

PRÁTICAS ALIMENTARES INADEQUADAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA E REPERCUSSÕES NA INFÂNCIA

Feeding practices in the first year of life and their effects on childhood

Preto, Alessandra Doumid Borges¹; Dutra, Gisele Ferreira¹; Pastore, Carla Alberici¹; Quevedo, Luciana² e Albernaz, Elaine Pinto³

¹Doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS- Brasil.

²Professora do Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS- Brasil.

³Professora do Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS- Brasil.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno exclusivo seja oferecido até o sexto mês de vida. Apesar dos avanços nas taxas de aleitamento materno, as taxas ainda estão muito aquém do preconizado pela OMS. A introdução de alimentos complementares antes dos seis meses pode acarretar problemas como deficiência de ferro, alergias alimentares e maior ocorrência de doenças crônicas na idade adulta. Assim, esta revisão analisou a literatura publicada referente às práticas alimentares no primeiro ano de vida e suas repercussões na infância. A revisão se deu por meio de revisão sistemática nas bases de dados Lilacs, Medline, Cochrane e Bireme, no ano de 2013. Os estudos científicos publicados em bases de dados de referência foram selecionados segundo a metodologia PICO, com critérios de inclusão/exclusão previamente definidos. Foram utilizados os descritores: saúde infantil, aleitamento materno e alimentação complementar, sendo selecionados 35 artigos científicos que compuseram a amostra do estudo. Os resultados apontaram elevada frequência de práticas alimentares inadequadas em crianças, tornando necessário o desenvolvimento e a implementação de ações de promoção da alimentação saudável e de apoio ao aleitamento materno.

Palavras-chave: saúde infantil, aleitamento materno e alimentação complementar.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding should be offered up to the sixth month of life. Despite advances in rates of breastfeeding, the rates are still much lower than those recommended by WHO. The introduction of complementary foods before six months can lead to problems such as iron deficiency, food allergies and a higher incidence of chronic diseases in adulthood. Thus, this review examined the published literature regarding feeding practices in the first year of life and their effects on childhood. The review is through the systematic review databases Lilacs, Medline, Cochrane and Bireme, in 2013. Scientific studies published in databases of reference were selected according to the PICO methodology with predefined criteria for inclusion / exclusion. We used the keywords: child health, breastfeeding and supplementary feeding and selected 35 papers that comprised the study sample. The results showed a high frequency of inadequate feeding practices in children, requiring the development and implementation of activities to promote healthy eating and breastfeeding support.

Keywords: child health , breastfeeding and supplementary feeding.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno exclusivo (AME) seja oferecido até o sexto mês de vida, não sendo oferecido o aleitamento materno parcial (AMPA), ou seja, quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite, ou o aleitamento materno predominante (AMP), quando, além do leite materno, são oferecidos à criança água, chás e sucos. Após os sexto mês, o aleitamento materno deve ser complementado (AMC) com alimentos sólidos ou semissólidos com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo, até os dois anos de idade [1]. Apesar dos avanços nas taxas de aleitamento materno (AM), observados nas últimas décadas, as taxas ainda estão muito aquém do preconizado pela OMS [2].

Os malefícios da introdução de alimentos complementares antes dos seis meses ultrapassam qualquer benefício gerado [3]. Dentre os prejuízos provocados por esta prática, ressalta-se a deficiência de ferro, alergias alimentares e maior ocorrência de doenças crônicas na idade adulta [4]. As deficiências nutricionais resultantes de condutas alimentares inadequadas podem acarretar prejuízos imediatos que elevam as taxas de morbimortalidade infantil e podem resultar em sequelas como retardo no crescimento, atraso escolar, além de maior risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas na idade adulta. Por isso, as questões nutricionais e alimentares merecem atenção especial nesse período da vida [5].

Dados da última Pesquisa Orçamentária Familiar (POF), relativa ao período de 2008-2009, mostram que, uma em cada três crianças de 5 a 9 anos de idade estava acima do peso em 2009. O excesso de peso foi observado em 33,5% das crianças, sendo encontrada prevalência de obesidade em cerca de 17% e 12% dos meninos e das meninas, respectivamente [6]. Sabendo-se que o aleitamento materno atua como fator de proteção contra o excesso de peso e considerando-se a importância da alimentação complementar para o crescimento e desenvolvimento infantil, a presente revisão teve como objetivo descrever as práticas alimentares no primeiro ano de vida, bem como suas repercussões na infância.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática, com intuito de reunir resultados de pesquisas sobre o tema. A pesquisa se deu nos meses de abril a junho de 2013, nas seguintes bases de dados:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE)*, Biblioteca Cochrane (*COCHRANE*) e *Bireme*.

Foram utilizados para a busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas inglesa e espanhola: saúde infantil, aleitamento materno e alimentação complementar.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês ou espanhol, que retratassem a temática em questão. Foram excluídos os artigos que estivessem em duplicidade nas bases de dados, os que abrangessem uma população com mais de um ano de idade e aqueles cujas crianças tivessem alguma patologia.

Os estudos foram buscados pela primeira revisora desta investigação. Definiu-se como questão de investigação: “Quais as repercussões na infância das práticas alimentares inadequadas no primeiro ano de vida?” Na estruturação desta questão recorreu-se à estratégia PICO: *Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes*. Todos os estudos obtidos a partir dos descritores utilizados foram avaliados pelos títulos e resumos. Nos casos em que estes não eram suficientes para definir sua primeira seleção, buscou-se a íntegra da publicação. Após a identificação de todos os estudos a partir dos descritores, procedeu-se à análise para sua pré-seleção, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão. Essa etapa foi realizada separadamente por duas revisoras, que extraíram independentemente os dados. Posteriormente, ocorreu uma reunião de consenso entre todos os autores, com o objetivo de decidir a inclusão e a exclusão dos artigos pré-selecionados. Tal procedimento visou controlar viés, garantindo maior segurança na seleção. Os revisores não estavam cegos para os nomes dos autores, instituições e jornais de publicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados com os descritores utilizados 257 títulos. Após leitura dos títulos e resumos foram pré-selecionados 63 artigos. Após leitura detalhada e reunião de consenso entre os revisores, 35 artigos foram elencados para compor a revisão de literatura, cuja síntese segue.

Apesar da relevância do AM tanto para a criança como para a família e da tendência de aumento da duração do AME no Brasil, ainda está longe de alcançar-se o recomendado, de que todas as crianças recebam amamentação exclusiva até os seis meses de idade [7]. Embora a duração de aleitamento materno total (AMT) demonstre evolução positiva, a mediana de AME ainda é baixa (1,8 meses) [7]. Alguns estudos sugerem que o leite materno gera um efeito protetor

contra a obesidade, uma vez que as primeiras experiências nutricionais do indivíduo podem afetar sua suscetibilidade para doenças crônicas na idade adulta [3,7].

A introdução precoce de alimentos complementares, além de diminuir a duração do AM, está associada ao maior risco de desenvolvimento de doenças futuras. Além disso, aumenta a vulnerabilidade da criança a diarreias, infecções, desnutrição, atraso no desenvolvimento mental e motor e aumento da morbimortalidade infantil. Estudos revelam que as recomendações sobre práticas alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida ainda não foram implementadas no Brasil e em outros países [3,7]. Sob o ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite da mãe [5].

Estudo feito por Campagnolo *et al* [8], com 1099 crianças de Porto Alegre/RS mostrou que a prevalência de AME aos quatro meses foi de 47,1%, enquanto que aos seis meses foi de 21,4% e a prevalência de crianças recebendo outro leite que não o materno foi de 15% até os quatro meses de idade, 26,4% entre quatro e seis meses e 43,6% acima dos seis meses. A prevalência de AM foi maior entre os lactentes cujas mães trabalhavam fora de casa e estavam em licença maternidade, evidenciando o fato de que a separação do filho, devido à volta da mãe ao trabalho, é fator de risco independente para a introdução precoce de outros líquidos e alimentos, com repercussões negativas na saúde da criança.

Vannuchi *et al* [9] em estudo arrolado com crianças de Londrina/PR, encontrou baixa mediana de AME e alta mediana de AM, o que sugere a introdução precoce de alimentos líquidos não nutritivos, leites artificiais, mingaus e outros alimentos associados à amamentação. Esta prática, além de aumentar o risco de infecções, pode interferir na sucção do lactente quando utilizadas mamadeiras, influenciando na frequência das mamadas ao seio e comprometendo o AME.

Sadeck e Leone [10] verificaram a prevalência de AME em 1398 crianças menores de três meses e aos seis meses, no Município de São Paulo/SP e suas regiões. De acordo com os resultados, a prevalência foi de 52% até os três meses e de 39% até os seis meses, sendo que a maior queda da prevalência ocorreu entre o quinto e o sexto mês de idade.

Venâncio *et al* [11] apresentaram os indicadores de AM, obtidos na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento, onde foram incluídas cerca de 35.000 crianças brasileiras. De acordo com os resultados, a prevalência de AME em crianças de 0 a 6 meses foi de 41%, evidenciando

aumento expressivo na região Centro-Oeste (47 dias), e pior desempenho na região Nordeste (8,6 dias).

Moira e colaboradores [12] examinaram os membros da coorte de 1958, nascidos de mães com idade inferior a 30 anos, no intuito de estabelecer fatores de risco para a obesidade infantil e constataram que a prevalência de sobrepeso/ obesidade aumentou em mais de 50% entre as gerações. Além disto, verificaram que a presença de obesidade nos pais, trabalho materno e fatores socioeconômicos desempenham um papel predisponente na epidemia da obesidade infantil.

Estudos evidenciam a introdução inoportuna e precoce de alimentos complementares na alimentação de crianças [7,8], o que ocorreu em estudo feito por Parada *et al* [13] com 1238 crianças de Botucatu/SP, onde a introdução de alimentos complementares foi precoce, levando à baixa frequência de AME (36,9% em < 4 meses). Segundo Marques *et al* [14], o principal motivo alegado pelas mães para a introdução de alimentos seria satisfazer as necessidades de seus filhos. Sendo assim, a complementação do leite materno com líquidos não nutritivos como chás, nos primeiros meses de vida, é prática comum, porém inadequada e desnecessária nutricionalmente [8]. Além disto, pode levar a redução do consumo total de leite, diminuindo a oferta de AM e elevando os riscos de morbimortalidade [7].

É importante discutir a introdução de alimentos complementares, segundo o tipo de aleitamento praticado, visto que as recomendações variam [7]. Em estudo feito por Parada *et al* [13], com crianças menores de quatro meses e entre quatro e seis meses, o consumo de alimentos complementares sempre foi maior nas crianças não amamentadas, o que pode ser compreendido, já que recomenda-se a introdução de alimentos complementares mais precocemente na ausência do aleitamento. Os hábitos alimentares e a introdução de alimentos complementares precocemente são fortemente influenciados por características maternas e familiares [9,12]. O maior nível educacional e o trabalho fora de casa podem estar relacionados à renda familiar mais elevada [14], o que possibilita maior acesso a alimentos de custo mais elevado, como vegetais e carne [15]. A idade materna também é considerada um fator de risco para a introdução precoce de alimentos complementares, como observado em estudo desenvolvido por Silva *et al* [16], no qual os autores constataram que filhos de mães mais velhas (acima de trinta anos) tiveram risco 2,5 vezes maior de consumir alimentos complementares precocemente. No entanto, outros estudos mostram que mães adolescentes são mais propensas a oferecerem aos seus filhos alimentos comumente consumidos por elas, como refrigerantes, bolachas e salgadinhos [17,18].

Brunken *et al* [19] revelaram que apesar da recomendação de que o leite materno deva ser o único alimento a ser oferecido às crianças menores de seis meses, baixo percentual delas ainda se beneficia dessa prática. Até os seis meses de idade, o leite humano supre todas as necessidades nutricionais do lactente. A introdução precoce de líquidos ou sólidos é desnecessária e diminui a duração e a frequência do AM, interferindo na absorção de nutrientes importantes como o ferro e reduzindo a eficácia da lactação. Além disso, está associada ao aumento da morbimortalidade infantil, devido à menor ingestão de fatores de proteção contidos no leite materno e maior risco de contaminação das crianças [20].

Entre os fatores associados a menor duração do AM e AME, está o uso de chupetas. Em estudo realizado por Cotrim *et al* [21], 61,3% das crianças menores de quatro meses havia feito uso de chupeta nas últimas 24 horas. Além disso, os autores verificaram associação positiva entre o uso desta e a menor duração do AM. Howard *et al* [22], em ensaio clínico randomizado, concluíram que mães que oferecem chupeta a seus filhos amamentam menos frequentemente e apresentam maior possibilidade de desmamarem precocemente quando comparadas à mães que não as oferecem. Resultado semelhante foi verificado por Soares *et al* [23], que também encontraram associação positiva entre o uso de chupeta e a menor duração do AM.

Spyrides *et al* [24] relataram que após o nascimento é importante avaliar a influência das práticas alimentares sobre o padrão de crescimento e a morbimortalidade infantil, sem, no entanto, dissociá-lo dos determinantes que o precederam. O efeito protetor da amamentação exclusiva contra doenças gastrointestinais e respiratórias é indiscutível e amplamente comprovado [25].

A exposição precoce a proteínas diferentes das encontradas no leite humano está associada ao aumento do risco de diabetes melito tipo 1 e de doenças atópicas como a asma, cujo efeito parece persistir pelo menos até a primeira década de vida da criança, bem como outros tipos de alergias [19]. Brunken *et al* [19], sugerem que o oferecimento de suplementos à criança no primeiro dia em casa mostrou-se um bom preditor da oferta desses líquidos nos primeiros 4 meses de vida.

Farrow e Blissett [25] avaliaram a relação entre as práticas de alimentação e o excesso de peso em crianças e verificaram que o controle das práticas alimentares na infância tem impacto sobre o peso aos dois anos de idade. O uso de práticas restritivas de alimentação infantil prediz menor peso da criança, o que pode reforçar o uso desta estratégia a longo prazo pelas mães, apesar de sua potencial associação com maior peso da criança na infância tardia. Dados nacionais [16] mostram que no quarto mês, cerca de um terço das crianças recebe suco de fruta e um quarto

recebe mingau, fruta ou sopa, demonstrando a introdução precoce de alimentos complementares. Campagnolo *et al* [8] investigaram as práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados na cidade de Porto Alegre/RS e encontraram uma alta prevalência de consumo precoce de carnes, doces, refrigerantes e petiscos salgados, o que corrobora os achados de Silva *et al* [16] que salientam a introdução precoce não só de outros leites, mas também de alimentos não lácteos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Fiorito *et al* [26] que apresentaram alta prevalência de consumo precoce de doces, refrigerantes e petiscos. Ambos os autores verificaram a inserção precoce destes produtos, o que pode ser um indicador de hábitos alimentares inadequados na adolescência e na vida adulta.

Silva *et al* [16], em estudo com 1176 crianças de São Bernardo do Campo/SP, investigaram os fatores associados à alimentação complementar oportuna em menores de um ano de idade, sendo encontrada relação entre o consumo de alimentos antes dos seis meses e o sistema de assistência, a idade e o trabalho materno e o uso de chupetas. Achados semelhantes foram encontrados por Caetano *et al* [7] que avaliaram as práticas e o consumo alimentar de lactentes de Curitiba/PR, São Paulo/SP e Recife/PE e demonstraram que 50,3% das crianças com 6 meses não recebia AM. A mediana de idade para a introdução da mamadeira foi de 3 meses e houve elevada frequência de acréscimo de açúcar, cereais e achocolatado à alimentação das crianças menores de 6 meses.

Butte [27] estudou os fatores genéticos e ambientais que corroboram para o surgimento da obesidade e comorbidades em 1.030 crianças hispânicas, identificando como fatores de risco independentes para a patologia: a idade, o peso ao nascer, a obesidade materna e paterna, o número de filhos na família, bem como a porcentagem de tempo acordado gasto em atividades sedentárias. Quanto à associação entre as práticas alimentares no primeiro ano de vida e os padrões de crescimento infantil e estado nutricional verificado na vida adulta, Lourenço e Cardoso [28] afirmam que a saúde na infância é amplamente afetada pelo estado nutricional, visto que, a amamentação pode desempenhar um papel na prevenção do sobrepeso, enquanto o consumo energético e proteico durante a infância pode estar associado ao peso e a altura alcançados em anos posteriores.

Rinaldi *et al* [29], em estudo de revisão, relacionaram as práticas alimentares como contribuintes para o excesso de peso na infância e destacaram a duração do AM e o momento da introdução dos alimentos de transição. Os autores ressaltam a importância do AM no crescimento infantil e sugerem que esta prática pode ainda, preparar o paladar infantil para os alimentos

consumidos pela família, uma vez que a alimentação materna pode alterar o sabor do leite, o que auxiliaria na aceitação de novos alimentos no período do desmame. Harder *et al* [30], em uma metanálise para avaliar a relação entre a duração do AM e o risco de sobrepeso, demonstraram associação inversa, com redução de 4% do risco a cada mês de amamentação. Os achados de Simon *et al* [31] apoiam essa assertiva, pois ao analisar a associação entre excesso de peso e AM e alimentação complementar em pré-escolares, os autores demonstraram a relação de proteção do AME sobre o excesso de peso em todas as etapas de análise.

Além do sobrepeso e da obesidade, as práticas inadequadas de alimentação no primeiro ano de vida estão associadas ao surgimento de doenças, tais como deficiência de ferro e maior risco de desenvolvimento de alergias alimentares e de doenças crônicas na vida adulta [4]. Do mesmo modo, a introdução precoce da alimentação complementar tem sido relacionada ao desenvolvimento de doenças atópicas. O AME reduz o risco de asma, havendo indícios de que esse efeito protetor persista pelo menos durante a primeira década de vida [32]. A amamentação exclusiva também parece proteger contra o desenvolvimento do diabetes melito tipo 1, além de estar associada a níveis mais baixos de pressão arterial e favorecer o perfil lipídico na infância [33].

Com relação às repercussões na vida adulta, tanto o excesso de peso quanto a anemia na infância, podem implicar em mau prognóstico posteriormente, com menor desempenho profissional associado às doenças crônicas não transmissíveis [34]. Convém enfatizar que a deficiência de ferro e a anemia ferropriva podem ocasionar problemas no desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças, acarretando complicações futuras [35].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de uma revisão sistemática sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida possibilitou o levantamento e análise de publicações nacionais e internacionais acerca do tema. Os estudos revisados sugerem elevada frequência de práticas alimentares inadequadas em crianças, com introdução precoce, desnecessária e inadequada de alimentos complementares. Portanto, sendo a infância um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades do indivíduo, faz-se necessária a conscientização de pais e cuidadores com relação à importância da execução de práticas alimentares adequadas, de acordo com as orientações dos órgãos competentes, minimizando assim, os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas futuras.

Além disso, tendo em vista a existência de recomendações bem fundamentadas e factíveis, como as propostas no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, torna-se importante avaliar por que razão estas são seguidas apenas por pequena parcela da população e, portanto, o que falta para que sejam efetivamente implementadas.

REFERÊNCIAS

- 1-WHO, World Health Organization [homepage na Internet] Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2001. [citado em abril 20, 2013] Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>.
- 2- Brasil - Ministério da Saúde. [homepage na Internet] Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [citado em abril 20, 2013] Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10_passos.pdf.
- 3- Lima DB, Fujimori E, Borges ALV, Silva MMS. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. Rev esc enferm. USP. 2011;45:1705-1709.
- 4- Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. J Pediatr (Rio J). 2004;80:411-416.
- 5- Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J Pediatr (Rio J) 2004;80(5 Supl):S131-S141.
- 6- IBGE- Pesquisa de Orçamento Familiar- POF 2008-2009. [citado em abril 10, 2013] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/def_ault.shtm.
- 7-Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. J Pediatr (Rio J) 2010;86:196-201.
- 8- Campagnolo PD, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo MR. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, RS. Rev.Nutr. 2012; 25:431-439.
- 9- Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Mauren TGM, Vezozzo TKM, Castro LMCP *et al.* Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005;5:155-162.
- 10- Sadeck LSR, Leone CR. Avaliação da situação do aleitamento materno em menores de um ano de idade no Município de São Paulo, Brasil, em 2008. Cad. Saúde Pública 2013;29: 397-402 .

- 11- Venâncio SI; Escuder MM; Saldiva SRDM, Giugliane ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86:317-324.
- 12- Moira AP, Power C, Li Leah. Changing influences on childhood obesity: a study of 2 generations of the 1958 births birth cohort. *Am. j. epidemiol.* 2010;171:1289-1298.
- 13- Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2007;15:282-289.
- 14- Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16:2461-2468.
- 15- Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque Júnior PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:482-489.
- 16- Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev Nutr* .2010; 23:983-992.
- 17- Cruz MCC, Almeida JAG, Engstrom EM. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. *Rev Nutr*. 2010;23:201-210.
- 18-Vieira MLF, Silva JLC, Barros Filho AA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *J Pediatr (Rio J)* 2003;79:317-324.
- 19- Brunken GS, Silva SM, França GV, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82:445-451.
- 20- Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr (RJ)*. 2000; 76(Suppl 3):228-237.
- 21- Cotrim MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J. Pediatr (RJ)*. 2003; 79:309-316.
- 22- Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, Deblieck EA, Oakes D. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111:511-518.
- 23- Soares ME, Giugliani ER, Braun ML, Salgado AC, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79:309-316.
- 24- Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5:145-153.

- 25- Farrow CV, Blisserr J. Controlling feeding practices: cause or consequence of early child weight? *Pediatrics* 2008;121:164-169.
- 26- Fiorito LM, Marini M, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Girls' early sweetened carbonated beverage intake predicts different patterns of beverage and nutrient intake across childhood and adolescence. *J Am Diet Assoc.* 2010; 110: 543-550.
- 27- Butte NF. Impact of infant feeding practices on childhood obesity. *J Nutr.* 2009;139:412S-416S.
- 28- Lourenço BH, Cardoso MA. Infant feeding practices, childhood growth and obesity in adult life. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53:528-539.
- 29- Rinaldi AEM, Pereira AF, Macedo CS, Mota JF, Burini RC. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Rev Paul Pediatr.* 2008; 26: 217-217.
- 30- Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005; 16: 397-403.
- 31- Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saúde Publ.* 2009;43:60-69.
- 32- Van OJ, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, *et al.* Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966- 2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. *Allergy.* 2003; 58:833-843.
- 33- I Diretriz de prevenção da aterosclerose na infância e na adolescência, 2009. [homepage na Internet] [citado em abril 20, 2013] Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wpcontent/uploads/2009/11/diretrizes-e-prevencao-da-aterosclerose1.pdf>.
- 34- Santos EB, Amancio OMS, Oliva CAG. Estado nutricional, ferro, cobre e zinco em escolares de favela da cidade de São Paulo. *Rev Assoc Méd Bras.* 2007;53:323-328.
- 35- Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:1108-1113.