nome de cada alimento e a Senhora (Senhor) me responde sim ou não, está bem?

Respostas:

1- SIM

2- NÃO

88 – Não sabe

18) Leite de peito?

19) Se tomou leite de peito, quantas vezes? \_\_\_\_ vezes      88 – não sabe

20) Leite em pó?

21) Se sim, qual marca? \_\_\_\_\_      88 – não sabe

22) Outro leite sem ser leite de peito ou leite em pó?

23) Mingau?

24) Sopa ou papa de legumes?

25) Se tomou sopa ou papa, tinha carne?

26) Comida de sal?

27) Se comeu comida de sal, tinha carne?

28) Tinha feijão?

29) Água pura?

30) Água com açúcar?

31) Chá?

32) Suco de frutas?

33) Fruta (em pedaço ou amassada)?

34) Algum desses alimentos foi dado por mamadeira ou chuquinha?

**ANEXO II - QUESTIONÁRIO SOBRE REDE E APOIO SOCIAL**

53) “Às vezes no dia a dia a gente sente vontade de dividir nossas alegrias e nossas angústias com outras pessoas, assim como em algumas ocasiões nós precisamos de ajuda nas tarefas domésticas ou com relação aos cuidados de nossos filhos. Daqui pra frente nós vamos falar um pouco sobre isso.”

a) Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

( ) parentes            ( ) nenhum

b) Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

( ) amigos            ( ) nenhum

c) Nos últimos doze meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

( ) não            ( ) sim

Se sim, com que frequência? ( )

1 – mais de uma vez por semana

2 – uma vez por semana

3 – 2 a 3 vezes por semana

4 – algumas vezes no ano

5 – uma vez no ano

d) Nos últimos doze meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

( ) não            ( ) sim

Se sim, com que frequência? ( )

e) Nos últimos doze meses, você participou de trabalhos voluntários ou remunerados, em organizações não governamentais (ONG), de caridade, ou outras?

( ) não            ( ) sim

Se sim, com que frequência? ( )

54) Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

- 1 - nunca
- 2 - raramente
- 3 - às vezes
- 4 - quase sempre
- 5 - sempre

- 1. Que a ajude, se ficar na cama?
- 2. Para lhe ouvir, quando você precisa falar?
- 3. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?
- 4. Para levá-la ao médico?
- 5. Que demonstre amor e afeto por você?
- 6. Para se divertir junto?
- 7. Para lhe dar informação que a ajude a compreender a uma determinada situação?
- 8. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?
- 9. Que lhe dê um abraço?
- 10. Com quem relaxar?
- 11. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?
- 12. De quem você realmente quer conselhos?
- 13. Com quem distrair a cabeça?
- 14. Para ajudá-la nas tarefas de casa, se ficar doente?
- 15. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?
- 16. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?
- 17. Com quem fazer coisas agradáveis?
- 18. Que compreenda seus problemas?
- 19. Que você ame e que faça você se sentir querida?

**ANEXO III - Escores atribuídos aos diferentes indicadores da variável condições ambientais**

<b>INDICADOR</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ESCORE</b>
• AGLOMERAÇÃO	• < 1,0 PESSOA POR CÔMODO	2
	• 1,0 – 1,49 PESSOAS POR CÔMODO	1
	• 1,5 PESSOAS POR CÔMODO	0
• MATERIAL DE CONSTRUÇÃO DA HABITAÇÃO	• ALVENARIA OU TIJOLO	1
	• MADEIRA OU PAU-A-PIQUE	0
• MATERIAL DE QUE É FEITO O PISO	• CIMENTO, MADEIRA TRATADA, TACOS, CERÂMICA OU LADRILHO	1
	• MADEIRA BRUTA, BARRO, TERRA, AREIA	0
• ELETRICIDADE	• TEM LUZ ELÉTRICA	1
	• NÃO TEM LUZ ELÉTRICA	0
• ABASTECIMENTO DE ÁGUA	• TORNEIRA DA CASA	2
	• TORNEIRA COMUNITÁRIA, CARRO-PIPA OU NASCENTE	1
	• POÇO	0
• ESGOTAMENTO SANITÁRIO	• REDE GERAL DE ESGOTO	2
	• FOSSA	1
	• VALA ABERTA	0
• DISPOSIÇÃO DO LIXO	• RECOLHIMENTO EM CASA	2
	• CAÇAMBA	1
	• LOCAL ABERTO OU TERRENO BALDIO	0
• INTERPRETAÇÃO	• BOAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS	≥ 9
	• MÁIS CONDIÇÕES AMBIENTAIS	0-8