

RELAÇÃO ENTRE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E A PREVENÇÃO PRIMÁRIA A REAÇÕES ALIMENTARES ADVERSAS EM CRIANÇAS

Maria Thereza Ghelere dos Santos

Discente do curso de Nutrição no Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: maghelere@hotmail.com

Carmem Patrícia Barbosa

Docente Mestre em Ciências Biológicas no Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: carmempatricia@cesumar.br

RESUMO: O aleitamento materno é uma prática fundamental de nutrição à criança dando proteção e melhorando o desenvolvimento. Porém, é comum a mãe cessar a amamentação antes do tempo correto e introduzir, de forma precoce, outros alimentos na dieta da criança. Tal fato pode levar ao aparecimento de reações alimentares adversas, pois a criança perde benefícios dos componentes do leite materno e entra em contato com outros alimentos que não são bem processados pelo organismo, que ainda é imaturo. O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre o aleitamento materno exclusivo e a prevenção primária de reações alimentares. Foi aplicado um questionário contendo perguntas relacionadas à amamentação, desenvolvimento de doenças, reações alimentares e história familiar. Das 48 crianças que participaram deste estudo, 39,58% (19) eram do sexo feminino e 60,42% (29) eram do sexo masculino, com média de idade de $4,42 \pm 1,2$ anos. A análise dos resultados identificou que 100% das crianças amamentadas exclusivamente até os 6 meses não apresentaram reações alimentares adversas enquanto que, dentre aqueles que não recebem leite materno exclusivo, 11,43% tiveram reações alimentares. Desta forma, apesar de serem necessários mais estudos para comprovação da eficácia do aleitamento materno exclusivo como prevenção primária a reações alimentares, a amamentação deve ser incentivada devido a todos os benefícios que traz à saúde da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Reações Alimentares; Crianças.

RELATION BETWEEN EXCLUSIVE BREASTFEEDING AND THE PRIMARY PREVENTION OF ADVERSE FOOD REACTIONS IN CHILDREN

ABSTRACT: The breastfeeding is a fundamental practice of nutrition to the infant, giving protection and improving the development. However, it is common that the mother ceases the breastfeeding before the correct time and introduces, prematurely, other kinds of food in the infant's diet. Such fact can lead to the appearance of food reactions, because the infant loses benefits from the components of the maternal milk and gets in touch with other kinds of food that are not well processed by his still immature organism. The present study aimed at investigating the relation between exclusive breast feeding and the primary prevention of food reactions. It was applied a questionnaire containing questions related to the breastfeeding, development of illnesses, food reactions and family history. From the 48 children that participated in this study, 39.58% (19) were female and 60.42% (29) were male, with average age of 4.42 ± 1.2 years. The analysis of the results identified that 100% of the children exclusively breastfed up to 6 months did not present adverse food reactions, whereas among those that did not receive exclusive maternal milk, 11.43% presented food reactions. In this way, despite the necessity of more studies to attest the efficacy of exclusive breast feeding as primary prevention

to food reactions, the breastfeeding should be encouraged due to all the benefits that it brings to the health of the infant.

KEYWORDS: Breastfeeding; Food Reactions; Children.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é, sem dúvida, uma prática fundamental para proteção, crescimento e desenvolvimento da criança (CORTEZ et al., 2007; CAMILO et al., 2004). Sendo assim, a amamentação é cada vez mais apoiada e incentivada nos primeiros meses de vida devido aos benefícios fisiológicos, imunológicos, nutricionais e até mesmo econômicos e sociais que traz. Seu incentivo busca principalmente a promoção da saúde da criança (CARVALHO; TAMEZ, 2005; ESCOTT-STUMP, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), após uma revisão sistemática com evidências existentes até o ano de 1998, concluiu e recomenda que o aleitamento materno deva ser exclusivo até os seis meses de idade, ou seja, a criança deve receber apenas o leite humano sem nenhum outro alimento líquido ou sólido. Após esta faixa etária, preconiza-se que deve ser iniciado a complementação alimentar, mantendo o leite materno até, pelo menos, o 2º ano de vida (SANTOS NETO; OLIVEIRA; ZANDONADE, 2007; CARVALHO; TAMEZ, 2005; CORTEZ et al., 2007). A alimentação complementar antes do 6º mês, além de não trazer vantagens, pois o bebê já tem tudo o que precisa no leite da mãe, pode ser prejudicial à saúde do lactente (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

Buscando ampliar a divulgação dos benefícios e garantir a prática do aleitamento materno, a partir de 1990 foram lançados programas, ações e normatizações, a nível nacional e internacional, visando à diminuição da mortalidade infantil e promoção à saúde (CAMILO et al., 2004; CIAMPO et al., 2008). Mas, apesar de todas as recomendações, é possível perceber que o tempo de amamentação vem sendo reduzido. Isso se deve principalmente à crença errônea das mães de que seu leite não é suficiente para suprir as necessidades de seus filhos (SANTOS NETO; OLIVEIRA; ZANDONADE, 2007). Essa situação também é apontada como decorrência da falta de preparação das mães durante o pré-natal e o papel da mulher na sociedade atual, ou seja, o trabalho fora do lar dificultando o contato entre a mãe e o filho (OLIVEIRA; SILVA, 2003).

Esse desmame de forma antecipada faz com que a criança perca os benefícios do leite materno (LM), pois, indiscutivelmente, este é o alimento mais completo, que possui características nutricionais, imunológicas e psicológicas, além de grande variedade de efeitos protetores à criança (EUCLYDES, 2000; MARQUES; LOPEZ; BRAGA, 2004). Segundo Ferreira, Coelho e Trindade (2007), além das propriedades necessárias para desenvolvimento e nutrição, o LM é composto de fatores imunológicos, tais como Imunoglobulina A secretora (IgAS) e citoquinas, as quais conferem efeito protetor contras alergias. Também é rico em ácidos gordos poli-insaturados e poliaminas e é benéfico ao trato gastrointestinal, pois o contato do LM com a colonização intestinal de lactobacilos e bifidobactérias estimula a resposta imunológica Th1.

O contato exclusivo da criança com o colostro e o LM tem importância fundamental na formação do sistema imune de recém-nascidos devido à presença de componentes celulares solúveis com atividades imunológicas. O LM também traz benefícios por evitar exposição antecipada a moléculas alergênicas e organismos patogênicos que podem estar presentes em outros alimentos (CARVALHO; TAMEZ, 2005). O colostro é a secreção dos primeiros dias após o parto, rico em proteínas e leucócitos, com função mais protetora do que nutricional (LACERDA et al., 2002).

Todas as classes de imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG, IgE, IgD) são encontradas no leite humano, porém é a IgA que está presente em maior concentração, havendo um decréscimo desta de 40% nas primeiras 48 horas e 60% em 72 horas, mas pode ser encontrada até o segundo ano de lactação. A mesma possui papel importante por ser essencial para formação da mucosa gastrointestinal, protegendo contra micro-organismos (LOPES; BRASIL, 2003; LACERDA et al., 2002). Também estão presentes no leite materno fatores imunológicos inespecíficos como lactoferrina, lisozima e oligossacarídeos (LOPES; BRASIL, 2003).

Mesmo diante de todos os benefícios associados à amamentação, as mães acabam fazendo uso de alimentos complementares de forma antecipada na dieta da criança e essa introdução precoce pode ser desvantajosa. Estas desvantagens ocorrem principalmente porque o tempo de aleitamento materno diminuído interfere na absorção de nutrientes essenciais do LM e aumenta o risco de contaminação e de reações alérgicas (SALDIVA et al., 2007; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Até os seis meses de idade a criança encontra-se em estágio de maturação fisiológica e, portanto, apresenta dificuldades para processar certos componentes dos alimentos diferentes daqueles encontrados no leite materno (BRASIL, 2005). A imaturidade da mucosa gastrointestinal possibilita que frações antigênicas de alguns alimentos tornem-se mais permeáveis, levando ao risco de aparecimento de reações de hipersensibilidade (FERREIRA; SEIDMAN, 2007; BRASIL, 2005).

Portanto, a busca por medidas preventivas a reações alérgicas é necessária, pois a prevalência dessas doenças vem aumentando nas últimas décadas e estas são consideradas como um fator que afeta a qualidade de vida de crianças e adultos (FERREIRA; COELHO; TRINDADE, 2007; FERREIRA; SEIDMAN, 2007). A prevalência de reações alimentares adversas entre as crianças menores de 3 anos é de 8%, sendo reduzida com a idade até atingir 2% nos adultos (GELLER; SCHEINBERG, 2005).

Os registros sobre reações adversas aos alimentos são feitos a mais de 2000 anos, mas foi apenas na virada do século XIX que relatos apareceram na literatura médica (SHILS et al., 2003). Mesmo assim, ainda existem várias controvérsias que dificultam o diagnóstico e tratamento. Este fato pode ser atribuído principalmente à confusão em relação à nomenclatura (LOPES; BRASIL, 2003). Segundo Geller e Scheinberg (2005), as reações adversas aos alimentos são qualquer reação anormal após a ingestão de um alimento ou aditivo alimentar e podem ser divididas em reações tóxicas e não tóxicas. As tóxicas manifestam-se em qualquer indivíduo, independente da suscetibilidade de cada um, onde ocorre a ingestão de um

agente tóxico em uma quantidade suficiente para causar efeito. As não tóxicas são dependentes da sensibilidade individual e são mediadas por mecanismos imunológicos (alergia alimentar) ou por outros mecanismos (intolerância alimentar).

Mesmo sem estarem bem estabelecidos os benefícios em longo prazo, o aleitamento materno exclusivo é apontado em estudos como prevenção da dermatite atópica no lactente e da sibilância precoce na infância (FERREIRA; COELHO; TRINDADE, 2007). Alguns estudos recentes dizem que a amamentação exclusiva reduz o risco de asma durante os quatro primeiros anos de vida e diminui a gravidade da doença. Portanto, é reconhecido que alergias alimentares aparecem com menor frequência em bebês amamentados com leite humano, reforçando assim seu efeito preventivo benéfico (ESCOTT-STUMP, 2007; FERREIRA; SEIDMAN, 2007). Lactentes que recebem o leite materno têm maior resistência a agentes patogênicos e melhor função imune, diminuindo a frequência de doenças agudas, crônicas e hospitalizações (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

A partir de todos estes fatos, o presente estudo foi realizado com o objetivo de investigar, na prática, a relação entre o tempo do aleitamento materno exclusivo e a prevenção de reações alimentares adversas em crianças.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracterizou-se por apresentar um delineamento transversal que avaliou o tempo de amamentação exclusiva, a introdução de outros alimentos na dieta do lactente e a relação existente com o aparecimento de reações alimentares adversas. Os sujeitos foram crianças, de 2 a 6 anos de idade, de ambos os sexos, de uma escola municipal da cidade de Ivatuba - Paraná, das turmas de maternal, pré-I, pré-II e pré-III. A pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá, CEP - 118/2009.

A coleta de dados foi obtida através da aplicação de um questionário contendo 7 questões, divididas em quatro itens que caracterizavam a natureza da pergunta, sendo eles: identificação do sujeito, hábitos progressos da criança, desenvolvimento de doenças e história familiar pregressa.

O questionário foi entregue a todas as crianças presentes em sala de aula, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que levassem aos pais ou responsáveis, ficando a cargo destes a autorização e o preenchimento do questionário. Só foram utilizados os dados das crianças que retornaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado.

Para análise destes questionários foram estabelecidas definições de alguns termos. Para aleitamento materno exclusivo considerou-se a definição da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995): "quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos". Pela Academia Americana de Alergia e Imunologia (BRICKS, 1994), os termos Reação adversa aos alimentos, Alergia Alimentar e Intolerância Alimentar foram considerados.

Reação adversa aos alimentos foi definida como sendo "termo genérico aplicado a qualquer reação indesejável após a ingestão de um alimento normalmente tolerado pela maioria dos indivíduos". Por alergia alimentar considerou-se "um tipo de reação adversa aos alimentos que ativam mecanismos imunológicos" e intolerância alimentar é a "denominação que se aplica a qualquer reação adversa aos alimentos de caráter não imunológico, podendo ser resultado de diversos mecanismos etiológicos e fisiopatológicos".

A análise estatística do trabalho foi feita através do procedimento PROC FREQ do software SAS ® 9.0. Para os testes de associação foram propostas tabelas de frequência com seus respectivos percentuais e testes "exato de Fisher", que são utilizados na análise de dados onde o objetivo é verificar associação entre duas variáveis categóricas. Adotou-se nível de significância de 5%, ou seja, foram considerados significantes os resultados que apresentaram p-valor inferior a 5% ($p < 0,05$).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 48 crianças que participaram deste estudo, 39,58% (19) eram do sexo feminino e 60,42% (29) eram do sexo masculino. A idade das crianças variou entre 2 anos e 6 anos, com a média de 4,42 anos e desvio padrão de $\pm 1,2$.

O tempo de amamentação das crianças foi dividido em quatro categorias: aquelas que cessaram a amamentação antes do sexto mês de vida; aquelas amamentadas até seis meses completos; aquelas que receberam leite materno por mais de seis meses; e aquelas que nunca foram amamentadas no seio materno.

A análise da tabela 1 revela que a população avaliada teve tempo médio de amamentação semelhante à média brasileira, onde foram encontrado 14,58% de crianças amamentadas até 6 meses completos e 60,42% por mais que 6 meses, não sendo possível a definição exata da idade. Este fato pode ser demonstrado por um estudo realizado nas capitais brasileiras, o qual mostrou que 69% das crianças eram amamentadas até ao redor de seis meses de vida e 41% por volta dos 12 meses de idade (BRASIL, 1999). Resultados parecidos foram apresentados no estudo de Saldiva e colaboradores (2007), onde 59% das crianças eram amamentadas até os 6 meses, diminuindo para 40% aos 12 meses. Todavia, este número de crianças em aleitamento materno ainda encontra-se distante do ideal, pois embora a proteção do leite materno seja mais visível no primeiro semestre de vida, as vantagens perduram além desse período (BRASIL, 2005).

Tabela 1 Análise da população em relação ao tempo de amamentação materna

Tempo de amamentação	n	%
Não mamou	3	6,25
Menos que 6 meses	9	18,75
6 meses completos	7	14,58
Mais que 6 meses	29	60,42

(n: número de indivíduos avaliados).

A importância do aleitamento materno na nutrição das

crianças é incontestável, sendo consenso que a amamentação exclusiva, principalmente até o sexto mês, seja o ideal para atender às necessidades das crianças (MARQUES; LOPEZ; BRAGA, 2004). Nesse estudo, como pode ser observado na Tabela 2, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade foi relatado em 27,08% dos casos e 72,92% das crianças receberam outro tipo de alimentação juntamente com leite materno nesse mesmo estágio de vida.

Tabela 2 Análise do tipo de amamentação até o 6º mês de vida

Tipo de amamentação até o 6º mês	n	%
Exclusiva	13	27,08
Não exclusiva	35	72,92

(n: número de indivíduos avaliados).

A taxa de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade neste estudo foi inferior ao demonstrado nos estudos de Camilo et al (2004), em Campinas, e por Vieira e colaboradores (1998), em Feira de Santana, sendo 38,1% e 36,9%, respectivamente. Porém, mostrou-se ainda acima dos 16% encontrado no Piauí (RAMOS et al., 2008) e muito acima dos valores apresentados nos estudos de Silveira e Lamounier (2004), os quais encontraram, na região do Alto Jequitinhonha -MG, apenas 0,84% das crianças com aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.

Outros alimentos, que não o leite materno, foram precocemente introduzidos na dieta das crianças estudadas. Todos os líquidos e alimentos fizeram-se presentes desde os primeiros seis meses de vida - período considerado pela OMS como ideal para a amamentação materna exclusiva. Dentre os alimentos introduzidos precocemente na dieta, destaca-se a água (em 71,11% das crianças avaliadas), outro tipo de leite (em 40,54%), papa de fruta (em 35%), papa salgada (em 27,27%) e suco de fruta (em 27,27%). Estes dados podem ser vistos na figura 1.

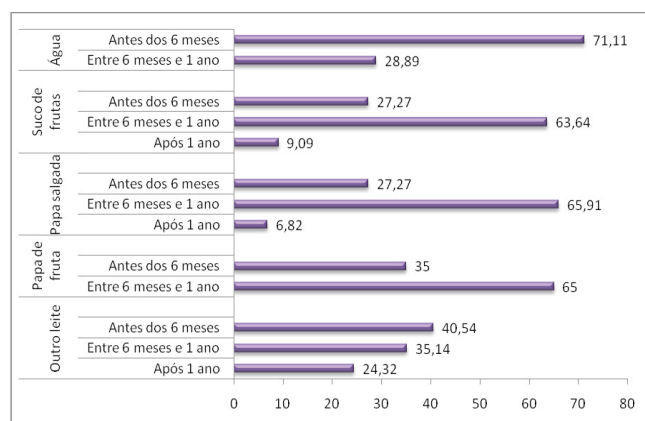


Figura 1 Percentual de alimentos introduzidos na dieta da população avaliada, que não o leite materno, antes dos 6 meses de vida, entre os 6 meses e 1 ano e após 1 ano de vida.

Na pesquisa de Bacan e Domene (2009), a água foi oferecida a 89,1% das crianças antes do 6º mês de vida, chá a 89,3% delas, suco a 78,0% e leite artificial (fórmula ou leite de vaca)

a 62,1% dos avaliados - dados estes que podem ser comparado aos do presente estudo. Todavia, segundo o Ministério da Saúde, os alimentos complementares devem ser introduzidos apenas após os seis meses de vida, pois antes disso os malefícios ultrapassam qualquer possível benefício (BRASIL, 2005).

Na Tabela 3 o percentual e a frequência de reações alimentares adversas apresentadas pelas crianças avaliadas, bem como as doenças no primeiro ano de vida e a história familiar pregressa foram mostrados. As doenças mais comumente apresentadas no primeiro ano de vida foram gripe (52,38%), virose (16,67%), otite (9,52%), pneumonia (9,52%), amidalite (7,14%) e faringite e sinusite (2,38% cada). As reações alimentares adversas apresentadas, tanto pelas crianças quanto pelos adultos das famílias, foram intolerância à lactose e alergia ao leite de vaca.

Tabela 3 Percentual e frequência de reações alimentares adversas, doenças do primeiro ano de vida e história familiar pregressa apresentadas pelas crianças avaliadas

Variáveis avaliadas	n	%
Reações alimentares adversas		
Não	44	91,67
Sim	4	8,33
Doença no primeiro ano de vida		
Não	19	39,58
Sim	29	60,42
Reações alimentares na família		
Não	43	89,58
Sim	5	10,42

(n: Número de indivíduos; %: Percentual de avaliados).

Segundo Monte e Giugliani (2004), em alguns países recomenda-se adiar até o segundo ano de vida alguns alimentos altamente alérgenos e, dentre eles, em primeiro lugar está o leite de vaca, o qual é indicado como responsável por 20% das alergias alimentares. Como aproximadamente 75% da população avaliada teve contato com outros leites antes mesmo do 1º ano de vida, talvez as reações alimentares possam ser por este motivo explicadas.

Segundo Ferreira e Seidman (2007), vários estudos demonstram o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 4 a 6 meses de vida, associado à introdução pertinente de outros alimentos à dieta da criança por volta do 6º mês, com a redução do aparecimento de dermatite atópica e alergias respiratórias. Também são expressivas as recomendações feitas pela Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição (ESPGHAN) e pela Academia Americana de Pediatria (AAP) em relação ao aleitamento materno exclusivo como prevenção primária de alergias alimentares. No Brasil o Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno até os 2 anos de idade, voltado mais para as razões socioeconômicas (BRASIL, 2005).

Na Tabela 4 está apresentada a relação entre as reações alimentares adversas e a amamentação exclusiva e não exclusiva. Os resultados alcançados não possibilitaram uma representação significativa de acordo com os testes estatísticos. Porém,

é possível perceber que todas as crianças cujos responsáveis relataram reações alimentares adversas não foram amamentadas exclusivamente no primeiro semestre de vida, sendo que, como já foi citada, esta é uma das prevenções primárias mais indicadas.

Tabela 4 Relação entre as reações alimentares adversas e a amamentação exclusiva e não exclusiva

Reações alimentares adversas	Amamentação				p-valor
	Exclusiva		Não exclusiva		
	n	%	n	%	
Não	13	100,00	31	88,57	0,56
Sim	0	0,00	4	11,43	

(n: Número de indivíduos; %: Percentual de avaliados; p-valor: nível de significância).

Das 4 crianças que apresentaram reações alimentares adversas, 3 delas possuíam história familiar progressiva de alergia ou intolerância alimentar. Apesar de não existirem estudos conclusivos para recomendações definitivas, lactentes com alto risco de reações alimentares adversas, ou seja, aqueles com história familiar devem ser beneficiados exclusivamente do leite materno como forma de prevenção (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000).

O aleitamento materno é a preferência de alimentação principalmente para aquelas crianças com história familiar de atopia, sendo este fato comprovado no estudo de Chandra (1997), onde a amamentação exclusiva foi associada à uma menor incidência de manifestações alérgicas gerais e alergia alimentar em relação ao uso de leite de vaca.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa mostraram não haver significância estatística entre essa relação, porém todas as crianças que apresentaram reações a alimentos neste estudo não foram amamentadas exclusivamente no tempo recomendado. Este fato possibilita a abertura para novos estudos mais detalhados e, no entanto, mesmo que pesquisas ainda estejam em andamento para comprovações definitivas e com todas as contradições, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses deve ser apoiado. Desta forma, é imprescindível que a exclusividade do leite materno como prevenção primária para tais doenças seja buscada por mães, pais e/ou responsáveis, nutricionistas bem como por todos os profissionais da saúde, devido a todas as suas vantagens para a saúde da criança.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - APP. Hypoallergenic Infant Formulas, Committee on Nutrition. *Pediatrics*, v. 106, n. 2, p. 346-349, 2000.

BACAN, Camila T.; DOMENE, Semíramis M. A. Duração de aleitamento materno entre famílias residentes na área de cobertura do CS Perseu, distrito noroeste de Campinas. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUC, 14, 29-30 set. 2009, Campinas. *Anais...* Campinas, SP: PUC, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde - Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos de idade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Normas e manuais técnicos. Serie A.).

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRICKS, Lucia Ferro. Reações adversas aos alimentos na infância: intolerância e alergia alimentar - atualização. *Revista Pediatria*, v. 16, n. 4, p. 176-185, 1994.

CAMILO, Daniella F. et al. Prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos vacinadas nos centros de saúde escola. *Revista Nutrição Campinas*, v. 17, n. 1, p. 29-36, jan./mar. 2004.

CARVALHO, Marcus Renato de; TAMEZ, Raquel N. **Amamentação: bases científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005.

CHANDRA, Ranjit K. Five Year Follow-Up of High-Risk Infants with Family History of Allergy Who Were Exclusively Breast-Fed or Fed Partial Whey Hydrolysate, Soy, and Conventional Cow's Milk Formulas. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, v. 24, n. 4, p. 380-388, 1997.

CIAMPO, Luiz A. D. et al. Aleitamento materno exclusivo: do discurso a prática. *Revista Pediatria*, v. 30, n. 1, p. 22-26, 2008.

CORTEZ, Ana Paula B. et al. Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente. *Revista Paul Pediatria*, v. 25, n. 2, p. 106-113, 2007.

ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

EUCLYDES, Marilene Pinheiro. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**. 2. ed. Viçosa, MG: Suprema, 2000.

FERREIRA, Cristina Targa; SEIDMAN, Ernest. Alergia alimentar: atualização do ponto de vista gastroenterológico. *Jornal de pediatria*, v. 83, n. 1, p. 7-20, 2007.

FERREIRA, Manuela; COELHO, Raquel; TRINDADE, J. Costa. Prevenção primária da doença alérgica. *Acta Medica Portuguesa*, v. 20, p. 215-219, 2007.

- GELLER, Mario; SCHEINBERG, Morton. **Diagnostico e tratamento das doenças imunológicas**. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2005.
- LACERDA, Elisa M. A. et al. **Práticas de nutrição pediátrica**. São Paulo, SP: Atheneu, 2002.
- LOPES, Fabio A.; BRASIL, Anne L. D. **Nutrição dietética em clínica pediátrica**. São Paulo, SP: Atheneu, 2003.
- MARQUES, Rosa F. S. V.; LOPEZ, Fábio A.; BRAGA, Josefina A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.
- MONTE, Cristina M. G.; GIUGLIANI, Elsa R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004.
- OLIVEIRA, Roseana L.; SILVA, Adriana N. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. **Revista brasileira saúde materno infantil**, v. 3, n. 1, p. 43-48, jan./mar. 2003.
- RAMOS, Carmen V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1753-1762, 2008.
- SALDIVA, Silvia Regina D. M. et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **Jornal de pediatria**, v. 83, n. 1, p. 53-58, 2007.
- SANTOS NETO, Edson T.; OLIVEIRA, Aduino E.; ZANDONADE, Eliana. Aleitamento materno exclusivo nos primeiros três meses de vida. **Revista Pediatria**, v. 29, n. 2, p. 89-98, 2007.
- SHILS, Maurice E. et al. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. 9. ed. Barueri, SP: Manole, 2003.
- SILVEIRA, Francisco J. F.; LAMOUNIER, Joel A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista Nutrição Campinas**, v. 17, n. 4, p. 437-447, 2004.
- VIEIRA, Graciete O. et al. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. **Jornal de Pediatria**, v. 74, n. 1, p. 11-16, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Organization's infant feeding recommendation. **Bull World Health Organ**, v. 73, p. 165-174, 1995.

Recebido em: 19 Dezembro 2009

Aceito em: 02 Junho 2010