

Conhecimento materno sobre alimentação infantil em São Luís, Maranhão, Brasil

Paula Pizzatto ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8120-6489>

Caroline C. Dalabona ²

 <https://orcid.org/0000-0002-3197-3847>

Mariana Lima Correa ³

 <https://orcid.org/0000-0003-2373-3584>

Nelson A. Neumann ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-7015-115X>

Juraci Almeida Cesar ⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-0864-0486>

^{1,5} Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rua Visconde de Paranaguá, 102. Rio Grande, RS, Brasil. CEP: 96.201-900. E-mail: nutri@pastoraldacrianca.org.br

^{2,4} Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, Curitiba, PR, Brasil.

³ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

Resumo

Objetivos: descrever o conhecimento em alimentação infantil sobre aleitamento materno e introdução da alimentação complementar entre mães de menores de um ano em São Luís, MA.

Métodos: estudo descritivo transversal com aplicação de questionário único, padronizado por entrevistadoras treinadas, que visitaram todos os domicílios de 20 comunidades escolhidas por conveniência. Este questionário buscava informações socioeconômicas, demográficas, assistência recebida durante a gestação e sobre conhecimento em alimentação infantil. A análise consistiu da montagem de escores do conhecimento, listagem de frequências e medidas de tendência central e de dispersão.

Resultados: dentre as 709 entrevistadas, 53,5% apresentaram conhecimento satisfatório. A média em percentual de acertos do escore do conhecimento em alimentação infantil foi de 66,7%. O escore específico da introdução alimentar obteve 60,7% e o do aleitamento materno 71,4%. Os benefícios da amamentação para os bebês foram mais conhecidos do que as vantagens que esta confere às mães. O pior resultado esteve relacionado ao preparo de papas (13,5%).

Conclusões: é elevada a proporção de mães que desconhece ensinamentos básicos sobre alimentação infantil. Isto pode levar à redução do tempo de aleitamento exclusivo, aumentar as taxas de introdução inadequada de alimentos e bebidas e favorecer o desmame precoce.

Palavras-chave Conhecimento, Mães, Aleitamento materno, Nutrição do lactente



Introdução

A nutrição adequada no início da vida é crucial. Embora os benefícios da amamentação tanto para a mãe quanto para o bebê estejam bem estabelecidos, a mediana de aleitamento materno exclusivo (AME) nas capitais brasileiras está ainda muito aquém do desejado, alcançando apenas 1,8 meses.¹ Mais grave ainda é que a taxa de AME vem caindo. Entre 2006 e 2013, para bebês com idade entre de 0 a 2 meses e de 3 a 5 meses, a queda foi de 0,3 e 15,1 pontos percentuais, respectivamente. A prevalência de AME entre bebês menores de seis meses foi de 36,6% em 2013.² Em São Luís do Maranhão, atingiu 46,7% em 2008.¹

O conhecimento materno (CM) pode influenciar positivamente tanto as práticas de amamentação,^{3,4,5} quanto as práticas relacionadas à introdução da alimentação complementar (AC).^{6,7} Na Etiópia, mães com menos conhecimento sobre alimentação infantil ofertavam mais líquidos que não o leite materno (LM) nos três primeiros dias de vida em relação às demais mães.⁶ Alguns autores mostraram que o conhecimento adquirido pelas mães advém principalmente de profissionais de saúde,^{4,8} mas atualmente a mídia é uma poderosa fonte de informação que exerce grande influência nas decisões e, portanto, deve ser cautelosamente utilizada. Sites com informações incorretas e a abusiva publicidade voltada ao público infantil prejudicam o esclarecimento de mães e acarretam práticas inadequadas.⁹ Há ainda estudos que apontaram que mães com bom CM não mudaram seu comportamento frente à alimentação de seus filhos, introduzindo a eles alimentos ultraprocessados precocemente.¹⁰

A decisão da mãe, seja para amamentar ou realizar a AC adequadamente, depende do contexto social em que ela e a criança estão inseridas. Contexto este que envolve crenças, costumes locais, experiências com outros filhos, estilo de vida, influência de familiares e participação em grupos de apoio.^{8,11,12} Importante considerar que o preparo de uma alimentação de qualidade exige tempo, disponibilidade e recursos das famílias. Além disso, em comunidades carentes, o acesso a alimentos ultraprocessados é maior do que a alimentos in natura.¹³

A introdução da AC deve ter início aos seis meses de idade, quando o LM não é mais suficiente para suprir as demandas de energia e nutrientes do bebê. Deve ser feita de maneira gradual, adequada em consistência, qualidade, variedade, quantidade, e respeitando o apetite da criança.^{14,15} São escassas pesquisas que avaliaram o CM sobre a introdução da AC e os poucos existentes demonstraram baixo CM

sobre o assunto.¹⁵⁻¹⁷

O presente estudo teve por objetivo descrever o conhecimento em alimentação infantil sobre aleitamento materno e introdução da alimentação complementar entre mães de menores de um ano residentes na periferia de São Luís, MA.

Métodos

Este estudo faz parte de uma avaliação mais ampla conduzida pela Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, cujo objetivo principal é medir o impacto da sua ação do Acompanhamento Nutricional sobre o crescimento infantil.

As informações apresentadas no presente artigo são originárias do estudo de linha de base desta pesquisa, as quais foram coletadas entre os meses de agosto e novembro de 2017 em São Luís, MA. À época, este município contava com cerca de 1,1 milhão de habitantes, taxa de mortalidade infantil de 17 por 1000 nascidos vivos, índice de desenvolvimento humano municipal de 0,768. Apresentava média salarial de 3,0 salários mínimos, 33,4% da população era ocupada e, quanto ao acesso a serviços de saúde, possuía 100 estabelecimentos de saúde do sistema único e cobertura da Estratégia de Saúde da família de 34,5%.¹⁸

Foram incluídas neste estudo mães biológicas de bebês menores de um ano residentes em comunidades de bairros periféricos de São Luís. Seriam excluídas aquelas que não conseguissem responder ao questionário por limitação cognitiva, mas isto não ocorreu.

O delineamento utilizado foi do tipo transversal descritivo, com as mães sendo entrevistadas uma única vez em seu domicílio. As unidades amostrais foram definidas com base nos setores censitários do IBGE localizados em áreas (comunidades) de cobertura da Pastoral da Criança. Assim, foram definidas 53 comunidades, sendo que 20 foram escolhidas por conveniência para este estudo. Nestas comunidades, todos os domicílios foram visitados em busca de mães cujo filho tivesse até 11,9 meses de idade.

Utilizou-se questionário único padronizado, que buscou informações sobre características demográficas, socioeconômicas, vida reprodutiva, assistência durante a gestação e o parto, além das questões relacionadas ao CM em alimentação infantil. Estas abordaram a definição e duração do AME, técnicas adequadas de amamentação, vantagens da amamentação para a mãe e para o bebê, idade de início da introdução da AC e preparação de papas (consistência, quantidade, diversidade e qualidade). A cada pergunta deste bloco, a mãe respondia às

perguntas mostrando à entrevistadora uma das três pequenas placas entregues a ela previamente: a primeira identificava a resposta "sim" (verde), outra a resposta "não" (vermelha) e a terceira, um ponto de interrogação, indicando respostas "não sei".

O desfecho do estudo foi constituído pelo CM sobre alimentação infantil, o qual foi analisado de duas maneiras. A primeira, por meio de escores do CM total, específico do AM e específico da AC. A distribuição da pontuação dos escores encontra-se detalhada na Tabela 1. Com 34 questões, o escore total poderia variar de 0 a 64 pontos. Considerou-se conhecimento satisfatório o escore superior à média. A segunda maneira, foi pelo percentual de acertos de cada pergunta, atribuindo-se um ponto para cada resposta correta e 0 (zero) para as respostas incorretas e respostas "não sei", sendo o total convertido em percentagem. A definição das respostas corretas e incorretas foi baseada no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, no Manual de Orientação do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria e no Caderno de Atenção Básica número 23.^{14,19,20}

A equipe deste estudo foi constituída por uma coordenadora geral (PP), duas supervisoras e oito entrevistadoras. Estes dois últimos grupos receberam treinamento durante cinco dias, o qual consistiu de leitura do questionário e do manual de instruções, aplicação do instrumento em duplas e simulação de entrevistas perante os demais participantes. No último dia foi realizado estudo piloto em comunidade não incluída no estudo.

Foram formadas duas equipes, cada uma, era designada para cobrir um grupo distinto de comunidades previamente mapeadas e numeradas. Lá chegando, as entrevistadoras eram distribuídas em ruas, becos, vielas, devendo visitar todos os domicílios em busca de bebês menores de um ano. Encontrando-os, explicava-se às mães sobre o estudo, ocasião em que eram convidadas para dele participar. Aceitando, duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido lhes eram fornecidas para assinatura. Um termo ficava em sua posse, e o outro era arquivado na sede do projeto. Após isto, realizava-se a entrevista.

As entrevistas foram realizadas com tablets e o aplicativo REDCap (*Research Electronic Data Capture*).²¹ Estes dados eram diariamente enviados via internet para um servidor central, onde eram revisados pelas supervisoras e coordenadora do estudo. As discrepâncias encontradas eram imediatamente corrigidas e, se necessário, um novo contato com a entrevistadora era realizado, em geral, por telefone. Todas estas informações eram acumuladas

em um banco para criação de variáveis derivadas e análises subsequentes.

Para o controle de qualidade, 10% das entrevistas foram escolhidas de forma sistemática a cada 100 questionários e parcialmente repetidas por telefone. O objetivo disto era confirmar a aplicação do questionário e comparar respostas. A concordância foi posteriormente avaliada utilizando-se o índice *Kappa*, que variou de 0,63 a 0,97 para as variáveis: número de pessoas que moram junto na casa e, realização de alguma consulta de pré-natal durante a gravidez, respectivamente.

A análise dos dados constou da listagem de frequência de cada variável estudada e desfecho, da obtenção de medidas de tendência central quando cabível.

O projeto de pesquisa, de onde este artigo é originário, "Avaliação do impacto do acompanhamento nutricional da Pastoral da Criança sobre o estado nutricional infantil: um estudo quasi experimental de base comunitária" foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Processo 23116.004589/2017-70.

Resultados

Este estudo identificou 714 mães. Deste total, foi possível entrevistar 709 delas, o que revela taxa de respondentes de 99,3%.

A Tabela 2 mostra que cerca de um quinto das mães era constituída de adolescentes (<19 anos), ao redor de 70,0% delas eram de cor parda, viviam com companheiro e tinham casa própria. Possuíam pelo menos o ensino médio completo 63,0%, renda familiar inferior a 1 salário mínimo mensal 35,0% e recebiam auxílio do Programa Bolsa Família 42,4% delas. Também é possível verificar que quase 90,0% das mães fizeram ao menos uma consulta de pré-natal nesta última gestação e que cerca de dois terços iniciaram estas consultas no primeiro trimestre de gravidez e realizaram seis ou mais delas. Não foram planejadas 77,6% das gravidezes e 55,6% das mães não foram visitadas durante a gestação, nem pelo agente comunitário de saúde nem pelo voluntário da Pastoral da Criança. O atendimento em serviços de saúde público predominou, tanto no pré-natal, 59,9%, quanto no parto, 89,8%.

O resultado do escore do CM total variou de 18 a 61 pontos. A média, determinante do ponto de corte para o conhecimento satisfatório, foi de 42,7 pontos, o que corresponde a 66,7% de acertos. Pouco mais da metade das mães, 53,5%, obtiveram conhecimento satisfatório. Quando analisados os escores

Tabela 1

Descrição da distribuição da pontuação das perguntas sobre aleitamento materno e alimentação complementar para cálculo dos escores.

Maior pontuação (3 pontos) Recomendações do Ministério da Saúde	Menor pontuação (1 ponto) Questões Gerais
Aleitamento Materno	
Definição do AME	Orientações gerais sobre amamentação
Duração do AME	Características do leite materno
Duração da amamentação	Boa pega
Questão situacional sobre AME	Benefícios para a mãe e para o bebê
Oferta de colostro	
Livre demanda	
Alimentação Complementar	
Idade de início da introdução	Priorizar oferecer primeiramente o alimento ao leite materno
Hidratação	Bebê não precisa raspar o prato sempre
Quantidade de refeições	
Variedade	
Idade para evitar ultraprocessados	
Preparo de papas – consistência, adição de sal e açúcar	

AME= aleitamento materno exclusivo.

específicos, obteve-se 71,4% de acertos sobre AM e 60,7% sobre AC (Tabela 3).

De acordo com a análise dos tópicos, o percentual de acertos sobre AM variou de 44,7% a 98,7% e 13,5% a 90,5% sobre a AC. As Figuras 1 e 2 apresentam estas prevalências. Chama a atenção o fato de que menos da metade das entrevistadas (47,5%) relataram ter ouvido falar em AME, (48,9%) responderam corretamente sua definição (dar somente o leite do peito e nada mais), assim como a pergunta situacional que questionava a necessidade de oferecer água a bebês de três meses que vivem em locais quentes (44,7%). A mesma proporção definiu corretamente o tempo ideal de amamentação (2 anos ou mais). Os benefícios do leite materno para os bebês obtiveram percentual de CM superior a 78,6%, porém, souberam que a amamentação contribui para o corpo da mulher voltar ao normal mais rápido após o parto, 61,8% das entrevistadas. Dois terços não

relacionaram choro do bebê à leite materno fraco.

Quase metade das entrevistadas (48,4%) relatou ter recebido orientação sobre a introdução da AC. Esta quantidade pode estar relacionada ao fato de que 41,2% das mães tinham filhos maiores de 6 meses. Apenas uma dentre as 12 perguntas da AC obteve mais de 90,0% de acertos (bebês não precisam raspar o prato). O menor percentual do CM esteve relacionado à forma de preparo das papas de bebês que ainda não tem dentes (13,5%), que segundo os manuais, não deve ser liquidificada ou peneirada. Sobre a qualidade dos alimentos, 31,7% referiram que produtos ultraprocessados não devem ser oferecidos às crianças até dois anos de idade (48,4% delas acreditavam que estes devem ser evitados até 1 ano). No que diz respeito à variedade, pouco mais da metade (51,3%) identificou o exemplo de refeição com um alimento de cada grupo alimentar, sendo que 42,6% optaram pela opção com

Tabela 2

Descrição das características demográficas, socioeconômicas e utilização de serviços de saúde nesta última gestação de mães de menores de um ano. São Luís, MA, 2017 (n=709).

Variável	N	%
Idade da entrevistada (anos)		
Até 19	104	14,7
20 - 24	245	34,7
25 - 29	158	22,3
30 ou mais	202	28,5
$\bar{X} \pm DP$	25,8 \pm 6,2	
Cor da pele auto referida		
Branca	98	12,9
Preta	130	17,2
Parda	530	69,9
Vive com companheiro	518	73,1
Escolaridade (anos completos de estudo)		
Até 8	141	19,9
9 - 11	122	17,2
12 ou mais	445	62,9
$\bar{X} \pm DP$	10,9 \pm 2,4	
Renda familiar do último mês em salários mínimos (n=639)		
Menos de 1	210	35,0
1 - 1,9	207	34,5
2 - 3,9	140	23,3
4 ou mais	43	7,2
$\bar{X} \pm DP$	1,7 \pm 1,6	
Recebe auxílio do Programa Bolsa Família	301	42,4
Casa própria	489	69,0
Planejou a gestação	159	22,4
Fez alguma consulta de pré-natal	701	98,9
Iniciou consultas no 1º trimestre	452	64,6
Número de consultas de pré-natal		
0 a 5	256	36,6
6 ou mais	444	63,4
Local das consultas de pré-natal		
Posto de saúde	419	59,9
Consultório/hospital particular ou por convênio	127	18,1
Outro	154	22,0
Recebe visitação do agente comunitário de saúde	184	25,9
Recebe visitação do voluntário da Pastoral da Criança	75	10,6
Local do parto		
Hospital/maternidade pública	637	89,8
Hospital/maternidade particular	61	8,6
Em casa ou outros	11	1,6
Idade do bebê		
Menor de 6 meses	417	58,8
Maior de 6 meses	292	41,2
Recebeu orientação sobre a introdução da alimentação complementar	343	48,4
De quem recebeu esta orientação		
Médico ou profissional de saúde	266	37,5
Familiares, amigos ou outros	92	13,4

Tabela 3

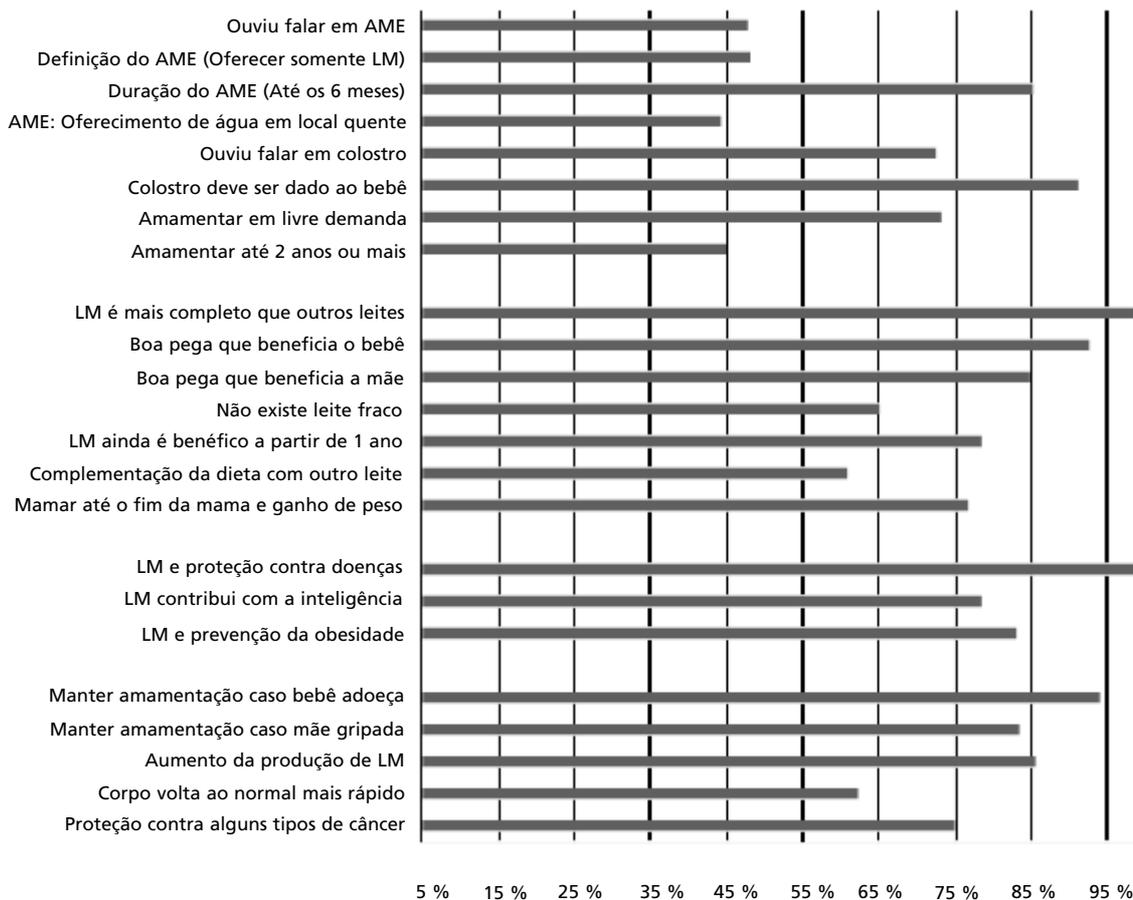
Resultado dos escores do conhecimento materno total e específicos do aleitamento materno e introdução da alimentação complementar. São Luís, MA, 2017 (n=708).

Escores	N	%	$\bar{X} \pm DP$	Média em %
Conhecimento materno total			42,7 ± 7,6	66,7
Insatisfatório	329	46,5		
Satisfatório*	379	53,5		
Conhecimento sobre aleitamento materno			25,0 ± 5,5	71,4
Insatisfatório	319	45,0		
Satisfatório*	390	55,0		
Conhecimento sobre introdução da alimentação complementar			17,6 ± 4,2	60,7
Insatisfatório	360	50,8		
Satisfatório*	348	49,2		

*Conhecimento materno satisfatório = >média.

Figura 1

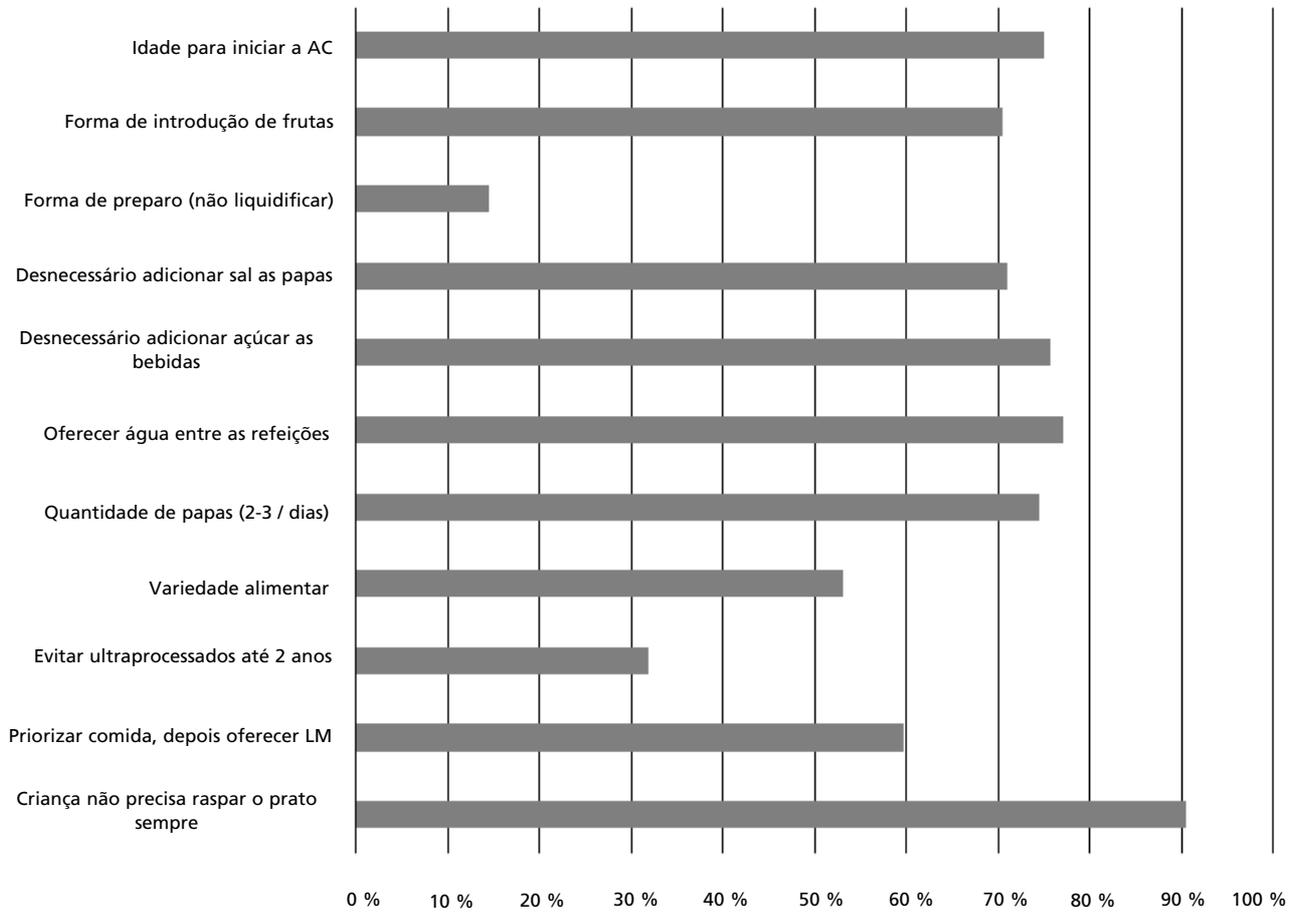
Conhecimento materno sobre aleitamento materno. São Luís, MA, 2017 (n=709).



AME = aleitamento materno exclusivo; LM= leite materno.

Figura 2

Conhecimento materno sobre aleitamento materno. São Luís, MA, 2017 (n=709).



AC = alimentação complementar; LM= leite materno.

mais verduras e legumes, sem proteína animal (Figura 2).

Discussão

Este estudo mostrou que um pouco mais da metade das mães (53,5%) obtiveram CM satisfatório sobre alimentação infantil. O assunto com maior número de acertos foi o AM. Isto pode ser devido à maior divulgação de informações sobre AM no serviço de saúde, em campanhas, ou mídia.¹² A média do escore total sobre alimentação infantil foi de 42,7 de um total de 64 pontos, equivalente a 66,7% de acertos. Separadamente, o resultado do escore do AM correspondeu a 71,4% de acertos em média, e o percentual da AC, a 60,7%.

Na revisão de literatura foram encontrados diferentes pontos de corte para determinar o escore de conhecimento sobre AM, e por meio da análise dos percentuais das médias, percebe-se resultados semelhantes ao do atual estudo, 69,7%, 71,2%,^{2,22} inferiores, 56,7%, 58,5%,^{3,23} e superior 82,5%.²⁴ A respeito do escore da AC, Shams *et al.*²⁵ no Iran, encontraram escore de 0,8%, 20,4% e 78,8%, considerado baixo, regular e bom conhecimento respectivamente, com média de 42,8%. Menor CM satisfatório foi encontrado na Nigéria (14,9%) e Etiópia (28,75).^{16,17}

Quanto aos resultados advindos de cada pergunta, os menores índices de acertos foram relacionados à introdução da AC: quanto à forma de preparo das papas (13,5%) e o limite de idade (2

anos) para evitar o oferecimento de alimentos ultra-processados às crianças (31,7%). Sobre o AM, os menores percentuais de acertos (44,7, 47,5%, 48,9%) estiveram relacionados ao tempo ideal de amamentação, ter ouvido falar em AME e definição do AME.

Apesar do intenso esforço do MS desde a década de 1980 em disseminar a importância e os benefícios da amamentação exclusiva para bebês e mulheres que amamentam, menos da metade das entrevistadas deste estudo relataram ter ouvido falar em AME e souberam a sua correta definição. Quase 11,0% destas acreditavam que outros líquidos como água, leites ou sucos podem ser oferecidos a bebês em amamentação exclusiva. Em se tratando da definição do AME, este foi o menor percentual de acerto já encontrado comparando-se a outros estudos, cujas prevalências variaram de 66,1% a 85,6%.^{3,4,23,26,27} A pergunta situacional, sobre a necessidade de oferecer água a bebês de três meses que vivem em locais quentes, (como é o caso de São Luís) foi incluída a fim de reforçar essa investigação, e também por já ter sido evidenciado que a introdução precoce de água em crianças do Nordeste foi de 13,6%, quase 5 vezes maior que na Região Sul.¹ Esta resposta obteve 44,7% de acertos, percentual similar ao encontrado por Nguyen no Vietnã (47,6%), e considerado por menor que o relatado por Gewa no Quênia (88,0%).^{4,7}

Todavia, quando feita a pergunta sobre a duração do AME, a qual explicava o seu significado ("Quanto tempo os bebês devem mamar só no peito, sem receber nem mesmo água?") a resposta correta (até 6 meses) apareceu para 85,7% das entrevistadas. Ou seja, possivelmente existe dificuldade no entendimento da palavra "exclusivo", tendo em vista o aumento das respostas corretas, quando houve o detalhamento. Ainda, quando perguntado sobre a idade que o bebê precisa começar a receber papas, três quartos das mães responderam corretamente. Tais prevalências sobre a duração do AME foram semelhantes aos achados de alguns estudos,^{4,26} porém maiores que outros, que variaram de 30,6% a 69,4%.^{23,24,28} O desentendimento sobre amamentação exclusiva está descrito em estudos brasileiros.^{5,8,12,15} Como exemplo, cerca de 30,0% das nutrízes entrevistadas por Campos *et al.*⁸ relataram que seus filhos estavam em AME, quando na verdade, estes já haviam recebido outros líquidos.

O MS preconiza que seja oferecido ao bebê LM em livre demanda durante a amamentação exclusiva. Similar aos achados de Leshi *et al.*²³ na Nigéria, cerca de 72,8% das mães entrevistadas conheciam esta orientação. A população estudada por Gewa e

colaboradores obteve 90,0% de acertos para esta questão.⁴

Investigou-se no presente estudo o conhecimento sobre a técnica de amamentação da "boa pega", a qual, quando feita adequadamente, evita que o mamilo seja machucado, sofra rachadura, e provoque dor à mãe, o que, por sua vez, pode levar à desistência da amamentação. Além do mais, a boa pega proporciona melhor sucção do leite pelo bebê. Curiosamente, as mães demonstraram maior conhecimento quando perguntado sobre os benefícios que a técnica confere aos bebês (92,6%) do que sobre as vantagens de proteção ao seio materno (84,7%). Outras duas pesquisas que estudaram o tema encontraram prevalências de CM inferiores a estas, 73,7% e 64,0%.^{22,23}

O conhecimento de que o LM é o alimento mais completo para os bebês, superior a outros leites como as fórmulas infantis, e os benefícios que a amamentação confere aos bebês, apresentaram altos percentuais de acertos. Já, quando se tratou das vantagens para as mulheres, 61,8% souberam que o corpo da mãe que amamenta volta ao normal mais rapidamente, e 74,5%, de que este ato as protege contra alguns tipos de câncer. Contudo, este resultado foi consideravelmente maior do que o encontrado na Nigéria para proteção de câncer, de 35,5%.³

No Quênia, essa diferença não foi tão pronunciada, 65,0% souberam das vantagens da amamentação exclusiva para os bebês e 61,0% das vantagens para as mães.⁴ Outros estudos brasileiros, mostraram, menor CM sobre as vantagens conferidas pela amamentação para as mães.^{11,12} Estes dados indicam que, no Brasil, a ênfase maior pode estar sendo dada aos benefícios da amamentação para os bebês, uma vez que, enfatizar as vantagens para as puérperas desde o pré-natal e continuando no pós parto, pode ser um fator importante para contribuir com a adesão à amamentação.¹¹

Uma em cada três mães interrogadas neste estudo associou o choro do bebê a ocorrência de leite fraco, prevalência superior aos 15,2% encontrada por Boff *et al.*²⁴ O fato da mulher preocupar-se de que seu leite é fraco e que, por isso, seu filho possa não estar ganhando peso adequadamente, é uma justificativa comum para a interrupção do AME e introdução precoce de outros tipos de leite ou alimentos.^{4,5}

A respeito do aleitamento prolongado, quase 80,0% das mães souberam que o LM ainda traz benefícios ao bebê a partir dos 12 meses, entretanto, apenas metade relatou que o AM deve ser continuado até, pelo menos dois anos de idade como recomenda o MS. Esta resposta pode ter sofrido

influência de situações vivenciadas na vida real, o que levaria, por necessidade de retorno ao trabalho, ou por conselhos recebidos de familiares ou mesmo por orientação médica, mães introduzirem outros tipos de leite aos bebês, complementares ou não ao AM antes de o bebê completar dois anos de idade.²⁸

Apesar da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o MS desaconselharem a oferta de leite de vaca (LV) para crianças de até um ano de idade,²⁰ pesquisa brasileira conduzidas por Caetano *et al.*²⁹ mostraram que este hábito é frequente e elevado e, além disso, esse consumo lácteo vem acrescentado de açúcar, cereais e achocolatados o que pode predispor à obesidade infantil. O presente estudo corrobora com esta situação por demonstrar que quase 40,0% das mães acreditam ser necessário introduzir outro tipo de leite a bebês de oito meses que já se alimentam e ainda mamam. Esta crença pode ser justificada pela preocupação excessiva das mães de que a criança fique forte e ganhe peso, ou ainda, pelo fato de que preparar uma mamadeira de leite com algum cereal ou suplemento seja mais rápido e prático do que preparar uma refeição.

O CM mais deficitário a respeito da introdução da AC, (13,5%) foi quanto à forma de preparo da papa para bebês que ainda não tem dentes. Segundo manuais do MS os alimentos devem ter consistência em forma de purê desde o princípio, para estimular a mastigação e desenvolvimento dos músculos faciais, para tanto, devem ser amassados com o garfo.^{14,19} Ainda sobre a consistência, cerca de 27,5% das respondentes acreditavam que frutas devem ser ofertadas inicialmente na forma de suco. Recorda-se que esta já foi uma orientação para introdução alimentar, a qual sofreu modificação, pois além do prejuízo da mastigação já comentado, a adição de água reduz o aporte energético comparando-se às frutas. Ademais, foi identificado que a quase totalidade das mães (96,2%) consideraram sucos naturais saudáveis para crianças. Vale ressaltar que apesar de serem saudáveis, a ingestão deve ser limitada (100 mL a partir de 6 meses e 150 mL para pré-escolares), e se possível evitada, priorizando-se a oferta das frutas in natura.²⁰ Mães que consideraram sucos de frutas artificiais (em pó ou de caixinha) saudáveis para as crianças alcançou apenas 3,2%.

Sobre a pergunta da variedade alimentar, a mãe deveria escolher uma das 3 opções que julgasse ser a mais completa e justificar sua resposta. Pouco mais da metade, 51,3%, identificaram a opção de refeição com um alimento de cada grupo alimentar incluindo carne, e 42,6% optaram pela refeição com mais vegetais, sem proteína animal. Dentre as principais razões para esta escolha, destacaram-se: ser mais

indicada, saudável, nutritiva; ser mais leve, ter mais verduras ou legumes; conter os alimentos mais ricos em ferro. Observa-se a respeito deste último ponto, que o feijão foi a alimento mais citado como fonte de ferro, seguido pela carne e pela beterraba. Ressalta-se que estes alimentos contêm ferro vegetal, o qual possui baixa biodisponibilidade e, por isso, devem ser acompanhados por alimentos fonte de vitamina C. Já, a carne é a principal fonte de ferro biodisponível, motivo pelo qual, recomenda-se sua inclusão na alimentação diária de crianças para prevenir a anemia.^{14,19}

Quanto à quantidade, estudos demonstraram que poucas mães, 29,6% e 13,6% sabiam que bebês de 6 a 8,9 meses precisam receber pelo menos 2 refeições ao dia.^{16,17} Porém, no atual estudo, 73,6% das mães souberam essa resposta.

Estudos brasileiros detectaram consumo infantil precoce de alimentos não saudáveis como biscoitos, refrigerantes, doces e salgadinhos.^{29,30} Procurou-se na atual pesquisa avaliar até quando as mães creem que se deve evitar oferecer este tipo de alimentos às crianças e, apenas 31,7% referiram após os 2 anos de idade, o que vai ao encontro da recomendação do MS. Mas 48,4% acreditam que evitar a oferta destes alimentos até um ano de idade está adequado. Tais alimentos são danosos à saúde, prejudicam o controle do apetite e saciedade por serem hiperpalatáveis devido ao alto teor de açúcares e gorduras¹⁰ e, portanto, quanto mais tarde introduzidos à alimentação infantil, esporadicamente, melhor.

A média em percentual do escore referente ao AM foi consideravelmente alta, 71,4%. Isto pode estar relacionado ao fato de que a maioria das entrevistadas participaram de seis ou mais consultas de pré-natal e as iniciaram desde o primeiro trimestre de gestação, contexto que pode ter favorecido o recebimento de orientações sobre o AM. Foi visto que nem metade das participantes do estudo (48,4%) foram orientadas sobre a introdução da AC, proporção consideravelmente menor do que o encontrado em Campinas (66,0%),¹⁵ e destas, 38,0% receberam a orientação por meio de médicos e profissionais de saúde e 13,2% por familiares ou amigos, o que pode ser um meio de informações equivocadas e desatualizadas. Outras fontes de informações ultrapassadas sobre a introdução alimentar que pode prejudicar a conduta das mães são websites de profissionais de saúde, como demonstrou estudo.⁹ Ressalta-se que tais orientações são fundamentais para a prevenção de desvios nutricionais, principalmente da obesidade infantil que é um grande problema de saúde pública da atualidade.

Os resultados apontam falhas no conhecimento materno sobre amamentação e introdução da AC. Isto demonstra que as ações educativas em relação à alimentação infantil podem não estar sendo realizadas à contento em São Luís do Maranhão e necessitam ser intensificadas, principalmente no que se refere à introdução da AC, pois menos da metade das mães receberam alguma orientação sobre o assunto. Além disso, é extremamente importante que os profissionais de saúde sejam atualizados sobre as atuais recomendações dos temas e trabalhem com as mães nas consultas de pré-natal e puericultura. Paralelamente, os agentes comunitários de saúde e voluntários de organizações não governamentais como a Pastoral da Criança, também são importantes veículos de informação e, portanto, a intensificação das visitas domiciliares realizadas por eles, contribuiria significativamente, em especial às famílias mais vulneráveis.

Apesar deste estudo focar no conhecimento das mães, é importante ressaltar que tanto a amamentação quanto a alimentação da criança são de responsabilidade de toda a família, e também da sociedade e do Governo. O compartilhamento das atividades domésticas, as redes de apoio à mulher que amamenta, o cumprimento de políticas públicas que favoreçam o acesso a alimentos saudáveis em áreas vulneráveis, o subsídio a pequenos produtores, a

taxação de produtos não saudáveis e a restrição da publicidade direcionada ao público infantil, destacam-se dentre as estratégias para garantir melhor nutrição às crianças.

Os achados são relevantes tanto para mães, como para os responsáveis de crianças, profissionais que atuam na promoção da saúde materno infantil e educação nutricional. Recomenda-se mais estudos que investiguem o CM em outras áreas do país, assim como aqueles que analisem a influência do conhecimento sob as práticas alimentares, a fim de subsidiar ações preventivas do desmame e introdução de alimentos precoces com intuito de alcançar melhores taxas de aleitamento materno exclusivo.

Contribuição dos autores

Pizzatto P participou da concepção e execução do estudo, redigindo as versões inicial e final do artigo. Cesar JA e Dalabona CC contribuíram para o desenho do estudo e as revisões inicial e final. Neumann NA participou da revisão crítica do manuscrito. Correa ML participou da revisão crítica do manuscrito e da revisão do inglês. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF; 2009.
2. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51: 108.
3. Akinyinka MR, Olatona FA, Oluwole EO. Breastfeeding knowledge and practice among mothers of children under 2 years of age living in a military barrack in southwest Nigeria. *Int J MCH AIDS* 2016; 5 (1): 1-13.
4. Gewa CA, Chepkemboi J. Maternal knowledge, outcome expectancies and normative beliefs as determinants of cessation of exclusive breastfeeding: a cross-sectional study in rural Kenya. *BMC Public Health*. 2016; 16: 243.
5. Noguera MD, Orellana JJ. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2004; 55 (1): 9-17.
6. Tariku A, Biks GA, Wassie MM, Gebeyehu A, Getie AA. Factors associated with prelacteal feeding in the rural population of northwest Ethiopia: a community cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2016; 11: 14.
7. Nguyen PH, Keithly S, Nguyen NT, Nguyen TT, Tran LM, Hajeebhoy N. Prelacteal feeding practices in Vietnam: challenges and associated factors. *BMC Public Health*. 2013; 13: 932.
8. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Rev Latino Am Enferm*. 2015; 23 (2): 283-90.
9. Silva RQ, Gubert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em sites brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10 (3): 331-40.
10. Giesta JM, Zoche E, Corrêa RS, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciê Saúde Coletiva*. 2019; 24 (7): 2387-97.
11. Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Rev Rene*. 2010; 11 (2): 53-62.
12. Rosa JBS, Delgado SE. Conhecimento de puérperas sobre

- amamentação e introdução alimentar. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2017; 30 (4): 1-9.
13. Gama SR, Cardoso LO, Rubinsztajn IK, Fischer A, Carvalho MS. Alimentação de crianças em uma favela no Rio de Janeiro, Brasil: quanto se gasta e qual seria o custo de uma dieta saudável. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2015; 15 (4): 425-34.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília, DF; 2015. Cadernos de Atenção Básica, nº 23.
 15. Valezin DF, Ballesterio E, Aparecido JC, Ribeiro JF, Marinho PCM, Costa LFV. Instrumento educativo sobre alimentação de lactentes - baseado nas necessidades de conhecimento das mães. *Rev Inst Ciên Saúde*. 2009; 27 (1): 11-7.
 16. Demilew YM, Factors associated with mother's knowledge on infant and young child feeding recommendation in slum areas of Bahir Dar City, Ethiopia: cross sectional study. *BMC Res Notes*. 2017; 10: 191.
 17. Olatona FA, Adenihun JO, Aderibigbe AS, Adeniyi OF. Complementary feeding knowledge, practices, and dietary diversity among mothers of under-five children in an urban community in Lagos State, Nigeria. *Int J MCH AIDS*. 2017; 6 (1): 46-59.
 18. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília, DF; 2013.
 20. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Departamento de Nutrologia. 3 ed. Rio de Janeiro; 2012.
 21. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)-A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009; 42 (2): 377-81.
 22. Tamim H, Ghandour LA, Shamseddine L, Charafeddine L, Nasser F, Khalil Y, Nabulsi M. Adaptation and validation of the arabic version of the infant breastfeeding knowledge questionnaire among lebanese women. *J Hum Lact*. 2016; 32 (4): 682-8.
 23. Leshi O, Samuel FO, Ajakaye MO. Breastfeeding knowledge, attitude and intention among female young adults in Ibadan, Nigeria. *Open J Nurs*. 2016; 6: 11-23.
 24. Boff ADG, Paniagua LM, Scherer S, Goulart BNG. Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno. *Audiol Commun Res*. 2015; 20 (2): 141-5.
 25. Shams N, Mostafavi F, Hassanzadeh A. Determinants of complementary feeding practices among mothers of 6-24 months failure to thrive children based on behavioral analysis phase of PRECED model, Tehran. *J Educ Health Promot*. 2016; 5: 24.
 26. Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *Int Breastfeed J*. 2016; 11: 12.
 27. Ortiz YMB, Navarro CC, Ruiz GG. Lactancia materna exclusiva: La conocen las madres realmente? *Rev Cuid*. 2014; 5 (2): 723-30.
 28. Gyampoh S, Otoo GE, Aryeetey RNO. Child feeding knowledge and practices among women participating in growth monitoring and promotion in Accra, Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14: 180.
 29. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *J Pediatr*. 2010; 86 (3): 196-201.
 30. Jaime PC, Frias PG, Monteiro HOC, Almeida PVB, Malta DC. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016; 16 (2): 159-67.

Recebido em 14 de Março de 2019

Versão final apresentada em 14 de Outubro de 2019

Aprovado em 19 de Dezembro de 2019