

SABERES MATERNOS ACERCA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

MATERNAL KNOWLEDGE ABOUT COMPLEMENTARY FEEDING

Bianca da Silva Mariano¹
Jéssica Luize de Moraes²
Edilceia Domingues do Amaral Ravazzani³

Recebido em 16 de maio de 2017
Aceito em 05 de julho de 2017

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) recomenda que o aleitamento materno exclusivo seja mantido até os seis meses de idade e a partir desse momento deve ser iniciada a alimentação complementar, que é representada pela introdução de outros alimentos e líquidos além do leite materno. O presente estudo procurou avaliar a percepção das mães quanto ao conceito de alimentação complementar. Trata-se de estudo qualitativo descritivo. A amostra reuniu 6 mães com filhos de até um ano de idade, e que iniciaram a alimentação complementar precocemente. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região metropolitana de Curitiba/PR, no ano de 2016. Os dados foram coletados através de uma entrevista gravada e analisada por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1997). Foi identificado por meio dos relatos das mães, um baixo conhecimento quanto ao tema abordado, que pode demonstrar a falta de orientações por parte dos profissionais de saúde. Dessa forma, a abordagem das desvantagens dessa prática inadequada e o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, podem auxiliar na redução da prática incorreta e na prevenção de doenças associadas à alimentação complementar precoce.

DESCRITORES: alimentação complementar; nutrição do lactente; aleitamento materno; alimentação complementar precoce.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) recommends that breastfeeding exclusive is maintained until six months old and after this moment, must be initiated the additional food, that is represented an introduction of other food and liquid beyond the breast milk. The present study looked for evaluate the mother's perception about concept of complementary feeding. It is a qualitative descriptive Study. The sample got together six mothers with kids until one year old, and started the complementary feeding early. The study was realized in a Basic Health Unit (BHU) in the metropolitan region of Curitiba/PR, year 2016. The data was collected through a recorded interview and analyzed for technical analyze of content, proposed for Bardin (1997). This was identified for mother's report, a low knowledge about the subject on board, that can show you in the absence of orientation for professional health. In this way, the disadvantage approach of this inappropriate practice and the breastfeeding exclusive incentive until six months old, can assist in inappropriate practice reduction and sickness prevention to associated to complementary feeding early.

DESCRIPTORS: complementary feeding; infant nutrition; breastfeeding; Early complementary feeding.

¹ Docente do curso de Nutrição do Centro universitário Autônomo do Brasil – Unibrasil. E-mail: bianca.013@hotmail.com.

² Docente do curso de Nutrição do Centro universitário Autônomo do Brasil – Unibrasil. E-mail: jessicaluizedemoraes@hotmail.com.

³ Professora colaboradora do Centro universitário Autônomo do Brasil – Unibrasil. E-mail: edilceiarav@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida é um período muito importante para o bebê, pois é caracterizado por uma fase de rápido crescimento, sendo necessária uma nutrição adequada para que não ocorra déficit nutricional. Além disso, a alimentação e a nutrição são direitos humanos fundamentais, garantidos por lei, expresso no artigo 6º da Constituição Federal ^(1, 2).

As recomendações atuais sobre alimentação infantil saudável ressaltam a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) durante os seis primeiros meses de vida e a continuidade da amamentação após o início da alimentação complementar, até os dois anos de idade ou mais. O leite materno é um alimento completo para a primeira fase de vida, pois oferece quantidades energéticas e nutricionais necessárias para atender esse período, sendo responsável pelo crescimento adequado e prevenção contra infecções. Além disso, o leite materno contribui beneficentemente no desenvolvimento psicológico do bebê e da mãe e quando realizado nas primeiras horas de vida pode diminuir os riscos de mortes neonatais ^(3, 4, 5).

A alimentação complementar é subdividida em duas classes: alimentação complementar transicional, caracterizada por alimentos preparados exclusivamente para a criança e alimentação complementar não modificada, caracterizada por alimentos que não sofrem modificações, ou seja, o mesmo alimento consumido pela família. A introdução da alimentação complementar tem um papel importante na prevenção de morbimortalidade infantil, como desnutrição e obesidade. Além disso, garante um bom crescimento, desenvolvimento cognitivo e motor, atendendo as necessidades nutricionais e aumentando o vínculo afetivo com a mãe. A alimentação complementar deve ser feita de forma lenta e gradual, três vezes ao dia, de acordo com os horários das refeições da família, respeitando o apetite da criança ^(4, 6).

No Brasil há uma baixa prevalência do AME e uma introdução precoce de outros alimentos. Um estudo mostrou que a prevalência do AME em menores de 6 meses é de 41% ⁽⁷⁾. Em outro estudo, onde analisou-se 94% de crianças menores de três meses e 83% de crianças entre três e seis meses, a taxa de prevalência de AME foi de 52,2% e 25,4%, respectivamente ⁽⁸⁾. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde ⁽⁹⁾ constatou que mais da metade das crianças iniciam a alimentação complementar antes do recomendado pela Organização Mundial de Saúde ⁽¹⁰⁾ sendo o mais comum o consumo de água, chá, outros leites, frutas e comidas salgadas ^(11, 12). A introdução precoce dos alimentos complementares aumenta a vulnerabilidade da criança a diarreias, infecções e desnutrição, com isso, parece haver um maior risco de doenças e atraso no desenvolvimento mental e motor. Há também,

uma interferência na absorção de nutrientes importantes existentes no leite humano, como ferro e zinco ⁽¹³⁾. Acredita-se que o motivo para a introdução precoce de água e suco de frutas se dá pela crença das mães de que a criança sente sede e pode desidratar-se, principalmente em períodos de calor; quanto ao chá, atribui-se a este alimento propriedades calmantes e de melhora de episódios de cólica ^(14,15). A introdução precoce de leite de vaca integral ocorre habitualmente por ser uma característica cultural, já que é visto como um dos alimentos mais importantes para a saúde da criança. A introdução do leite de vaca antes dos 12 meses é contraindicada por ser responsável por 20% das alergias alimentares, podendo desencadear diabetes tipo 1, doenças atópicas como a asma, micro hemorragias intestinais, sobrecarga do sistema imune e renal, bem como o desmame precoce ⁽¹⁶⁾. Um estudo evidenciou que as mães ofertaram alimentos complementares pela primeira vez aos seus filhos, entre o terceiro e o quarto mês de vida e com alimentos considerados de baixa densidade calórica como sopas e caldos ⁽¹⁷⁾. Outro estudo mostrou uma maior frequência do uso de chá nas capitais da Região Sul, de suco e outros leites nas capitais da Região Sudeste e de mingau/papa nas da Região Nordeste ⁽⁸⁾.

Introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, pois pode ocorrer um retardo no crescimento da criança, além de aumentar o risco das deficiências nutricionais ⁽¹⁶⁾.

O interesse por este estudo surgiu mediante a preocupação quanto ao nível de conhecimento materno sobre a alimentação complementar, o período da sua iniciação e quanto ao surgimento de doenças na vida adulta devido a sua iniciação precoce. Tendo em vista este fato, o objetivo desta pesquisa é avaliar a percepção das mães quanto ao conceito de alimentação complementar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, que envolve a descrição, registro, análise e a interpretação de informações para a compreensão do funcionamento de grupos ou coisas ⁽¹⁸⁾.

A coleta de dados foi realizada em uma Unidade de Saúde da região metropolitana de Curitiba/PR, abordando mães que aguardavam o atendimento para consulta do pediatra. Quanto ao número da amostra, na pesquisa qualitativa, entende-se como número adequado aquele capaz de refletir a sua totalidade. Devido a este fato, a amostra foi composta por 6

mulheres, utilizando o critério de saturação, que designa o momento em que o acréscimo de dados em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado ⁽¹⁹⁾. Foram incluídas mulheres com idade de 20 a 35 anos, com filhos de até um ano de idade e que iniciaram a alimentação complementar precocemente e foram excluídas mães de gêmeos, portadoras de patologias que impedissem a amamentação e mulheres que não aceitassem participar da pesquisa.

As mulheres selecionadas foram esclarecidas sobre os objetivos, metodologia, riscos e benefícios utilizados no estudo, no momento da abordagem para entrevista e demonstraram sua aceitação assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, a pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Centro Universitário Autônomo do Brasil de Curitiba/PR, sob o número (1.530.215/2016).

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada e conduzidas com o auxílio de um roteiro semiestruturado adaptado de Ramos ⁽²⁰⁾, sem limitar a fala da entrevistada. No que diz respeito à alimentação complementar o roteiro contemplou: o que é; por quê; dificuldades vivenciadas; mitos e tabus; família, vizinhos e parentes; uso de outros alimentos, inclusive água, chás e sucos; e organização do cotidiano.

Para resguardar a identidade das mães que fizeram parte do estudo, foi lhes dado o codinome de “nota de voz” e em seguida numeradas.

A análise de conteúdo seguiu a proposta de Bardin ⁽²¹⁾, onde são analisadas ou observadas as falas das entrevistadas. Esta técnica permite elaborar um plano descritivo das falas, composto pelas expressões, sentimentos, percepções e saberes das mães acerca da alimentação complementar, extraíndo o que é mais relevante e associado com o tema para a análise dos resultados. De acordo com este plano, o estudo foi dividido em três etapas, pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, foi realizada a leitura flutuante, onde cria-se uma intimidade entre o material estudado e o pesquisador, em seguida foi realizado a formulação dos objetivos e hipóteses. Logo, na exploração do material foram extraídas as falas mais relevantes das entrevistas, designando a categoria inicial. Em seguida, foram elaborados o conceito norteador e as categorias finais caracterizadas como grandes categorias que englobam as categorias iniciais. Por fim, foi realizado o tratamento do resultado ou discussão, feita com base nas categorias finais ⁽²²⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a transcrição das falas gravadas das mães entrevistadas, procedeu-se a análise de conteúdo, que permitiu localizar nas falas quatro grandes categorias finais, sendo elas, dificuldades vivenciadas, principais alimentos iniciados precocemente, crença e cultura e dificuldades fisiológicas. Os mesmos estão listados no quadro 1.

Quadro 1. Análise de conteúdo: categorias iniciais, conceito norteador e categorias finais.

Categorias finais	Categorias iniciais	Conceito norteador
Dificuldades vivenciadas	Voltar ao trabalhar	Motivo pelo qual reduziu ou realizou o desmame precoce para a introdução de alimentação complementar.
	Babá e berçário	Alternativas buscadas no retorno ao trabalho. As mesmas influenciam na iniciação da alimentação complementar.
Principais alimentos iniciados precocemente	Introdução de frutas amassadas	Alimentos considerados ideais e leves para início da alimentação complementar.
	Sopinhas e canja	Alimentos considerados fortes e nutritivos.
Crenças e culturas	Aprender com a minha mãe	Valores aprendidos com a mãe, muitas vezes passados de geração para geração com uma credibilidade de ter dado sempre certo.
	Chás para fins curativos	Muitas vezes recomendados por médicos ou pela própria família para alívio de sintomas.
	Introdução de água	Introduzidos por acreditar ser uma necessidade da criança.
	Iniciar aos três meses	Hábitos culturais que levam a alimentação complementar precoce.
	Tudo o que a gente dava ela aceitava	Introdução de alimentos por influência da família.
	Tudo que o pediatra pedia	Recomendações levadas a risca por profissionais da área da saúde.
	Leite fraco	Sentimento, muitas vezes passado pelos familiares de que o leite não era suficiente para a nutrição da criança.
Dificuldade fisiológica	Não mamou no peito	Um dos motivos pelo qual se inicia a alimentação complementar precoce. Acredita-se que o leite artificial não é o suficiente para a nutrição da criança.

Na categoria dificuldades vivenciadas, encontra-se o retorno ao trabalho e a ida ao berçário ou babá como principais causas para iniciação precoce da alimentação complementar conforme observado no quadro I.

“Retorno ao trabalho. Eu retornei quando ela tinha 5 mesinho. Dai ela ficou na babá, dai ela já teve que começar a comer na marra, né? [...] Um mês antes de começar a trabalhar ela já começou a comer coisas diferentes a não ser o leite materno já, né?” (Nota de voz 002).

“Graças a Deus quando eu tive ela onde eu trabalhava tinha berçário assim sabe. Então ela ia comigo no berçário e ela no berçário então daí eles já já administrava a comidinha deles né.” (Nota de voz 005).

A inserção ou retorno da mulher ao trabalho traz um grande impacto para a alimentação da criança, pois nesta fase a dieta torna-se monótona com a introdução de alimentos açucarados e industrializados, considerados de fácil preparo e manuseio ⁽²³⁾. Atualmente, as mulheres se deparam com uma maior dificuldade, pois há necessidade de retornar ao trabalho antecipadamente, uma vez que esta renda auxiliaria nas despesas domésticas. Souza e Rodrigues ⁽²⁴⁾, sugerem em uma revisão bibliográfica que a duração do AME está ligado a condições econômicas e graus de instrução das mães, uma vez que a mulher com alto poder aquisitivo e um maior grau de instrução, encontram poucas ou nenhuma dificuldade em conciliar trabalho e amamentação, devido às particularidades oferecidas pelos trabalhos disponíveis a estas mães. Por outro lado, mães com baixo poder aquisitivo e um menor grau de instrução, encontram dificuldades no retorno ao trabalho. Segundo estudos, a interrupção do AME está ligada também ao local e condições do trabalho, havendo um constrangimento quanto à exposição do seio ao amamentar em público, ordenhar no trabalho ou das mamas cheias de leite, cansaço e fadiga gerada pela prática da amamentação e estresse pela relação entre amamentação e trabalhar ^(25, 26).

A licença maternidade de 180 dias tornou-se vigente a partir de 2010 com a Lei 11.770 de 09 de setembro de 2008, aprovada pelo Presidente da República, a qual prevê incentivo fiscal para as empresas do setor privado que aderirem à prorrogação da licença maternidade de 120 dias para 180 dias. Entretanto, sabe-se que o afastamento é de no mínimo quatro meses ou 120 dias corridos e de no máximo seis meses ou 180 dias, porém apenas empresas cadastradas no programa empresa cidadã, aderem os 6 meses. ⁽²⁷⁾

Cabe ao profissional da saúde orientar a ordenha e o armazenamento adequado do leite materno para ser consumido durante o período em que a mãe permaneça fora de casa. A ordenha deve ser realizada pela própria nutriz, sendo ela manualmente ou com auxílio de bombas. As mãos devem estar higienizadas e evitar falar durante o processo. Após isso, deve-

se dispor o leite em um vasilhame de vidro esterilizado e armazenar por um período de 12 horas na geladeira, 15 dias no congelador ou no freezer.⁽²⁸⁾

Na categoria principais alimentos iniciados precocemente, os alimentos mais citados pelas entrevistadas foram às frutas amassadas, sopas e canjas, feijão, mingau, iogurtes, sucos e chás (Quadro I).

“Ela comia maçãzinha raspada, maçã, banana e tudo o que é comidinha mais molinha, batatinha amassadinha. Tudo essa babá dava, né?” (Nota de voz 002).

“Tinha que dar mingau, porque depois que a gente dava uma mamadeira de mingau, eles passavam a noite dormindo.” (Nota de voz 003).

“Mingau de fubá com feijão, arroz, caldinho de feijão, mais sopinha que “nos fazia”, né?” [...] “Uma sopinha de legumes assim cenoura, batata, chuchu, é coisas assim sabe? Verduras, assim, legumes cozido né. E eu batia no liquidificador no início né e daí foi começando aos pouco é pra ela fica bem assim cremosa, assim pastosinha né. E também daí eu intercalava né nas horas do lanchinho eu dava é banana amassada né banana maça amassada, suco de laranja lima, coisas assim que de criança mesmo né.” (Nota de voz 005).

Sabe-se que a introdução alimentar precoce pode trazer alguns danos a saúde da criança. A introdução precoce de alimentos diminui a duração do aleitamento materno e consequentemente diminui a absorção de nutrientes como o ferro e o zinco⁽¹³⁾. Além disso, há um maior risco de contaminação e de reações alérgicas⁽²⁹⁾. A literatura refere também que tal prática se remete a uma maior vulnerabilidade a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, podendo comprometer o crescimento e o desenvolvimento mental e motor⁽³⁰⁾.

Neste estudo, foi observado que a maioria das mães entrevistadas iniciam precocemente os alimentos relatados por acreditarem que estes são direcionados as crianças, principalmente quando a informação era passada de geração para geração. Acredita-se que essa prática ocorre principalmente pela falta de conhecimento quanto as etapas da iniciação da alimentação complementar e quanto aos alimentos que devem ser consumidos nessa fase.

Por conseguinte, a categoria crenças e cultura encontrou-se principalmente a conduta por parte de familiares cuidadores e pediatras. Quanto à cultura, houve o repasse de hábitos familiares antigos ou do país de origem. (Quadro I).

“Porque o Haitiano é diferente, entendeu? Porque depois ele tem 4 meses, ele tá chorando muito, eu foi levar ele no médico, o médico falou no, ele no tem nada, porque ele tá com fome. [...]Eu “fez” feijão preto pra ele com banana e com batata também, ele come bem.” (Nota de voz 001)

Dentre as 6 mães entrevistadas, uma era Haitiana, migrada para o Brasil e atualmente moradora da região metropolitana de Curitiba. Segundo informações obtidas através da entrevista, o haitiano inicia a alimentação complementar aos 3 meses por questões culturais,

interrompendo assim o aleitamento materno. Os alimentos introduzidos nessa fase são: feijão, batata e banana, sendo eles mais aceitos pela criança, do que o próprio leite materno. Porém, não há relatos na literatura que comprove a prática.

“A minha mãe sempre morou junto comigo, né? Sempre ela tava mandando dar tudo pra ela. Nunca fazia restrição.” (Nota de voz 002).

“Pela mãe da gente, os avós né? Já criavam antigamente só com o mingau mesmo, não tinha o costume de amamentar, entendeu?” (Nota de voz 003).

“Pessoas mais antigas era mais do natural né, foi ajuda dela também... Se você for pelo pediatra também, eu sei que seria o ideal com 3 meses só.” (Nota de voz 006).

A participação da família, principalmente das avós nos cuidados e na alimentação da criança é muito comum. Os hábitos vivenciados pela criança são construídos desde a primeira infância e levados para vida inteira, ou até mesmo gerações. Sabe-se que mães com hábitos alimentares inadequados dificilmente irão estabelecer uma alimentação infantil adequada⁽³¹⁾.

“A criança passava a noite sempre chorando com isso e aquilo, ai então eles diziam que é porque o leite era fraco e a gente tinha que dar mingau.” (Nota de voz 003)

A crença de que o “leite é fraco” ou “leite não sustenta” é aceita culturalmente aos longos dos anos, sendo ela a principal justificativa para suspender o AME. Desta forma, as mães estariam diminuindo a culpa de não poder amamentar⁽¹⁵⁾.

“Deu” pouquinho água para ele, se “tá” chorando a garganta dele “tá” seca.” (Nota de voz 001)

A introdução de bebidas como água e chás também foram bastante descritas pelas mães. A principal justificativa para o uso destas bebidas ocorre pelo fato de acreditarem que estariam hidratando o bebê, uma vez que o leite não seria suficiente para suprir a “sede”^(14, 15).

Houve pouco referimento na categoria dificuldades fisiológicas, sendo “não tive muito leite” a única citada. (Quadro I).

“Não tive muito leite [...] ela não mamou no peito, né”? O leite do peito é bastante forte e eu acho que o leite não sustentava muito ela e ela sempre ficou doente. (Nota de voz 003)

Amamentação é relatada como uma forma de construir uma relação entre mãe e filho pela troca de afeto e sentidos, por meio do toque, dos olhares e dos sons, desta forma é possível um reconhecimento entre o binômio⁽³²⁾.

Os maiores problemas da amamentação estão relacionados à traumas mamilares e dor. Poucas são as mães que não são capazes de produzir leite em quantidade suficiente para suprir as necessidades dos filhos⁽³³⁾. Em estudo do tipo caso controle, realizado com 143 binômios, foi possível observar que as possíveis causas da amamentação não efetiva estão ligadas com a

pega inadequada do mamilo e com a posição do bebê, fazendo com que ele não mame ou não sugue efetivamente⁽³⁴⁾.

Houve uma percepção maior quanto aos saberes das mães sobre o conceito de alimentação complementar.

“Isso eu esqueci.” (Nota de voz 001)

“Eu acho que é muito bom, assim, essas “comida” natural pra criança.” (Nota de voz 004)

“Eu acho que tem que ser uma alimentação com...O médico indica de três em três horas. Alimentação indicada certa. (Nota de voz 005)

“Ai, eu acho assim que alimentação complementar é tipo assim, aquelas besterinhas né, assim, tipo um Danone®. (Nota de voz 006)

A falta de conhecimento quanto ao conceito e as etapas da alimentação complementar são preocupantes, visto que o profissional de saúde é o principal responsável pela conduta desta prática. A falta de informação é um dos fatores que mais contribuem para o erro alimentar e é de extrema importância que o profissional forneça informações adequadas e apoio aos familiares⁽³⁵⁾.

CONCLUSÃO

É possível observar com a análise dos resultados, que a prática inadequada da alimentação complementar precoce ocorre principalmente pela falta de conhecimento materno quanto às etapas da mesma. Desta forma, é de responsabilidade do profissional de saúde, orientar os pais e familiares e alertar quanto aos malefícios decorrentes da prática inadequada.

Deste modo, conclui-se que as práticas alimentares dos primeiros anos de vida são responsáveis pela formação dos hábitos alimentares futuros da criança, sendo as práticas inadequadas, responsáveis por morbidades e deficiências nutricionais.

Tendo em vista este cenário, torna-se de extrema importância o trabalho do Nutricionista nas Unidades Básicas de Saúde a fim de estabelecer cuidados com a alimentação na primeira infância, auxiliar e preparar pais e familiares no cuidado com a introdução da alimentação complementar e a promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Dias PACM; Freire SML; Franceschini CCS. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos *Revista de Nutrição*, v. 23(3), p. 475-486, 2010.
2. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana da Saúde. *Estratégia Nacional para Alimentação Complementar*: Brasília: MS; 2010.
3. Campos OAA; Cotta MMR; Oliveira MJ; Santos KA; Araujo AMR. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19(2), p. 529-538, 2014.
4. Schincaglia MR; Oliveira CA; Sousa ML; Martins AK. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Serv. Saúde*, v. 24(3), p.465-474, 2015.
5. Machado FKA; Alert WV; Pretto BDA; Pastore AC. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19(7), p. 1983-1989, 2014.
6. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana da Saúde. *Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para menores de dois anos*: MS; 2013.
7. Venancio SI; Escude MML; Saldiva SRDM; Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr.* vol.86, Porto Alegre, 2010.
8. Saldiva SRDM; Venacio SI; Gouveia AGC; Castro ALS; Escuder MML; Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.11, p2235-2262, nov. 2011.
9. Brasil. Ministério da saúde (MS). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
10. World health organization; Fifty-fourth World Health Assembly. *Resolution WHA54.2 – Infant and young child nutrition*. Geneva: World Health Organization; 2001.

11. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Aleitamento materno e Alimentação complementar: MS; 2009.
12. Alves LRC; Santos CL; Goulart FHML; Castro RP. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. *Rev. Paul Pediatr*, v. 30(4), p. 499-506, 2012.
13. Montei CMG; Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J. Pediatr*. vol.80 no.5, Porto Alegre , 2004.
14. Gonçalves AC. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
15. Gusman CR. Os significados da amamentação na perspectiva das mães [dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Universidade Federal de São Paulo; 2005.
16. Mais AL; Domene AMS; Barbosa BM, Taddei CAAJ. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matricialmente das ações na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19(1), p. 93-104, 2014.
17. Chuproski P. Praticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.
18. Salomon DV. Como fazer uma monografia. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
19. Thiry-cherques RH. Saturação em pesquisa qualitativa: Estimativa empírica de dimensionamento. *Rev. PMKT*. Rio de Janeiro, p. 21, 2009.
20. Ramos CV; Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n. 5, p. 385–390, 2003.
21. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.
22. Silva AH. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Rev. EnEPQ.*, Brasilia, 2013.
23. Golin CK; Toloni MHA; Longo-silva G; Taddei JAA. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(1): 35-40.
24. Souza MMT; Rodrigues LMC. Desafios da Mulher Trabalhadora diante Amamentação. *Revista Pró-univerSUS*, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2010.
25. Kosmala AJ; Wallace LM. Breastfeeding works: the role of employers in supporting women who wish to breastfeed and work in four organizations in England. *J Public Health*. 2006; 28(3):183-91.

26. Raine P. Promoting breast-feeding in a deprived area: the influence of a peer support initiative. *Health Soc Care Commun.* 2003; 11(6):463-9
27. Presidência da República (BR). Programa Empresa Cidadã. Brasília (DF), 2008.
28. Sociedade Brasileira de Pediatria, Recomendações úteis para a manutenção do aleitamento materno em mães que trabalham fora do lar ou estudam, 2012.
29. Saldiva SRDM; Escuder MM; Mondini L; LEVY RB; Venancio S. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr.* 2007; 83(1): 53-8.
30. Simon VGN; Souza JMP; Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, 2003.
31. Lima APE; Javorski M; Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(5): 912-8.
32. Silva DDF; Lima DL; Rosito DB; Ribeiro SMF; Figueiredo MC. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. *Rev. RFO. Porto Alegre*, p. 7-11, v. 13, n. 2, 2008
33. Teixeira MA; Nitschke RG; Degasperi P; Siedler MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 2006; 15(1): 98-106.
34. Coca KP; Gambar MA; Silva RS; Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento de trauma mamilar? *Rev. Esc Enferm USP.* p450-451, São Paulo, 2009.
35. Girard CCP. Saberes e práticas de mães e enfermeiros sobre alimentação complementar [dissertação]. Belém: Universidade do Estado do Pará, 2015.