UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PAULA CHUPROSKI SALDAN

Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade com
base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde

RIBEIRÃO PRETO

2014

PAULA CHUPROSKI SALDAN

Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade com base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente

Orientador: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Saldan, Paula Chuproski

Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade com base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde. Ribeirão Preto, 2014.

168 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

1. Lactente. 2. Aleitamento Materno. 3. Nutrição do Lactente. 4. Indicadores. 5. Consumo de Alimentos.

SALDAN, Paula Chuproski

Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade com base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Ao meu esposo, Elio Saldan, por me acompanhar nessa caminhada, por estar sempre ao meu lado, pelo exemplo de serenidade em tudo que faz e por me fazer alguém melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre guiar meus caminhos e iluminar meus pensamentos nas tomadas de decisões.

À minha avó materna, Emilia Skibinski Iantas, que já não se encontra mais entre nós, mas que foi fundamental para a minha educação.

Aos meus pais, Valdomiro e Isabel, que mesmo à distância se fizeram e se fazem presentes na minha vida.

À minha adorada tia, Dorotéia Iantas Miskalo, por sempre estar me incentivando a seguir os estudos e por ser um exemplo de mãe, mulher e profissional.

À Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello, com quem convivo desde o mestrado, responsável pelo meu crescimento e amadurecimento profissional, por me orientar brilhantemente e ser um exemplo a ser seguido.

À Dra. Sonia Isoyama Venancio, por ter sido minha orientadora no período de Doutorado Sanduíche no Instituto de Saúde de São Paulo e ter contribuído para a realização deste trabalho. As suas sugestões foram fundamentais para a finalização deste trabalho, tenho você como um exemplo de pessoa e profissional a ser seguido.

À Dra. Silvia Regina Dias Medici Saldiva, por me auxiliar na análise dos dados da pesquisa, ajudar na discussão dos dados e sempre prontamente esclarecer minhas dúvidas.

À Maria Mercedes Loureiro Escuder, “Biba”, pelo auxílio no cálculo amostral e por prontamente esclarecer minhas inúmeras dúvidas sobre esse assunto.

À Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), por conceder o afastamento das minhas atividades docentes por quatro anos e, assim, permitir que eu me dedicasse exclusivamente aos estudos.

Ao Departamento de Nutrição da UNICENTRO, em especial, aos professores que assumiram minhas atividades no período em que estive afastada.

Aos professores dos Programas de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo, pela qualidade das disciplinas oferecidas e, em especial, à Profa. Dra. Suzana Alves de Moraes, por ter indicado disciplinas que foram fundamentais para meu crescimento acadêmico.

À Isabel Cristina Martins de Freitas, “Bel”, por sempre prontamente esclarecer minhas dúvidas e pelas sugestões preciosas em algumas fases do trabalho.

À equipe do Departamento de Vigilância em Saúde do município de Guarapuava, em especial, ao médico Fernando Pedrotti e à enfermeira Chayane Andrade Ternopolski, e a todos os profissionais de saúde que não mediram esforços para a realização da pesquisa nos postos de vacinação.

Às amigas e professoras do Departamento de Nutrição da UNICENTRO, Angelica Rocha de Freitas Melhem, Elisvânia Freitas dos Santos, Fabiane La Flor Ziegler Sanches, Marcela Komechen Brecailo, Patrícia Chiconatto, Priscila Antunes Tsupal, Renata Léia Demario Vieira e a nutricionista Regina do Rio Alvares pela enorme ajuda na fase de campo da pesquisa. Sem vocês tudo seria mais difícil, serei eternamente agradecida.

Aos acadêmicos dos cursos de Nutrição e Enfermagem da UNICENTRO e do curso de Nutrição da Faculdade Campo Real que atuaram como entrevistadores nos postos de vacinação.

Às mães e acompanhantes das crianças menores de 2 anos que participaram da pesquisa, vocês foram os principais atores deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de Doutorado-Sanduíche no País.

Às amigas que reencontrei e conheci durante às disciplinas, em especial, Adriana Cezaretto, Daiana Ap. Quintiliano S. Dourado e Juliana Coelho Pina, vocês foram excelentes companhias durante e após as aulas.

À Ana Elizabeth Martini, que me acompanha há longa data e me fez enxergar a vida de uma maneira diferente.

O que vale na vida não é o ponto de partida e
sim a caminhada. Caminhando e semeando, no
fim terás o que colher.

Cora Coralina

RESUMO

SALDAN, P. C. Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade com base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde. 2014. 168 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A alimentação nos primeiros anos tem impacto a curto e longo prazo na vida da criança. Recomenda-se Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os 6 meses e introdução da Alimentação Complementar (AC), a partir desse período, com a manutenção do Aleitamento Materno (AM) por dois anos ou mais. Os objetivos deste estudo foram avaliar as práticas alimentares de crianças menores de 2 anos, com base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS); verificar a aplicabilidade dos indicadores de AC segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”; descrever o consumo de alimentos não saudáveis e analisar fatores associados à dieta mínima aceitável. Estudo transversal, realizado durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite em Guarapuava-PR, 2012. Os acompanhantes de 1.814 crianças menores de 2 anos responderam um questionário sobre a alimentação da criança nas últimas 24 horas. Foram avaliadas as proporções de adequação de 15 indicadores de AM e AC, propostos pela OMS e segundo as recomendações dos Dez Passos, e o consumo de alimentos não saudáveis. Para identificação dos fatores associados à dieta mínima aceitável foram construídos modelos de regressão de Poisson. As estimativas foram apresentadas por pontos e intervalos de confiança de 95%. Nos indicadores de AM, o município apresentou situação boa para o início precoce do AM (79,29%), a prevalência de AME em menores de 6 meses (36,02%), a duração mediana do AM (11,72 meses) e a alimentação por mamadeira (78,30%) foram consideradas insatisfatórias. Com relação à AC, a introdução de alimentos sólidos ou pastosos foi de 77,17% na proposta da OMS e 64,98% segundo os Dez Passos. A diversidade mínima da dieta esteve adequada em mais de 95% na proposta da OMS, enquanto na proposta dos Dez Passos atingiu 58,47%. A frequência mínima de refeições foi superior a 75% em ambas as propostas, porém as crianças amamentadas apresentaram adequação inferior (35,92%) quando comparadas as não amamentadas (95,02%) na proposta dos Dez Passos. A dieta mínima aceitável esteve adequada em mais de 90% na proposta da OMS, porém, em menos de 50% na proposta dos Dez Passos. O consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados foi elevado (99,94%), no entanto, ao considerar somente o consumo de carnes, a faixa etária de 6-11 meses apresentou menor adequação de consumo (69,32%), seguida pela faixa de 12-17 meses (83,58%) e de 18-23 meses (92,57%). O consumo de alimentos não saudáveis foi elevado, com tendência de aumento do consumo em função da idade da criança, principalmente, guloseimas. Os fatores associados à inadequação da dieta mínima aceitável foram a baixa escolaridade materna e criança do sexo feminino. Os resultados deste estudo sugerem que os indicadores da OMS podem não ser tão sensíveis para diagnóstico de inadequações da AC, principalmente para a introdução de alimentos sólidos ou pastosos, diversidade da dieta e consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados, e que indicadores segundo as recomendações dos Dez Passos são úteis para identificar problemas e reorientar ações voltadas à promoção da AC em nosso meio.

Descritores: Lactente. Aleitamento Materno. Nutrição do Lactente. Indicadores. Consumo de Alimentos.

ABSTRACT

SALDAN, P. C. Assessment of eating practices of children under 2 years of age based on the indicators of the World Health Organization. 2014. 168 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Eating in the first years of life affects the children's lives in the short and long terms. Exclusive Breastfeeding (EB) is recommended until the age of 6 months and the introduction of Complementary Feeding (CF) as from that age, maintaining breastfeeding (BF) for two years or longer. The objectives in this study were to assess the feeding practices of children under 2 years of age, based on the indicators of the World Health Organization (WHO); to verify the applicability of the CF indicators according to the recommendations of the "Ten steps for healthy feeding"; to describe the consumption of unhealthy foods and to analyze factors associated with the minimum acceptable diet. Cross-sectional study, undertaken during the National Vaccination Campaign against Polio in Guarapuava-PR, 2012. The companions of 1814 children under 2 years of age answered a questionnaire about the child's diet in the last 24 hours. The adequacy proportions of 15 BF and CF indicators were assessed, proposed by WHO and according to the recommendations of the Ten Steps, and the consumption of unhealthy foods. To identify the factors associated with the minimum acceptable diet, Poisson regression models were constructed. The estimates were presented as points with 95% confidence intervals. In the BF indicators, the city showed a good situation for the early initiation of BF (79.29%), the prevalence of EB in children younger than 6 months (36.02%), the median duration of BF (11.72 months) and bottle-feeding (78.30%) were considered unsatisfactory. With regard to CF, the introduction of solid, semi-solid or soft foods corresponded to 77.17% in the WHO proposal and 64.98% according to the Ten Steps. The minimum dietary diversity was appropriate in more than 95% in the WHO proposal, against 58.47% in the Ten Steps proposal. The minimum meal frequency exceeded 75% in both proposals, but the appropriateness level (35.92%) for the breastfed children was lower when compared to the non-breastfed children (95.02%) in the proposal of the Ten Steps. The minimum acceptable diet was appropriate in more than 90% in the WHO proposal, but in less than 50% in the Ten Steps proposal. The consumption of iron-rich or iron-fortified foods was high (99.94%) but, when considering meat consumption only, the age range 6-11 months revealed a lower appropriateness of consumption (69.32%), followed by the age range 12-17 months (83.58%) and 18-23 months (92.57%). The consumption of unhealthy foods was high, with an upward trend in function of the child's age, mainly candies. The factors associated with the inappropriateness of the minimum acceptable diet were the low maternal education level and female child. These study results suggest that the WHO indicators may not be that sensitive to diagnose CF inadequacies, mainly for the introduction of solid, semi-solid or soft foods, dietary diversity and consumption of iron-rich or fortified foods, and the indicators according to the recommendations of the Ten Steps are useful to identify problems and redirect CF promotion actions in our midst.

Descriptors: Infant. Breast Feeding. Infant Nutrition. Indicators. Food Consumption.

RESUMEN

SALDAN, P. C. Evaluación de prácticas alimentares de niños menores de 2 años de edad con base en los indicadores de la Organización Mundial de la Salud. 2014. 168 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La alimentación en los primeros años tiene impacto a corto y largo plazo en la vida del niño. Se recomienda Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta los 6 meses e introducción de la Alimentación Complementaria (AC), a partir de ese período, con la manutención de la Lactancia Materna (LM) durante dos años o más. Los objetivos de este estudio fueron evaluar las prácticas alimentarias de niños en los menores de 2 años, con base en los indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS); verificar la aplicabilidad de los indicadores de AC según las recomendaciones de los “Diez pasos para una alimentación saludable”; describir el consumo de alimentos no saludables y analizar factores asociados a la dieta mínima aceptable. Estudio transversal, desarrollado durante la Campaña Nacional de Vacunación contra Poliomielitis en Guarapuava-PR, 2012. Los acompañantes de 1.814 niños menores de 2 años respondieron a un cuestionario sobre la alimentación del niño en las últimas 24 horas. Fueron evaluadas las proporciones de adecuación de 15 indicadores de LM y AC, propuestos por la OMS y según las recomendaciones de los Diez Pasos, y el consumo de alimentos no saludables. Para identificación de los factores asociados a la dieta mínima aceptable fueron construidos modelos de regresión de Poisson. Las estimativas fueron presentadas por puntos e intervalos de confianza del 95%. En los indicadores de LM, el municipio mostró situación buena para el inicio precoz de la LM (79,29%), la prevalencia de LME en menores de 6 meses (36,02%), la duración mediana de la LM (11,72 meses) y la alimentación por biberón (78,30%) fueron consideradas insatisfactorias. Con relación a la AC, la introducción de alimentos sólidos o pastosos correspondió al 77,17% en la propuesta de la OMS y al 64,98% según los Diez Pasos. La diversidad mínima de la dieta estuvo adecuada en más del 95% en la propuesta de la OMS, mientras en la propuesta de los Diez Pasos alcanzó 58,47%. La frecuencia mínima de comidas fue superior al 75% en ambas propuestas, pero los niños amamantados revelaron adecuación inferior (35,92%) cuando comparado a los no amamantados (95,02%) en la propuesta de los Diez Pasos. La dieta mínima aceptable estuvo adecuada en más del 90% en la propuesta de la OMS, pero en menos del 50% en la propuesta de los Diez Pasos. El consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados fue elevado (99,94%) pero, cuando se considera solamente el consumo de carnes, el rango de edad de 6-11 meses presentó menor adecuación de consumo (69,32%), seguido por el rango de 12-17 meses (83,58%) y de 18-23 meses (92,57%). El consumo de alimentos no saludables fue alto, con tendencia de aumento del consumo en función de la edad del niño, principalmente de golosinas. Los factores asociados a la inadecuación de la dieta mínima aceptable fueron la baja escolaridad materna y niño del sexo femenino. Los resultados de este estudio sugieren que los indicadores de la OMS puedan no ser tan sensibles para diagnóstico de inadecuaciones de la AC, principalmente para la introducción de alimentos sólidos o pastosos, diversidad de la dieta y consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados, y que indicadores según las recomendaciones de los Diez Pasos son útiles para identificar problemas y reorientar acciones dirigidas a la promoción de la AC en nuestro medio.

Descriptorios: Lactante. Lactancia Materna. Nutrición del Lactante. Indicadores. Consumo de Alimentos.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cálculo da amostra do estudo.....	44
Quadro 2 - Postos de vacinação fixos sorteados, número e estimativa de crianças vacinadas no ano anterior ao estudo e sistematização de entrevistas.....	45
Quadro 3 - Postos de vacinação volantes sorteados sem informação prévia de entrevistas realizadas no ano anterior ao estudo e sistematização de entrevistas.....	46
Quadro 4 - Interpretação dos indicadores de AM, segundo parâmetros da OMS, em Guarapuava – Paraná, 2012.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de questionários preenchidos em cada posto de vacinação sorteado para a pesquisa em Guarapuava - Paraná, 2012.....	70
Tabela 2 -	Características sociodemográficas das mães e crianças menores de 2 anos participantes do estudo em Guarapuava – Paraná, 2012.....	71
Tabela 3 -	Proporção de adequação e IC 95% dos indicadores de AM de crianças residentes em Guarapuava – Paraná, 2012.....	73
Tabela 4 -	Prevalência de AME e AMP comparando os resultados do presente estudo com dois estudos locais, segundo faixa etária das crianças menores de 6 meses, em Guarapuava – Paraná.....	74
Tabela 5 -	Proporção de adequação e IC 95% dos indicadores de AC propostos pela OMS, desagregados por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012.....	80
Tabela 6 -	Proporção de adequação e IC 95% dos indicadores de AC segundo os “Dez passos para uma alimentação saudável”, desagregados por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012.....	80
Tabela 7 -	Proporção de adequação e IC 95% dos indicadores de AC para crianças de 6-23 meses, segundo estado de amamentação, em Guarapuava - Paraná, 2012.....	80
Tabela 8 -	Proporção de consumo e IC 95% dos grupos alimentares segundo proposta da OMS, por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012.....	83
Tabela 9 -	Proporção de consumo e IC 95% dos grupos alimentares segundo proposta dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012.....	84
Tabela 10 -	Proporção de consumo e IC 95% de alimentos não saudáveis, segundo faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012.....	88
Tabela 11 -	Modelos bivariados considerando a dieta mínima aceitável, segundo proposta dos Dez Passos, e variáveis independentes em Guarapuava - Paraná, 2012.....	89
Tabela 12 -	Fatores associados à inadequação da dieta mínima aceitável em crianças de 6-23 meses em Guarapuava - Paraná, 2012.....	90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Probabilidade de AME e AMP em crianças menores de 6 meses em Guarapuava - Paraná, 2012.....	75
Gráfico 2 - Probabilidade de AM em crianças menores de 2 anos em Guarapuava - Paraná, 2012.....	77
Gráfico 3 - Proporção de consumo dos grupos alimentares segundo a proposta da OMS, por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012.....	82
Gráfico 4 - Proporção de consumo dos grupos alimentares segundo a proposta dos "Dez passos para uma alimentação saudável", por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012.....	83
Gráfico 5 - Probabilidade de consumo de alimentos não saudáveis em crianças menores de 2 anos em Guarapuava - Paraná, 2012.....	87
Gráfico 6 - Proporção de consumo de alimentos não saudáveis, segundo faixa etária, em Guarapuava -Paraná, 2012.....	87

LISTA DE SIGLAS

AC	Alimentação Complementar
AM	Aleitamento Materno
AMAMUNIC	Amamentação e Municípios
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
BLH	Banco(s) de Leite Humano
CIA	Centro Integrado de Atendimento
DHS	Demographic and Health Surveys
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBFAN	International Baby Food Action Network
IC	Intervalo(s) de Confiança
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LM	Leite Materno
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPAM/Capitais e DF	Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal
RP	Razão de Prevalência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica

SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES EM PROL DO AM E DA AC NO BRASIL.....	21
2.2 BASES CIENTÍFICAS DA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	27
2.3 INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	35
3 OBJETIVOS	38
4 MATERIAIS E MÉTODOS	39
4.1 TIPO DE ESTUDO	39
4.2 LOCAL DO ESTUDO	40
4.3 PARTICIPANTES E PLANO AMOSTRAL.....	42
4.4 COLETA DOS DADOS.....	46
4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA	48
4.6 INDICADORES DE AM	50
4.7 INDICADORES DE AC	56
4.8 CONSUMO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS	67
4.9 ANÁLISE DOS DADOS	67
4.10 ASPECTOS ÉTICOS	68
5 RESULTADOS	70
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	71
5.2 INDICADORES DE AM	73
5.3 INDICADORES DE AC	79
5.4 CONSUMO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS	86
5.5 FATORES ASSOCIADOS À DIETA MÍNIMA ACEITÁVEL DE CRIANÇAS DE 6-23 MESES	89
6 DISCUSSÃO	91
7 CONCLUSÕES.....	118
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICES	137
ANEXOS	164

1 INTRODUÇÃO

Em diferentes contextos e situações o que mais influencia a sobrevivência e o crescimento e desenvolvimento de crianças pequenas são: alimentação, cuidados e práticas no ambiente domiciliar (BRITTO; ULKUER, 2012). Órgãos internacionais da saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabeleceram a nutrição infantil como uma de suas prioridades (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF, 2003).

A alimentação nos primeiros anos de vida é primordial para o pleno desenvolvimento humano e tem impacto a curto e longo prazo na vida da criança. Recomenda-se Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os 6 meses de vida e introdução da Alimentação Complementar (AC), a partir desse período, com a manutenção do Aleitamento Materno (AM) por dois anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). O AM e a AC saudável constituem medidas que devem ser potencializadas para garantir o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos de idade, bem como prevenir agravos nutricionais à curto e longo prazos (BRASIL, 2012a).

As pesquisas nacionais apontam avanços nos indicadores de AM, porém o mesmo não vem acontecendo com a AC. Desse modo, é fundamental realizar o monitoramento das práticas alimentares em nosso meio, tendo em vista que o cenário é de introdução precoce e tardia de alimentos e consumo de alimentos não saudáveis (BRASIL, 2009a; SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Neste estudo, inicialmente, procurou-se destacar, a partir da literatura, as políticas públicas e ações em prol do AM e da AC no país, as bases científicas da alimentação de crianças menores de 2 anos e os indicadores da OMS para avaliação das práticas alimentares das crianças. Houve o interesse em verificar a aplicabilidade dos indicadores de AC seguindo as recomendações do documento intitulado “Dez passos para uma alimentação saudável Guia alimentar para menores de dois anos” (BRASIL, 2010a), o qual é preconizado para a promoção de práticas alimentares saudáveis no âmbito da Atenção Básica e serve de orientação às ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2013a). Além disso, buscou-se descrever o consumo de alimentos não saudáveis e analisar os fatores associados à dieta mínima aceitável.

2 REVISÃO DA LITERATURA

As condições de saúde das crianças no Brasil foram divulgadas em 2011, apontando progressos e desafios (VICTORA et al., 2011). Os autores atribuem os resultados alcançados em três décadas à evolução dos sistemas de saúde, das condições de saúde e dos determinantes sociais das doenças. O país evoluiu de um modelo de saúde com três sistemas de financiamento (privado, seguridade social e instituições de caridade) para um sistema único e universal (financiado por impostos) ao final da década de 1980, sendo preconizada como eixo central no sistema a atenção primária à saúde. A territorialização da atenção à saúde com as equipes de saúde da família, estabelecidas em áreas com piores indicadores de morbimortalidade no país, assim como os mecanismos de proteção social, como a transferência condicional de renda e a promoção da inclusão social, contribuíram para esse panorama (VICTORA et al., 2011).

Na saúde das crianças, houve redução da taxa de mortalidade infantil em função da diminuição de doenças infecciosas, particularmente as respiratórias e diarreia. O perfil antropométrico da população infantil alterou-se com redução da prevalência do déficit de altura para idade em menores de 5 anos, passando de 37,10% em 1975 para 7,10% em 2006. Os padrões de amamentação apresentaram melhora substancial, sendo que em 1975 a duração mediana da amamentação era de 2,5 meses e, em 2006, foi de 14 meses (VICTORA et al., 2011).

Apesar da mudança no perfil antropométrico das crianças menores de 5 anos de idade, cabe ressaltar que o déficit de altura para idade em menores de 2 anos foi maior que o observado nas idades subsequentes, alcançando 12,30%. A região Norte do país apresentou a maior prevalência de retardo de crescimento, com 14,70%, e o déficit de altura se concentrou nos estratos sociais da população menos favorecidos (menor escolaridade materna e menor poder aquisitivo das famílias). O excesso de peso para altura foi constatado em 7,30% das crianças, indicando exposição moderada ao risco de obesidade na infância. Ao comparar os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e 2006, verificou-se que houve redução substancial da desnutrição infantil, sem evidência de variação temporal no risco de obesidade (MONTEIRO et al., 2009).

No que tange à amamentação, apesar do aumento da duração mediana do AM, observa-se que a situação do AME em menores de 6 meses evidenciada pela II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM/Capitais e DF) não

foi satisfatória, com prevalência de 41% para o conjunto de crianças. A introdução precoce de água, chá, suco e outros leites nos primeiros meses de vida foi uma prática comum, porém no período considerado importante para a introdução de alimentos sólidos ou pastosos (6-8 meses completos), mais de um quarto das crianças não consumia comida de sal e frutas. O consumo de alimentos não saudáveis como café, refrigerante e bolachas/salgadinho na faixa etária de 9-12 meses foi de 8,70%, 11,60% e 71,70%, respectivamente (BRASIL, 2009a).

Dados da PNDS (2006) revelaram que apesar das mudanças positivas ocorridas no intervalo de 10 anos (1996 a 2006), a prevalência de AME em menores de 6 meses foi de 38,60%, sendo que antes dos 2 meses de vida 18% das crianças amamentadas já recebiam outros leites e 14% alimentos semissólidos. Com relação à AC, observou-se que, na faixa de 6-11 meses, 4 em cada 10 crianças amamentadas não haviam consumido suco de fruta, e, somente 40% das crianças maiores de 6 meses não amamentadas haviam consumido frutas, legumes ou verduras diariamente. O consumo diário de carne foi baixo, sendo que o maior percentual de consumo (30,40%) foi verificado na faixa de 18-23 meses. A prevalência de anemia ferropriva entre as crianças de 6-23 meses foi de 24,10% (SEGALL-CORRÊA et al., 2009; VANNUCCHI; VÍTOLO; JORDÃO JÚNIOR, 2009).

As melhorais no perfil de saúde das crianças nas últimas três décadas se devem ao crescimento econômico, diminuição das desigualdades de renda entre ricos e pobres, urbanização, melhoria na escolaridade materna e redução na taxa de fecundidade. Entre os programas desenvolvidos para melhorar a saúde infantil, merecem destaque os de promoção de imunização, hidratação oral, amamentação e alojamento conjunto, e melhorias no acesso aos cuidados preventivos e curativos, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e as ações da Pastoral da Criança (VICTORA et al., 2011).

Os desafios impostos para os serviços de saúde são reduzir a taxa de mortalidade neonatal, o déficit de altura para idade que ainda compromete parcela da população infantil e as taxas de sobrepeso e obesidade, sendo que esses dois últimos desafios refletem, em parte, as práticas alimentares inadequadas no início da vida (introdução precoce ou tardia da AC e consumo de alimentos não saudáveis) (SEGALL-CORRÊA et al., 2009; MONTEIRO et al., 2009; BRASIL, 2009a; VICTORA et al., 2011; LUTTER, 2012).

Um dos maiores desafios para as políticas públicas de saúde é o enfrentamento do fenômeno da transição nutricional, o qual se caracteriza pela presença concomitante de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, às vezes, no mesmo domicílio (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; BRASIL, 2012a).

Diante desse cenário, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), orientada pelos princípios do SUS, apresenta-se como uma resposta para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar ações em relação à complexidade da situação alimentar e nutricional brasileira, promovendo a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional em todas as fases do ciclo da vida. O AM e a AC saudável constituem medidas que devem ser potencializadas para garantir o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos de idade, bem como prevenir agravos nutricionais à curto e longo prazos (BRASIL, 2012a).

Diante do perfil nutricional e alimentar das crianças brasileiras, dos desafios apresentados e da importância da alimentação para a promoção e prevenção de agravos à saúde infantil, será feito um breve retrospecto das principais políticas públicas e ações em prol do AM e da AC no país, das bases científicas da alimentação e dos indicadores para avaliação das práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES EM PROL DO AM E DA AC NO BRASIL

A partir da década de 1980 pode-se notar um aumento das políticas públicas e ações em prol do AM no Brasil com destaque para o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), o Alojamento Conjunto, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a licença maternidade e paternidade, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Semana Mundial da Amamentação e a Rede Amamenta Brasil (BRASIL, 1991; REA, 2003; MONTEIRO, 2006; VENANCIO et al., 2010; TOMA, 2011; VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

A AC passou a ter maior destaque somente nos anos 2000 a partir da publicação do Guia alimentar para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2002a) e dos “Dez passos para uma alimentação saudável” direcionado aos profissionais da Atenção Básica em saúde (BRASIL,

2002b, 2010a). Como ação mais específica, foi implementada a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) (BRASIL, 2010b). No ano de 2012, houve a junção da ENPACS com a Rede Amamenta Brasil, culminando na Estratégia Nacional para a Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2013a).

Em 1981 foi lançado o PNIAM com o intuito de desenvolver diretrizes e estratégias para a recuperação da prática do aleitamento natural, dada a prática generalizada do desmame precoce na década anterior em função do advento do leite em pó como um substituto do leite materno (LM) (BRASIL, 1991). Segundo Rea (2003) os aspectos mais importantes desse programa foram o fato de ter uma coordenação nacional, utilizar a mobilização social de todos os possíveis atores envolvidos no tema e contar com campanhas bem elaboradas na mídia. Esse programa era coordenado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e com a sua extinção, em 1997, ele passou a ser coordenado pela Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (MS) (TOMA, 2011).

Em 1983 foi estabelecido, por meio de resolução, o Alojamento Conjunto, que determinava que as maternidades com leitos pagos pela previdência social deveriam oferecer leitos no mesmo quarto às puérperas e seus recém-nascidos. Até então, existiam nas maternidades regras rígidas que interferiam no sucesso da amamentação, como a separação do binômio mãe-filho no período pós-parto, uso de soro glicosado como rotina de alimento pré-lácteo, horários fixos de mamadas e complementação com mamadeira. Nesse mesmo ano a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar, conhecida pela sigla em inglês IBFAN (*International Baby Food Action Network*) havia iniciado suas atividades no país para monitorar as práticas de marketing dos produtos destinados à alimentação infantil, especialmente, as fórmulas infantis, porém a sua participação ainda era pouco expressiva. Em 1987, por meio de uma portaria, o Alojamento Conjunto também passou a ser adotado nos hospitais universitários (BRASIL, 1991; REA, 2003).

O ano de 1988 foi marcado por importantes avanços nas políticas públicas pró-amamentação, entre eles: aprovação da NBCAL, estabelecimento de normas sobre funcionamento dos Bancos de Leite Humano (BLH), direito à licença maternidade de 120 dias e licença paternidade de 5 dias (BRASIL, 1991; REA, 2003).

A NBCAL foi baseada no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno aprovado na 34ª Assembleia Mundial de Saúde em 1981. Nesse mesmo ano, foi iniciado um grupo de trabalho para adequação do documento internacional à realidade brasileira, porém o documento sofreu inúmeras adaptações até ser concluído no final de 1987 e aprovado em 1988. Participaram da elaboração especialistas em alimentação infantil, representantes do governo, das empresas e da IBFAN. A rede IBFAN responsabilizou-se por verificar a implementação da norma junto às indústrias nos primeiros 180 dias e expandiu seu trabalho no país em defesa do AM e no monitoramento da NBCAL, papel que desempenha até os dias atuais (BRASIL, 1991; REA, 2003; MONTEIRO, 2006; TOMA, 2011).

Desde a aprovação em 1988, a NBCAL foi revista em dois momentos (1992 e 2001/2002) e, em 2006, tornou-se lei nacional (Lei nº 11.265) visando estreitar ainda mais o cumprimento da norma. A NBCAL regula a comercialização de fórmulas infantis, leites em geral, suplementos destinados a recém-nascidos de risco, alimentos de transição e com base em cereais, mamadeiras, chupetas e protetores de mamilo. As regras dizem respeito a rotulagem, promoção comercial, material educativo e técnico-científico, doações, amostras e patrocínios (BRASIL, 2006; MONTEIRO, 2006; TOMA, 2011).

O primeiro BLH do país data de 1943 estabelecido no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro. Em 1988, o MS regulamentou os BLH com normas sanitárias e de capacitação técnica, tendo o Instituto Fernandes Figueira como referência nacional e estabelecendo que os bancos não deveriam ser apenas postos de coleta, processamento e estocagem de LM, mas centros com atividades pró-amamentação (REA, 2003; BRASIL, 2007). O Brasil é referência mundial na área e a Rede Brasileira de BLH conta, em 2014, com 213 bancos e 136 postos de coleta credenciados (BRASIL, 2014a).

A licença maternidade é uma proteção legal à mãe formalmente empregada para que possa amamentar seu filho, se estendendo às empregadas domésticas e à mulheres que adotam crianças de até 1 ano de idade. Com a Constituição de 1988 ela passou de 2 para 4 meses (120 dias), sendo fundamental para a promoção do AME, conforme foi constatado na II PPAM/Capitais e DF. A licença paternidade de 5 dias também foi uma conquista alcançada com a Constituição (BRASIL, 1991, 2009a; REA, 2003; TOMA, 2011).

As empregadas que têm contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas usufruem ainda do direito à creche e de duas pausas de meia hora para amamentar

até que a criança complete 6 meses. Em 2008, foi aprovada a Lei nº 11.770 que cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença maternidade por mais 2 meses com concessão de incentivo fiscal. Assim, a mãe terá direito a 6 meses de licença maternidade, porém nesse período a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar. Essa lei também beneficia as empregadas que adotarem uma criança (TOMA, 2011). Em 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária conjuntamente com o MS regulamentaram a nota técnica sobre a implementação das salas de apoio à amamentação em empresas. Assim, as mulheres que retornam ao trabalho tem a opção de dar continuidade ao AM, com possibilidade de esvaziar as mamas durante a permanência na empresa, armazenar de forma adequada o leite e continuar amamentando ou doar para um BLH (BRASIL, 2010c).

Em 1991, o UNICEF e a OMS lançaram a IHAC, uma estratégia para implantação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno que havia sido criado em 1989. Essa iniciativa tornou-se um referencial de avaliação internacional único para os hospitais. No Brasil, essa iniciativa iniciou em 1992 e até 1996 o credenciamento dos hospitais se deu de forma acelerada, porém o MS agregou 10 requisitos adicionais para que os hospitais se credenciassem, como a redução das taxas de cesariana, e foi observada uma lentidão no processo de credenciamento dos hospitais (REA, 2003; TOMA, 2011). Segundo dados do MS, existem 310 hospitais credenciados no país, em 2014 (BRASIL, 2014b).

A Semana Mundial da Amamentação é outra iniciativa para promoção da amamentação e surgiu a partir da criação, em 1992, da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno, conhecida pela sigla em inglês WABA (*World Alliance for Breastfeeding Action*). Ela é uma estratégia de mobilização social sobre a importância do AM para a mãe, bebê e sociedade. Até 1998 a Semana Mundial de Amamentação era coordenada pela Sociedade Brasileira de Pediatria e, a partir de 1999, a coordenação passou ao MS que trabalha em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria. Nesse mesmo ano, a figura da madrinha foi inserida como parte das comemorações da semana e o MS passou a convidar mulheres famosas que estão amamentando para abraçar a causa e, assim, mobilizar o público. Em 2009, o MS publicou a Portaria nº 2.394 instituindo as comemorações da Semana Mundial da Amamentação no Brasil entre 1º e 7 de agosto, seguindo o calendário internacional (REA, 2003; BRASIL, 2014c).

Em 2008 foi instituída pela Portaria nº 2.799 a Rede Amamenta Brasil, uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM no âmbito do SUS com o objetivo de aumentar os índices de AM no país e, assim, contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil. Essa

estratégia surgiu após as experiências bem sucedidas de iniciativas voltadas à amamentação na Atenção Básica, a exemplo de Londrina, no Paraná, que implementou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança, e do Rio de Janeiro, com a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (BRASIL, 2008, 2011a).

A base legal para essa estratégia foi o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004, o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que visa a redução em dois terços da mortalidade em crianças menores de 5 anos no período de 25 anos (1990-2015), a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 que trata dos princípios da Atenção Básica, o Pacto pela Vida de 2008 que estabelece a redução da mortalidade materna e infantil, a IHAC e a Rede de BLH importantes para a promoção do AM na rede hospitalar e os índices de AM obtidos a partir da PNDS (2006) e da II PPAM/Capitais e DF (BRASIL, 2008, 2009a, 2011a; SEGALL-CORRÊA; MARÍN-LEÓN, 2008).

A metodologia da Rede Amamenta Brasil seguiu a proposta da educação permanente em saúde, com a realização de oficinas de trabalho nas unidades de saúde e momentos de discussão sobre o seu processo de trabalho em relação às ações de promoção, proteção e apoio ao AM. O referencial teórico da estratégia foi a educação crítico-reflexiva, sendo o ponto de partida a própria realidade de trabalho do profissional de saúde. A figura do tutor apareceu como um dos pilares de sustentação da rede, com capacitação do mesmo de acordo com essa metodologia (oficina de aulas teóricas e práticas de 40 horas) para a realização das oficinas de trabalho nas unidades de saúde e, também, para a capacitação de novos tutores. A exigência é que o tutor preencha alguns requisitos mínimos e desejáveis para exercer tal função (BRASIL, 2011a).

As unidades de saúde que realizam a oficina de trabalho em AM (mínimo de 6 horas) e que cumprem os critérios exigidos podem ser certificadas na Rede Amamenta Brasil. Ao final de um ano, as unidades são novamente avaliadas e aquelas que comprovam o cumprimento dos critérios recebem a certificação do MS. Entre os critérios estão: participação de no mínimo 80% da equipe na oficina, monitorar os indicadores de AM na sua área de abrangência por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Web, concretizar pelo menos uma ação pactuada, construir e implementar fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê no período de amamentação. Em 2009, houve o início da capacitação dos tutores em nível estadual e municipal e, no ano de 2010, as primeiras unidades de saúde receberam o certificado da Rede Amamenta Brasil (BRASIL, 2011a).

Seguindo proposta semelhante à da Rede Amamenta Brasil, em 2009, foi apresentada a ENPACS como um instrumento para fortalecer as ações de apoio e de promoção à AC saudável no SUS. Essa estratégia foi concebida a partir de uma parceria entre a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição e a rede IBFAN. A ENPACS foi inserida no contexto da Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo eixo estratégico é a Promoção da Alimentação Saudável, além de reforçar a implementação da PNAN cujas diretrizes pautam-se no direito humano à alimentação adequada e na segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2010b).

Assim como na Rede Amamenta Brasil, a proposta da ENPACS é de capacitação de tutores em oficinas de 24 horas, com o intuito de serem multiplicadores em seus estados e municípios e favorecerem a implantação da estratégia nas unidades de saúde. As oficinas de trabalho nas unidades de saúde devem ter uma carga horária de 6 horas para promover uma discussão sobre a AC com todos os profissionais envolvidos, considerando o processo de trabalho, a realidade local e a elaboração de um plano de ação. O acompanhamento da estratégia é realizado por meio do monitoramento dos indicadores de consumo alimentar de crianças de 6 a 24 meses, coletados pelas unidades de saúde e computados no SISVAN Web (BRASIL, 2010b).

Tendo em vista que as duas estratégias (Rede Amamenta Brasil e a ENPACS) apresentam muitas semelhanças metodológicas, tratam de temas complementares (AM e AC) e visam qualificar os profissionais da Atenção Básica em seus ambientes de trabalho, no ano de 2012, foi lançada a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Em 2013, a estratégia foi instituída pela Portaria nº 1.920 com o objetivo de qualificar as ações de promoção do AM e da AC saudável para crianças menores de 2 anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do AM e AC como atividade de rotina das unidades de saúde (BRASIL, 2013a).

Nessa nova estratégia as oficinas de formação dos tutores acontecem da mesma forma que na Rede Amamenta Brasil e na ENPACS, porém com foco nas ações conjuntas de promoção, proteção e apoio ao AM e AC. As oficinas de trabalho nas unidades de saúde visam discutir a prática do AM e da AC com as equipes das unidades e planejar ações de acordo com a realidade local. Essas oficinas acontecem a partir de um cronograma firmado entre a unidade de saúde e a secretaria de saúde, em um primeiro momento com carga horária inicial de 4 horas,

em um segundo momento, outras oficinas devem ser conduzidas, com carga horária variável de acordo com as necessidades locais, para discussão de temas mais específicos, como o manejo clínico do AM, práticas de AC, desenvolvimento infantil, indicadores de AM e AC, SISVAN ou outros temas de interesse local (BRASIL, 2014d).

As ações de promoção, proteção e apoio ao AM e AC saudável também fazem parte de um dos quatro componentes da Rede Cegonha, instituída em 2011 como uma rede de cuidados no âmbito do SUS, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011b).

O Brasil Carinhoso, uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, foi lançado em 2012, para reforçar as ações voltadas ao desenvolvimento integral na primeira infância. Essa ação prevê a retirada da miséria de famílias com crianças na faixa de 0 a 6 anos de idade, acesso a creches, suplementação de ferro e vitamina A, medicamentos para asma e medidas que assegurem o crescimento e desenvolvimento saudáveis, entre elas o AM e a AC (BRASIL, 2014e).

Todas essas diretrizes governamentais enfatizam a importância de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com vistas à saúde integral na infância.

2.2 BASES CIENTÍFICAS DA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

O período de 1.000 dias, compreendido da gestação aos 2 anos de idade, é conhecido como janela de oportunidades para o crescimento e desenvolvimento da criança (BLACK et al., 2013; THOUSAND DAYS, 2013). A nutrição adequada nesse período é determinante para a criança alcançar o desenvolvimento completo do seu potencial humano. A restrição do crescimento intrauterino ou o comprometimento severo do crescimento nos primeiros 2 anos de vida conduz a danos irreversíveis, incluindo baixa estatura na vida adulta, menor aproveitamento escolar, redução na capacidade produtiva na idade adulta e uma diminuição no peso de nascimento das próximas gerações. Crianças que são desnutridas nos primeiros 2 anos de vida e que ganham peso rapidamente mais tarde, na infância e na adolescência, apresentam um risco aumentado de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à nutrição (VICTORA et al., 2008).

Na série sobre Nutrição Materna e Infantil publicada no *The Lancet* de 2013 os autores mostram que o maior efeito de ações para salvar a vida de crianças menores de 5 anos é alcançado com o controle da desnutrição aguda, seguido pelo conjunto de ações de promoção do AM, da AC e da suplementação de micronutrientes (BHUTTA et al., 2013). Existe evidência científica que o AM previne diarreia, pneumonia e sepse neonatal, podendo reduzir em até 13% a mortalidade infantil. As evidências em relação à AC apontam para a prevenção de diarreia, pneumonia, sarampo e malária, sendo considerada importante para a redução de 6% das mortes em menores de 5 anos (JONES et al., 2003).

O LM é o alimento completo que contém os nutrientes necessários para alimentar o bebê nos primeiros 6 meses de vida. Nos primeiros dias após o parto o leite é chamado de colostro, um leite que contém mais proteínas e menos gorduras, mas que confere inúmeros fatores imunológicos (imunoglobulinas IgA, IgM, IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos tipo B e T, lactoferrina, lisozima e fator bífido) que protegem a criança de infecções. A partir do sétimo ao décimo dia pós-parto a mãe começa a produzir o leite maduro que tem composição diferente do colostro, com mais lactose e gordura, sendo importante para o ganho de peso e desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2009b).

Desde 2001 a OMS recomenda que a criança seja amamentada de forma exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e, que a partir desse período, seja iniciada a AC com alimentos apropriados e seguros para garantir o crescimento e desenvolvimento da criança, com manutenção do AM por 2 anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Essa recomendação global foi orientada pelo relatório do grupo de especialistas em duração ótima do AME da OMS, que considerou os resultados das evidências de uma revisão sistemática (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003). Kramer e Kakuma (2001), a partir de extensa revisão da literatura, concluíram que o AME por 6 meses trazia vários benefícios para a dupla mãe-criança.

Os benefícios do AM estão bem reportados na literatura e não se restringem à criança. Entre eles pode-se citar a diminuição da morbimortalidade por doenças gastrointestinais e respiratórias, do risco de alergias, de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, colesterol, diabetes, obesidade), efeito positivo na inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal, proteção para a mãe contra câncer de mama, menor custo financeiro para a família, além de promover o vínculo afetivo da mãe com o filho (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2009b; TOMA, 2011).

O AME por 6 meses é essencial para a criança porque previne contra infecções gastrointestinais e beneficia as mães prolongando a amenorreia lactacional e promovendo a perda de peso no pós-parto (KRAMER; KAKUMA, 2001). Crianças não amamentadas apresentam maior chance de morrer por doenças infecciosas nos primeiros 2 meses de vida que aquelas amamentadas. A proteção do AM para diarreia é maior que a proteção para doenças respiratórias nos 6 primeiros meses, porém parece exercer a mesma proteção no segundo semestre de vida. Essa proteção pode ser ainda maior para crianças de mães com baixa escolaridade (WHO COLLABORATIVE STUDY TEAM ON THE ROLE OF BREASTFEEDING ON THE PREVENTION OF INFANT MORTALITY, 2000).

O estabelecimento da amamentação logo após o nascimento da criança é fator primordial para o sucesso do AM, maior duração do AME e AM e, se praticado na primeira hora de vida, desempenha importante papel na redução da mortalidade neonatal (EDMOND et al., 2006; MULLANY et al., 2008). A alimentação no início da vida, em especial o AM, previne contra a obesidade na vida adulta. Uma revisão da literatura demonstrou que o AM esteve associado com risco reduzido de obesidade quando comparado a alimentação com fórmulas infantis. Após o controle de possíveis fatores de confusão (obesidade dos pais, mães que fumavam e nível socioeconômico), o risco de obesidade foi reduzido, porém não excluído. Os autores também destacaram que a duração mais longa do AM pareceu ter um efeito protetor para a obesidade (OWEN et al., 2005).

A continuidade da amamentação por 2 anos ou mais de vida da criança também faz parte das recomendações da OMS. A amamentação no segundo ano de vida contribui como fonte de energia, em função da quantidade de gordura e ácidos graxos essenciais presentes no LM, além da quantidade de proteína e alguns micronutrientes (vitamina A, riboflavina e cálcio). O AM também é recomendado quando a criança está doente, em função da diminuição do apetite e da ingestão de alimentos, assim, o LM continua sendo uma importante fonte de energia, evita a desidratação e fornece nutrientes para a recuperação da criança (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2009b).

A AC é definida como um processo que inicia quando o LM sozinho não é suficiente para alcançar as necessidades nutricionais dos lactentes, e, assim, outros alimentos e líquidos são necessários, juntamente com o LM. A faixa etária de 6 a 24 meses é tomada como referência para esse processo, embora a recomendação de AM ultrapasse os 2 anos de vida da criança (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Estudos internacionais e nacionais descrevem que os alimentos complementares são introduzidos antes do período de 4 a 6 meses (HENDRICKS et al., 2006; CORRÊA et al., 2009; TATONE-TOKUDA; DUBOIS; GIRARD, 2009; SEGALL-CORRÊA et al., 2009; BRASIL, 2009a; FRIEL et al., 2010; KIMANE-MURAGE et al., 2011; LUTTER, 2012). Apesar de não haver um consenso na literatura sobre o papel da introdução precoce de alimentos e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, existem algumas evidências de que a alta ingestão energética e proteica, em especial a proteína do leite, nessa fase da vida poderia estar associada com aumento do Índice de Massa Corporal e da gordura corporal, porém existe a necessidade de maiores investigações nesse campo para conclusões mais assertivas (PEARCE; LANGLEY-EVANS, 2013).

Moorcroft, Marshall e McCormick (2011), a partir de uma revisão da literatura, não encontraram associação entre a idade de introdução de alimentos sólidos e obesidade. Grote e Theurich (2014) destacam que como a criança é totalmente dependente dos pais para se alimentar, as atitudes e crenças dos pais sobre a alimentação infantil e as práticas reais de alimentação influenciam diretamente no estado nutricional dos filhos. Assim, uma abordagem em nível familiar para prevenir a obesidade na infância seria mais efetiva, além da promoção das práticas alimentares saudáveis para crianças pequenas de acordo com as diretrizes nacionais (MOORCROFT; MARSHALL; McCORMICK, 2011; GROTE; THEURICH, 2014).

A alimentação no início da vida tem papel primordial, porque é nessa fase que se formam e se estabelecem os hábitos alimentares que a criança irá levar para a vida. A alimentação da mãe que amamenta também influencia nos hábitos da criança, pois sabores e aromas dos alimentos são passados ao lactente via LM. A exposição a uma diversidade de alimentos nessa fase vai influenciar as preferências alimentares nas fases subsequentes (BRASIL, 2009b). Estudo longitudinal que avaliou a variedade de frutas e vegetais consumida por crianças em idade escolar encontrou que a variedade de vegetais era influenciada pelas preferências maternas e a variedade de fruta pela maior duração do AM, da variedade ou exposição de fruta consumida nos primeiros 2 anos de vida (SKINNER et al., 2002).

A recomendação de início da AC com 6 meses, considera, além das necessidades nutricionais da criança, a maturidade fisiológica e neuromuscular para receber outros alimentos. Até os 4 meses de vida a criança não atingiu o desenvolvimento fisiológico para receber alimentos sólidos, não senta sem apoio e ela não tem controle neuromuscular da cabeça e do pescoço. Por volta do quarto ao sexto mês de vida o reflexo de protrusão da língua vai

desaparecendo, a maturação da função gastrointestinal e renal e também do desenvolvimento neuromuscular vão preparando a criança para receber alimentos pastosos. Com a aproximação do sexto mês de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem nível satisfatório e a criança vai se adaptando para uma alimentação variada em consistência e textura (BRASIL, 2009b).

Por isso, a alimentação deve ser iniciada com uma consistência pastosa (purês), até que as habilidades de mastigação e trituração se desenvolvam, com o aparecimento dos primeiros dentes. Por volta dos 8 meses a criança já pode manusear alguns alimentos com as próprias mãos e consumi-los sozinha, porém sempre supervisionada por um adulto. É importante que a introdução de alimentos em pedaços não ultrapasse os 10 meses de idade, pois isso aumenta as chances da criança apresentar dificuldades com a alimentação. Aos 12 meses de idade, a maioria das crianças estão aptas para consumir os alimentos da família de consistência mais sólida, apesar do oferecimento de alimentos triturados ou amassados para facilitar a ingestão dos mesmos e diminuir o tempo gasto nas refeições (DEWEY; BROWN, 2003; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; COULTHARD; HARRIS; EMMETT, 2009).

O número de refeições vai variar conforme a idade da criança, o estado de amamentação, a densidade energética das refeições e a quantidade consumida em cada refeição. Supondo uma capacidade gástrica de 30 g/Kg de peso da criança e densidade energética de 0,8 Kcal/g, as crianças amamentadas de 6 a 8 meses devem receber pelo menos 2 refeições e as crianças de 9-23 meses que recebem LM devem realizar ao menos 3 refeições ao dia. Além disso, recomenda-se que lanches nutritivos sejam oferecidos entre as principais refeições 1 a 2 vezes ao dia. Crianças com baixa ingestão de LM podem necessitar de maior número de refeições (DEWEY; BROWN, 2003; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

As crianças não amamentadas de 6 a 23 meses devem receber pelo menos 4 refeições e 1 a 2 lanches nutritivos ao dia. As refeições incluem alimentos lácteos, outros alimentos e combinações de alimentos lácteos e outros alimentos. Os lanches são definidos como alimentos ingeridos entre as refeições, geralmente alimentos que podem ser consumidos com as mãos, convenientes e de fácil preparo (DEWEY; BROWN, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Outro aspecto da AC é a variedade da dieta para garantir o consumo de todos os nutrientes necessários nos primeiros 2 anos de vida. Estudo que avaliou a influência da

diversidade da dieta no estado nutricional (índice Comprimento para Idade) de crianças de 6 a 23 meses de idade reportou que independente dos fatores socioeconômicos, a diversidade da dieta esteve associada ao estado nutricional da criança e pareceu refletir a qualidade da dieta (ARIMOND; RUEL, 2004).

Ao comparar as necessidades nutricionais das crianças e os alimentos complementares da dieta de várias populações, vários nutrientes não estavam presentes nas quantidades adequadas. Nos países em desenvolvimento, observou-se que a AC não era suficiente para atingir as necessidades de ferro, zinco e vitamina B₆. Mesmo em países desenvolvidos, o ferro e o zinco foram identificados como nutrientes problemáticos no primeiro ano de vida, apesar da disponibilidade de produtos fortificados com ferro. Outros nutrientes que podem estar comprometidos na alimentação infantil incluem riboflavina, niacina, tiamina, folato, cálcio, vitamina A e vitamina C (DEWEY; BROWN, 2003).

Dietas baseadas em alimentos de origem vegetal são insuficientes para atender as necessidades de certos micronutrientes, especialmente, ferro, zinco, cálcio e vitamina B₁₂. Para atingir as necessidades desses micronutrientes, alimentos como carnes, frango, peixes, ovos ou leite e derivados deveriam estar presentes diariamente na dieta das crianças. Se esses alimentos não são consumidos em quantidades adequadas, grãos e leguminosas deveriam estar presentes diariamente para garantir proteína de qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A dieta diária das crianças deveria incluir alimentos fontes de vitamina A como frutas e verduras amarelo alaranjadas e vegetais folhosos verde-escuros para prevenir a deficiência dessa vitamina e, provavelmente, o consumo desses alimentos aumentaria a probabilidade do consumo de outras vitaminas e minerais. Os alimentos fontes de vitamina C deveriam ser consumidos com as refeições para melhorar a absorção do ferro não heme (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

As crianças amamentadas de 6 a 24 meses têm uma contribuição substancial do LM como fonte de energia, proteína e da maioria das vitaminas, porém ele é relativamente pobre em ferro e zinco. Já as crianças não amamentadas dependem totalmente da AC para suprir todas as suas necessidades de energia e nutrientes. A quantidade de leite ou derivados para crianças não amamentadas pode variar de 200 a 400 ml/dia se o consumo de alimentos de origem animal como as carnes são ingeridos regularmente, caso contrário a quantidade de produtos lácteos

pode ser de 300 a 500 ml/dia (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; ARIMOND; RUEL, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No entanto, deve ser dada maior atenção às populações carentes que utilizam leite in natura, pois seu uso antes dos 12 meses está associado a perdas de sangue nas fezes e diminuição do status de ferro do organismo. Além disso, normalmente o leite é oferecido em mamadeiras que são veículos de contaminação pela má higienização desse utensílio, o que leva a casos de diarreia e aumento da mortalidade infantil. O uso de produtos derivados do leite, como queijos e iogurtes, que passaram por processo de fermentação, pode ser mais apropriado por diminuir o risco de contaminação (VICTORA et al., 1997; LAMOUNIER, 2003; DEWEY; BROWN, 2003; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A OMS recomenda, ainda, que bebidas como chá e café não deveriam ser consumidas por crianças pequenas porque interferem na absorção do ferro. Bebidas açucaradas como refrigerantes também devem ser evitadas, pelo baixo valor nutricional e por diminuir o apetite da criança para alimentos mais nutritivos. O consumo excessivo de sucos de frutas também é desaconselhado por diminuir o apetite da criança por outros alimentos e por causar amolecimento das fezes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A utilização de alimentos complementares fortificados com vitaminas e minerais pode ser necessária para atingir as elevadas necessidades de nutrientes nessa fase da vida. Em países desenvolvidos, a fortificação de alimentos complementares com ferro e zinco tem sido utilizada. Nos países em desenvolvimento, essa fortificação pode ser ainda mais necessária, devido as dietas com alimentos predominantemente de origem vegetal em função da não disponibilidade de alimentos de origem animal ou mesmo quando existe suficiência desses produtos, as crianças de 6 a 12 meses não consomem a quantidade necessária para atingir as recomendações nutricionais. Uma alternativa para o uso dos alimentos fortificados comercialmente é a fortificação caseira da AC com múltiplos micronutrientes (DEWEY; BROWN, 2003; BRASIL, 2012b; DEWEY, 2013).

Devido à ampla variabilidade dos alimentos complementares presentes nas dietas das crianças em diferentes partes do mundo não seria adequado fornecer uma prescrição dietética global, assim, a OMS recomenda que os países desenvolvam suas próprias diretrizes em AC

baseadas na composição nutricional dos alimentos disponíveis localmente (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O MS brasileiro, seguindo as recomendações da OMS para o AM e a AC, o perfil epidemiológico e a cultura alimentar no país, elaborou e revisou o documento intitulado “Dez passos para uma alimentação saudável Guia alimentar para menores de dois anos”, que serve de guia para o profissional da saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2002b, 2010a). Esse documento apresenta linguagem simples e objetiva, e serve de base científica para as ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Abaixo, seguem os 10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2010a):

Passo 1 – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Passo 2 – A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3 – Após os 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

Passo 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

A OMS, além de fornecer as bases científicas globais da alimentação de crianças menores de 2 anos de idade, preocupa-se, ainda, em como avaliar as práticas alimentares dessas crianças para identificar os principais problemas nessa fase da vida e propor formas de melhorar essas práticas. Em função disso, será feita uma breve revisão sobre os indicadores desenvolvidos para avaliar as práticas de alimentação infantil nos últimos anos.

2.3 INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

A OMS vem realizando esforços para oferecer aos países propostas de indicadores e métodos para a realização de inquéritos sobre práticas de alimentação infantil, para padronizar procedimentos e garantir a comparabilidade entre os estudos.

Em 1991 foi publicado um documento estabelecendo indicadores para avaliação das práticas de amamentação. O documento apresentava 6 indicadores principais e 4 opcionais. Os indicadores principais avaliados eram a taxa de AME, Aleitamento Materno Predominante (AMP), alimentação complementar oportuna, continuidade do AM com 1 ano, continuidade do AM com 2 anos e alimentação por mamadeira. Entre os indicadores opcionais estavam a taxa de crianças alguma vez amamentadas, início precoce do AM, AME quando realizado pela mãe biológica e duração mediana do AM. Como pode-se notar, somente um dos indicadores avaliava a situação da AC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991).

Em 2002, a OMS iniciou um processo para revisar os indicadores de AM e desenvolver indicadores de AC. Foi estabelecido um grupo de trabalho para tal atividade e o ponto de partida foi identificar conceitualmente os potenciais indicadores de AC. Ao mesmo tempo, estavam sendo desenvolvidas as diretrizes para alimentação de crianças amamentadas e crianças de 6-24 meses não amamentadas que apontou a multidimensionalidade da AC. O grupo de trabalho também se baseou na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas. No início de 2004 o grupo de trabalho iniciou uma série de atividades para definição e validação de indicadores para refletir a qualidade e quantidade da dieta utilizando dados empíricos de 10 países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009).

Ao final de 2007, após várias análises e reuniões conduzidas, foi realizada uma reunião para um consenso sobre os indicadores de alimentação para lactentes e crianças pequenas. Assim, foram apresentados os novos indicadores para avaliação das práticas alimentares de crianças menores de 2 anos, sendo que os indicadores de AM permaneceram com modificações na cobertura da faixa etária, porém novos indicadores de AC foram acrescentados. No novo documento são apresentados 8 indicadores principais e 7 opcionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009).

Os indicadores principais são: 1.Início precoce do AM; 2.AME em menores de 6 meses; 3.Continuidade do AM com 1 ano; 4.Introdução de alimentos sólidos ou pastosos; 5.Diversidade mínima da dieta; 6.Frequência mínima de refeições; 7.Dieta mínima aceitável e 8.Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados. Os indicadores opcionais são: 9.Crianças alguma vez amamentadas; 10.Continuidade do AM com 2 anos; 11.AM em idade apropriada; 12.AMP em menores de 6 meses; 13.Duração do AM; 14.Alimentação por mamadeira e 15.Frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009). O documento não faz menção ao consumo de alimentos não saudáveis.

Em 2010, a OMS publicou dois documentos referentes a utilização dos novos indicadores para avaliação das práticas alimentares de crianças menores de 2 anos. Sendo um deles com a operacionalização para a coleta dos dados e outro com um relatório sobre o perfil da alimentação de crianças menores de 2 anos com base em dados de Pesquisas de Demografia e Saúde - *Demographic and Health Surveys* (DHS) - de 46 países que servem como dados basais para os novos indicadores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a, 2010b).

A recomendação é que seja utilizado o Recordatório de 24 horas para avaliação das práticas alimentares de crianças menores de 2 anos. Todos os indicadores, com exceção dos indicadores 1.Início precoce do AM e 9.Crianças alguma vez amamentadas, são baseados no “*current status*”, ou seja, na idade atual da criança referente à alimentação do dia anterior à pesquisa. Questões sobre quando as mães iniciaram ou interromperam determinadas práticas alimentares não são recomendadas porque tendem a produzir uma repetição de dados em determinadas idades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991, 2008).

O Brasil vem conduzindo pesquisas em nível nacional, estadual e local que utilizam amplamente os indicadores de amamentação, porém não se observa a avaliação das práticas de AC com base nos novos indicadores. Além do relatório da OMS sobre o perfil das práticas alimentares de crianças menores de 2 anos em 46 países, foi verificada a utilização dos novos indicadores de AC em 5 países do Sul da Ásia (Bangladesh, Índia, Nepal, Paquistão e Sri Lanka) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b; HAZIR et al., 2012; JOSHI et al., 2012; KABIR et al., 2012; PATEL et al., 2012; SENARATH; DIBLEY, 2012; SENARATH et al., 2012a, 2012b). Dois outros artigos internacionais relacionaram os novos indicadores com o estado nutricional das crianças (MARRIOTT et al., 2010; LUTTER et al., 2011). Uma

dissertação utilizou alguns dos indicadores para avaliação das práticas alimentares de crianças de 6 a 18 meses em dois municípios paulistas (MARCOLINO, 2010).

A ausência de estudos empíricos em nosso meio sobre a utilização desses indicadores, aliada ao perfil nutricional e alimentar da população infantil, evidenciam a necessidade de operacionalizar esses indicadores no contexto brasileiro para avaliar as práticas alimentares de crianças menores de 2 anos. Para isso, foi conduzido um estudo durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite em Guarapuava, Paraná, ampliando-se a cobertura da faixa etária investigada, até então, eram avaliadas as práticas alimentares de crianças menores de 1 ano de idade, com foco nos indicadores de AM. Além disso, buscou-se ampliar o leque de questões acerca do consumo de alimentos, em função dos indicadores de AC e também para avaliar o consumo de alimentos não saudáveis.

Tendo em vista que as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável” são utilizadas amplamente na promoção de práticas alimentares saudáveis no âmbito da Atenção Básica, buscou-se, ainda, avaliar a AC com base nos novos indicadores, porém seguindo as recomendações desse documento.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade no município de Guarapuava-PR, com base nos indicadores da OMS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas de mães e crianças menores de 2 anos de idade que compareceram à Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite, em 2012 no município de Guarapuava-PR;
- Analisar indicadores de AM propostos pela OMS;
- Verificar a aplicabilidade dos indicadores de AC propostos pela OMS e seguindo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”;
- Descrever o consumo de alimentos não saudáveis por crianças menores de 2 anos de idade;
- Analisar fatores associados à dieta mínima aceitável de crianças de 6 a 23 meses de idade.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo de delineamento transversal sobre avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade, com base na Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite, em 2012.

Os estudos transversais fornecem informação sobre a frequência e características de determinada condição de saúde da população estudada. Como a exposição e o estado de saúde são medidos em um único ponto do tempo, não é possível determinar se a exposição precede ou resulta da doença. Os dados desse tipo de estudo são usados para descrever características de indivíduos com uma determinada doença e para formular hipóteses, porém não permitem testar hipóteses. Além disso, os dados podem ser úteis aos administrados de saúde para avaliar o estado de saúde e as necessidades do cuidado em saúde de populações (HENNEKENS; BURING, 1987).

No Brasil os levantamentos realizados em campanhas de vacinação têm se mostrado adequados para análise de indicadores de saúde e nutrição, devido ao baixo custo, rapidez e possibilidade de obtenção de dados representativos da população, em razão da alta cobertura vacinal (SANTOS et al., 2008). A experiência do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) desenvolvido desde 1998 pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo também contribuiu para aperfeiçoar as pesquisas de monitoramento das práticas alimentares de crianças menores de 1 ano de idade, especialmente sobre a amamentação, no estado de São Paulo em dias de campanhas de vacinação (VENANCIO et al., 2002; VENANCIO; MONTEIRO, 2006), servindo de base metodológica para a II PPAM/Capitais e DF (BRASIL, 2009a).

No entanto, a partir do segundo semestre de 2012 ocorreram mudanças na sistematização das campanhas de vacinação para crianças menores de 5 anos de idade, em função da introdução da vacina injetável contra poliomielite (BRASIL, 2012c). Essas mudanças impossibilitaram a continuidade de estudos que avaliam indicadores de AM baseados em dados atuais (*current status*), em especial, AME, em função da não obrigatoriedade do público menor de 6 meses de vida nessas campanhas. Os indicadores de AM poderiam ser avaliados nas campanhas de atualização da caderneta de vacinação (Multivacinação) com base em dados

retrospectivos, porém isso contraria a recomendação da OMS de informações acerca da alimentação infantil com base em dados atuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991, 2008). Atualmente, está sendo desenvolvido um estudo piloto em duas capitais brasileiras (Rio de Janeiro e Recife) e em Brasília-DF para validação de nova metodologia, por inquérito telefônico, para avaliação das práticas alimentares em menores de 2 anos com base em dados atuais (VENANCIO et al., 2013).

A campanha de atualização da caderneta de vacinação (Multivacinação) possibilita a realização de pesquisas que objetivem obter dados atuais acerca da AC em crianças de 6-23 meses, pois esse público comparecerá às campanhas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Guarapuava, localizada no Centro-Sul do estado do Paraná. A cidade possui uma população de 167.328 habitantes, com 12.464 crianças menores de 5 anos, sendo 2.476 crianças menores de 1 ano e 2.376 crianças de 12-23 meses, conforme o censo de 2010. A população é predominantemente urbana, com 91,43% dos habitantes vivendo na área urbana do município (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2013). Segundo dados atuais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) há 1.225 crianças menores de 1 ano e 1.160 de 12-23 meses de idade em acompanhamento pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e PACS no município (BRASIL, 2014f). A proporção de cobertura populacional estimada para o período de abril de 2014 foi de 63,19% para a ESF e 66,25% para o PACS (BRASIL, 2014g).

O município de Guarapuava é sede da quinta Regional de Saúde do estado, servindo de polo de referência para pacientes de 19 municípios vizinhos, atendendo uma população total de pouco menos de meio milhão de pessoas (GUARAPUAVA, 2008, 2010). A regional de Guarapuava apresentou o pior coeficiente de mortalidade infantil do estado para o ano de 2011 (17,98 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos), enquanto o coeficiente do estado foi de 11,65. O município apresentou coeficiente de mortalidade infantil para o ano de 2012 de 19,38 e coeficiente de mortalidade neonatal de 15,72 (PARANÁ, 2013a; BRASIL, 2014h).

O sistema municipal de saúde está organizado em estabelecimentos de saúde de diferentes níveis de complexidade, distribuídos geograficamente para atender a população da

zona urbana e rural. Atualmente, a rede de assistência é composta por 10 unidades de Centro Integrado de Atendimento (CIA), 20 unidades de ESF, 2 unidades de Posto de Saúde, 7 unidades especiais (Centro de Saúde da Mulher, Programa de Saúde Mental, Serviço de Atendimento Especializado, Ambulatório de Pneumologia e Dermatologia Sanitária, Centro Especializado de Odontologia e Laboratório de Prótese Dental e Centro de Atendimento Psicossocial II e Álcool e Droga), 3 unidades diferenciadas (2 unidades de Pronto Atendimento 24 horas, 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Há atendimento especializado de consultas médicas por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava/Pinhão/Turvo (GUARAPUAVA, 2008, 2010).

Cabe destacar que o CIA tem capacidade para atender uma população de até 15.000 habitantes, conta com atendimento médico nas especialidades de Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, assistência de enfermagem, odontologia e terapia de apoio como Nutrição, Psicologia e Fisioterapia. Em todos os estabelecimentos do tipo CIA de Guarapuava existe o PACS, mas não a ESF. As unidades de ESF contam com atendimento de clínica geral, assistência de enfermagem, odontologia e atendimento domiciliar. Nas unidades de Posto de Saúde existe o atendimento médico e odontológico periódico e assistência de enfermagem (GUARAPUAVA, 2008, 2010).

Os programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde para atendimento ao público infantil fazem parte de programas específicos do município e outros são programas dos governos federal e estadual, a saber: Programa Materno Infantil Mãe Guará em substituição ao Programa Anjo da Guarda, Programa de Puericultura, SISVAN, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Programa de Atendimento à Criança Desnutrida – Centro de Nutrição Renascer, Programa de Imunizações, Programa Leite das Crianças, Programa Clínica do Bebê e Programa Dente de Leite (GUARAPUAVA, 2008, 2010; PARANÁ, 2013b). O Programa Materno Infantil Mãe Guará, que integra a Rede Mãe Paranaense do governo estadual, foi criado ao final do ano de 2013 com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil e materna. É realizado o acompanhamento, atendimento e monitoramento de todas as gestantes e bebês nascidos no município, as mães recebem vale transporte para as consultas de pré-natal e as gestantes de alto risco são transportadas por um veículo específico do programa (PARANÁ, 2013b).

A cidade de Guarapuava conta com um BLH implantado recentemente (julho de 2013), que funciona no Hospital São Vicente de Paulo (BRASIL, 2014i). No final do ano de 2012 foi

aprovado o Projeto de Lei que cria o Comitê Gestor Municipal de Aleitamento Materno, cujo objetivo é promover o desenvolvimento e a articulação da implantação de medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e equidade das ações de prevenção de agravos e promoção do AM, com o intuito de aumentar a taxa de AM e consequentemente diminuir o índice de mortalidade e morbidade materno infantil, e a ampliação da captação para o BLH (GUARAPUAVA, 2012). A cidade já sediou por dois anos consecutivos (2012 e 2013) dois seminários regionais de AM. Essas ações mostram que o município está envolvido em atividades em prol do AM. A AC está inserida nas atividades rotineiras de puericultura, mas não se observa nenhuma ação específica para promoção da AC saudável nas unidades de saúde do município.

4.3 PARTICIPANTES E PLANO AMOSTRAL

Os participantes deste estudo foram os acompanhantes de crianças menores de 2 anos de idade que compareceram aos postos de vacinação do município de Guarapuava durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite, em 2012. O público-alvo da pesquisa foi constituído pelas crianças menores de 2 anos que compareceram à campanha de vacinação.

A população de estudo foi o conjunto de crianças menores de 2 anos de idade que compareceram aos postos de vacinação, durante o período da campanha. A cobertura de vacinação do município na Campanha Nacional de Vacinação Contra Pólio 2011 – 1ª etapa atingiu o patamar de 98,10% (BRASIL, 2011c). Entende-se que com uma cobertura vacinal em campanha acima de 75%, é possível inferir as estimativas de prevalência levantadas no inquérito para todo o município (SILVA, 1998).

Em função da disponibilidade de informações sobre a população vacinada na 1ª etapa da campanha de 2011, agregadas em duas faixas etárias (< de 1 ano e 1-5 anos), a amostra foi estratificada nos seguintes grupos etários: crianças menores de 1 ano e crianças de 12-23 meses de idade. O número de crianças entre 12-23 meses foi estimado com base na população de crianças entre 1-5 anos supondo que a distribuição entre os grupos etários (1, 2, 3 e 4 anos completos) era homogênea. Os grupos constituíram domínios de estudo e, portanto, para cada um deles, foi sorteada amostra cujo tamanho atendeu aos requisitos de precisão estabelecidos.

O tamanho da amostra foi estimado para possibilitar análise dos indicadores em diferentes faixas etárias. Para crianças menores de 1 ano foi utilizada a prevalência de AME em

menores de 6 meses, com parâmetro de 40% entre 2-3 meses completos, segundo estudo local (BRECAILO et al., 2010), e erro amostral de 9%. Para crianças de 12-23 meses foi adotado um indicador qualquer (40%) para a faixa etária de 12-15 meses e erro amostral de 6%. As estimativas de tamanho da amostra foram obtidas aplicando a expressão algébrica de Lwanga e Lemeshow (1991) e, posteriormente, o ajuste de não resposta, o efeito de delineamento e acréscimo ao n final, em função da análise múltipla, conforme pode ser visto no Quadro 1.

O estudo adotou amostragem por conglomerados, com sorteio em dois estágios (SILVA, 1998). Considerando que as crianças não estavam distribuídas uniformemente nos vários postos de vacinação (conglomerados), foi aplicado o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio foram sorteados os postos de vacinação e no segundo estágio, de forma sistemática, foram sorteadas as crianças na fila de vacinação em cada posto, seguindo a fração de sorteio indicada pela coordenação da pesquisa.

Os sorteios na fila para os dois grupos etários (crianças < 1 ano e de 12-23 meses) foram separados, com diferentes frações de sorteio (“pulos na fila”), pois o n final de cada grupo foi diferente. Além disso, com sorteios independentes pôde-se identificar com maior precisão e menos perdas, as crianças dentro das faixas etárias desejadas. Guarapuava tinha 31 unidades de saúde e 14 postos volantes de vacinação subdivididos em 138 locais que participaram da Campanha Nacional de Vacinação Contra Pólio 2011 – 1ª etapa.

Grupo	Estimador	Parâmetro	Erro amostral	Nível de confiança	n da faixa	n estendido	<i>deff</i> 1,4	Não resposta (5%)	n final (análise múltipla)
< 1 ano	AME (2-3 meses)	40%	9%	95%	(2-3 meses)	(< 1 ano)	957,60	1.005,50	1.100
					114	684			
12-23 meses	Qualquer estimador (12-15 meses)	40%	6%	95%	(12-15 meses)	(12-23 meses)	1.075,20	1.129	1.200
					256	768			

AME=Aleitamento Materno Exclusivo, *deff*=sigla em inglês “*design effect*” - efeito do delineamento do estudo.

Quadro 1 - Cálculo da amostra do estudo

Os Quadros 2 e 3 mostram os postos de vacinação (postos fixos e volantes) do município sorteados para a pesquisa, bem como o número e as estimativas de crianças vacinadas no ano anterior (2011) para as faixas etárias de interesse e, ainda, a sistematização das entrevistas. Foram sorteados 32 postos de vacinação considerados como conglomerados, sendo que para cada posto sorteado foi estimada a fração de sorteio necessária para entrevistar aproximadamente 35 crianças menores de 1 ano e 38 crianças de 12-23 meses de idade. Como foi adotado o sorteio do tipo probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados, alguns postos de vacinação maiores foram sorteados duas vezes. Os postos volantes foram sorteados sem registro prévio de quantas crianças cada um vacinou no ano anterior. Dessa forma, os postos que tinham como meta entrevistar 70 crianças menores de 1 ano foram contados como dois postos diferentes e no caso dos postos volantes a cada 2 postos contou-se como 1.

Postos sorteados	Crianças < 1 ano vacinadas 2011	n amostra	pulo na fila	Estimativa crianças de 12-23 meses	n amostra	pulo na fila
CISGAP*	173	70	1 sim 1 não	119	76	todas
CIA Bonsucesso*	123	70	todas	114,25	76	todas
CIA Morro Alto*	119	70	todas	76,5	76	todas
CIA Primavera	104	35	1 sim 1 não	88,75	38	1 sim 1 não
CIA Santana*	134	70	1 sim 1 não	98,25	76	todas
CIA Santa Cruz	88	35	1 sim 1 não	81	38	1 sim 1 não
CIA Vila Bela	88	35	1 sim 1 não	70,5	76	todas
CIA Vila Carli*	193	70	1 sim 1 não	170	38	1 sim 3 não
ESF Colibri	57	35	todas	50	38	todas
ESF Planalto	100	35	1 sim 1 não	92,5	38	1 sim 2 não
CIA Entre Rios**	118	35	1 sim 2 não	115	38	1 sim 2 não
CIA Palmeirinha**	57	35	todas	58,25	38	todas
ESF Guarã**	67	35	1 sim 1 não	63,5	38	todas
ESF Dourados	46	35	todas	36	38	todas
ESF Tancredo Neves	37	35	todas	37,75	38	todas
ESF Campo Velho	59	35	todas	50,75	38	todas
ESF Concórdia	53	35	todas	47	38	todas
ESF Parque das Árvores	50	35	todas	45,5	38	todas
ESF Jardim das Américas	55	35	todas	35,5	38	todas
ESF Recanto Feliz	75	35	1 sim 1 não	50	38	todas

*Postos contados 2 vezes (CISGAP1 e CISGAP2, Bonsucesso1 e Bonsucesso2, Morro Alto1 e Morro Alto2, Santana1 e Santana2, Vila Carli1 e Vila Carli2). **Postos localizados na área rural do município.

Quadro 2 – Postos de vacinação fixos sorteados, número e estimativa de crianças vacinadas no ano anterior ao estudo e sistematização de entrevistas

Postos sorteados*	Meta de entrevistas < 1ano	Meta de entrevistas 12-23 meses
Superbaratão Saldanha	todas	todas
Banca Rua XV Novembro	todas	todas
Esc. Professor Amarílio	todas	todas
Superpão Hiper	todas	todas
Esc. Dalila H. Teixeira	todas	todas
Supermercado Dalpozzo	todas	todas
Esc. Dom Bosco	todas	todas
Esc. Dionísio K. Sampaio	todas	todas
São Vicente	todas	todas
Guaratú	todas	todas
Esc. Abílio F. Oliveira	todas	todas
Esc. Carlita G. Pupo	todas	todas
Esc. Hildegard Burjan	todas	todas
Superpão Extra	todas	todas

*Cada 2 postos conta-se 1.

Quadro 3 – Postos de vacinação volantes sorteados sem informação prévia de entrevistas realizadas no ano anterior ao estudo e sistematização de entrevistas

O número de crianças calculado para entrevistar em cada posto foi apenas uma estimativa. Os entrevistadores seguiram as regras do sorteio e obedeceram ao pulo desde o início até o final da campanha, sem se preocuparem com o número de entrevistas. Desse modo, o número de entrevistas obtidas não foi exatamente o número estimado, mas o importante é que a fração de sorteio foi respeitada. Dos 32 postos sorteados para o estudo, 3 localizavam-se na área rural do município.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada no período de 11 a 29 de junho de 2012 durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite. A campanha iniciou oficialmente no dia 16 de junho, um sábado, caracterizado como o dia “D”, mas os postos fixos de vacinação (unidades de saúde) iniciaram a vacinação na semana anterior ao dia “D” (11 a 15 de junho de 2012). A campanha finalizou no dia 06 de julho de 2012, no entanto, a coleta de dados foi encerrada em data anterior, pois mais de 80% das crianças menores de 1 ano e de 12-23 meses já haviam sido vacinadas no município.

Para a coleta dos dados nos postos de vacinação sorteados foram selecionados 118 estudantes voluntários dos cursos de Nutrição e Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) e do curso de Nutrição da Faculdade Campo Real. Os estudantes receberam treinamento prévio de 4 horas e um manual detalhado (APÊNDICE A), contendo instruções de seleção das crianças na fila de vacinação, explicação da pesquisa ao responsável pela criança e do correto preenchimento do questionário.

O treinamento foi realizado pela pesquisadora responsável nos dias 29 e 30 de maio e no dia 01 de junho de 2012, visando dividir os alunos em grupos menores para melhor aproveitamento das informações e instruções. A pesquisadora responsável participou do Curso de Capacitação para Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação, promovido pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo com carga horária de 8 horas.

Os estudantes foram alocados nos postos de vacinação, no dia “D”, de forma que em cada posto havia 3 estudantes no mínimo, sendo que 2 eram responsáveis por identificar e entrevistar os acompanhantes de crianças menores de 1 ano de idade e 1 responsável por identificar e entrevistar os acompanhantes de crianças de 12-23 meses de idade. Essa quantidade de estudantes em cada posto de vacinação foi repassada pela equipe do Instituto de Saúde de São Paulo para o sucesso do sorteio nos dois grupos etários. As entrevistas foram conduzidas antes da vacinação da criança.

No dia “D”, 7 nutricionistas, que também receberam treinamento, e a pesquisadora principal ficaram responsáveis pela coordenação de campo e por auxiliar os entrevistadores nos postos de vacinação. Cada coordenador de campo ficou responsável, em média, por 5 postos de vacinação. Nos demais dias da pesquisa, ou seja, antes e após o Dia “D” apenas 1 estudante estava presente em cada posto de vacinação para entrevistar os acompanhantes das crianças menores de 1 ano e de 12-23 meses de idade, pois nos dias que antecedem e sucedem o dia nacional de vacinação há menor número de crianças para serem vacinadas, não havendo necessidade de mais de um entrevistador por posto. Os postos volantes de vacinação só funcionaram no dia “D” da campanha.

4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de coleta de dados foi um questionário (APÊNDICE B) baseado e modificado a partir daquele aplicado em campanhas de vacinação do projeto AMAMUNIC do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (ANEXO A) e adotado pelo MS para realização da II PPAM/Capitais e DF em 2008 (BRASIL, 2009a). O questionário foi modificado para contemplar os indicadores propostos pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, 2010a) para avaliação das práticas alimentares de crianças menores de 2 anos e o consumo de alimentos não saudáveis segundo Passo 8 do documento “Dez passos para uma alimentação saudável Guia alimentar para menores de dois anos” (BRASIL, 2010a). As questões sobre alimentação foram baseadas em todos os prováveis alimentos que a criança ingeriu no dia anterior ao da entrevista (Recordatório de 24 horas), evitando assim o viés de memória (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991, 2008).

As questões acrescentadas ou modificadas no questionário foram as seguintes:

Questão 16 - “A criança mamou no peito alguma vez na vida?”, para possibilitar a construção do indicador de AM – crianças alguma vez amamentadas.

Questão 23 – “Qual leite?”, para investigar o tipo de leite não materno consumido pela criança, se o mesmo tinha ou não adição de ferro na formulação e possibilitar a construção do indicador de AC – consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados.

Questão 24 – “Quantas vezes tomou leite não materno?”, para possibilitar a construção dos seguintes indicadores de AC: frequência mínima de refeições, dieta mínima aceitável e frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas.

Questão 34 – “A comida tinha arroz, macarrão, batata, polenta ou mandioca?”, para verificar se houve consumo de alimentos do grupo dos grãos, raízes e tubérculos e possibilitar a construção do indicador de AC - diversidade mínima da dieta.

Questão 35 – “A comida tinha legumes (tomate, beterraba, chuchu ou abobrinha)?”, para verificar se houve consumo de alimentos do grupo denominado outras frutas ou vegetais e possibilitar a construção do indicador de AC - diversidade mínima da dieta.

Questão 36 - “A comida tinha verduras de folhas verde-escuras (agrião, almeirão, mostarda, espinafre, brócolis ou couve)?”, questão 37 - “Comeu cenoura, abóbora, batata doce ou batata salsa?” e questão 38 - “Comeu mamão, pêssego ou manga?”, para verificar se houve consumo de frutas ou vegetais ricos em vitamina A e possibilitar a construção do indicador de AC - diversidade mínima da dieta.

Questão 39 - “A criança comeu ovo?”, para verificar se houve consumo de alimentos do grupo dos ovos e possibilitar a construção do indicador de AC - diversidade mínima da dieta.

Questão 40 - “Comeu pão?”, para verificar se houve consumo de pão, alimento considerado do grupo dos grãos, raízes e tubérculos, e possibilitar a construção do indicador de AC - diversidade mínima da dieta.

Questão 41 - “Comeu biscoito salgado ou bolacha doce sem recheio?”, questão 42 - “Comeu bolacha doce recheada?”, questão 45 - “Tomou iogurte tipo “danoninho”?”, questão 48 - “Comeu salgadinho tipo “chips”?”, questão 49 - “Comeu doces (bala, chiclete, chocolate ou sorvete)?” e questão 50 - “Comeu algum alimento frito?”, para verificar o consumo de alimentos não saudáveis.

Questão 43 - “Comeu alguma comida que tinha farinha de trigo ou de milho?”, para verificar o consumo de alimentos fortificados com ferro e possibilitar a construção do indicador de AC - consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados.

Questão 44 - “Tomou iogurte natural, de fruta ou coalhada caseira?”, para verificar o consumo de alimentos do grupo do leite e derivados e possibilitar a construção dos indicadores de AC - diversidade mínima da dieta, frequência mínima de refeições, dieta mínima aceitável e frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas.

Questão 54 - “Quantas vezes a criança lanchou (pão, biscoito, bolacha, frutas, iogurte) desde ontem de manhã até hoje de manhã?”, para verificar o número de lanches realizados entre as refeições.

Questão 57 - “Fez uso de suplemento de ferro (sulfato ferroso)?”, para verificar a utilização do suplemento de ferro na faixa etária recomendada pelo MS.

Questão 58 – “Fez uso de multimistura?”, para verificar se houve consumo da farinha, a qual é amplamente distribuída nas unidades de saúde do município.

Questão 59 – “A criança consumiu algum outro alimento? Qual?”, para verificar se houve consumo de algum outro alimento não contemplado no questionário e posterior tabulação do mesmo no grupo alimentar correspondente, e, assim, possibilitar a construção do indicador de AC - diversidade mínima da dieta.

Questão 60 – “Recebe o leite do governo (Leite das Crianças)?”, para verificar as crianças que estavam inscritas no programa estadual “Leite das Crianças”.

As demais questões eram relativas à criança, à mãe e ao serviço de saúde. Quando o acompanhante era a mãe da criança, as questões 61 a 67 eram perguntadas, pois referiam-se aos dados maternos investigados. Os nomes da criança e da mãe foram preenchidos no momento da entrevista para identificação posterior, caso o questionário apresentasse algum dado faltante ou para checagem de consistência dos dados. Nesse estudo não foi investigada a renda da família, pois muitas pessoas não informam este dado corretamente e, também, por se tratar de pesquisa rápida em fila de vacinação os acompanhantes poderiam se sentir constrangidos em responder tal questionamento. A escolaridade materna neste estudo foi considerada como *proxy* da situação socioeconômica (VENANCIO et al., 2010; SALDIVA et al., 2011).

Foi realizado um estudo piloto pela pesquisadora responsável com 27 mães em um Centro de Atendimento Nutricional na cidade de Guarapuava no mês de maio de 2012 para verificar a adequação das perguntas e corrigir possíveis questões que pudessem comprometer o entendimento das mães e a análise dos dados.

4.6 INDICADORES DE AM

O AM foi avaliado neste estudo com base em 9 indicadores propostos pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, 2010a): Início precoce do AM, Crianças alguma vez amamentadas, AME em menores de 6 meses, AMP em menores de 6 meses, Continuidade do AM com 1 ano, Continuidade do AM com 2 anos, Duração do AM, AM em idade apropriada e Alimentação por mamadeira. O uso de chupeta também foi avaliado.

Início precoce do AM:

Definição: Proporção de crianças menores de 24 meses de idade que foram colocadas para mamar na primeira hora de vida.

$\frac{\text{Crianças de 0-23 meses que foram colocadas para mamar na primeira hora de vida}}{\text{Total de crianças 0-23 meses}}$

Esse indicador foi construído com base na questão 15 do questionário aplicado aos acompanhantes das crianças e foi desagregado para crianças de 0-11 meses e de 12-23 meses. É importante esclarecer que para o cálculo de todos os indicadores foram utilizados os intervalos de idade em meses completos, como por exemplo, crianças de 0-11 meses que completaram 11 meses, porém eram menores de 12 meses.

Crianças alguma vez amamentadas:

Definição: Proporção de crianças menores de 24 meses de idade que foram amamentadas alguma vez na vida.

$\frac{\text{Crianças de 0-23 meses que foram amamentadas alguma vez na vida}}{\text{Total de crianças 0-23 meses}}$
--

Assim como o indicador Início precoce do AM, esse indicador refere-se a um dado retrospectivo e depende da capacidade de recordação das mães ou acompanhantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Esse indicador foi construído com base na questão 16 do questionário aplicado aos acompanhantes das crianças e foi desagregado para crianças de 0-11 meses e de 12-23 meses.

AME em menores de 6 meses:

Definição: Proporção de crianças de 0-5 meses de idade que são alimentadas exclusivamente com LM.

$\frac{\text{Crianças de 0-5 meses que receberam somente LM nas últimas 24 horas}}{\text{Total de crianças de 0-5 meses}}$
--

Considera-se que a criança está em AME quando recebe somente LM sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos. Esse indicador superestima a prevalência do AME, porque algumas crianças que receberam outros líquidos de forma irregular podem não ter recebido no dia anterior ao da pesquisa. Entretanto, esse indicador representa a melhor opção para estimar o AME e é mais sensível para detectar mudanças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009).

Para a construção desse indicador foi considerada a questão 18 do questionário, ou seja, a criança estava em AME se a questão 18 era afirmativa e, obrigatoriamente, das questões 20 a 54 e 58 a 60 eram negativas, considerando a faixa etária de 0-5 meses. Para fins de comparabilidade com dois estudos realizados no município de Guarapuava os indicadores de AME e AMP também foram desagregados mês a mês (0-1 mês, 1-2, 2-3, 3-4, 4-5 e 5-6 meses incompletos).

Esse indicador foi desagregado para as seguintes faixas etárias: 0-1 mês, 2-3 meses, 4-5 meses e 0-3 meses. A faixa etária de 4-5 meses é uma aproximação da proporção de lactentes que são amamentados exclusivamente aos 6 meses de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

AMP em menores de 6 meses:

Definição: Proporção de crianças de 0-5 meses de idade que são predominantemente amamentadas.

<p>Crianças de 0-5 meses que receberam LM como fonte predominante de alimentação nas últimas 24 horas</p> <hr/> <p>Total de crianças de 0-5 meses</p>

A construção desse indicador é recomendada, pois em algumas populações a proporção de crianças em AME pode ser baixa. A função desse indicador é identificar lactentes predominantemente alimentados com LM, mas que também receberam outros líquidos (DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009). Considera-se que a criança está em AMP quando ela recebe além do LM, água ou bebidas à base de água, como sucos de fruta e chás. Também podem ser oferecidos soros de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Para a construção desse indicador foi levada em consideração a questão 18 do questionário, ou seja, a criança estava em AMP se a questão 18 foi afirmativa e, se algumas das questões 20, 21 ou 27 eram afirmativas. As demais questões do recordatório de 24 horas, exceto as questões 55, 56 e 57, deviam ser obrigatoriamente negativas, considerando a faixa etária de 0-5 meses. Esse indicador foi desagregado para as seguintes faixas etárias: 0-1 mês, 2-3 meses, 4-5 meses e 0-3 meses.

Continuidade do AM com 1 ano:

Definição: Proporção de crianças de 12-15 meses de idade que são alimentadas com LM.

<p><u>Crianças de 12-15 meses que receberam LM nas últimas 24 horas</u></p>

<p>Total de crianças de 12-15 meses</p>

Esse indicador reflete uma aproximação da faixa etária coberta. Devido ao intervalo de idade utilizado nesse indicador (12-15 meses) a proporção de crianças amamentadas com 1 ano de idade é subestimada (DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009).

Para a construção desse indicador foi levada em consideração a questão 18 do questionário, ou seja, a criança estava em AM se a questão 18 foi afirmativa, independentemente das demais questões, considerando a faixa etária de 12-15 meses.

Continuidade do AM com 2 anos:

Definição: Proporção de crianças de 20-23 meses de idade que são alimentadas com LM.

<p><u>Crianças de 20-23 meses que receberam LM nas últimas 24 horas</u></p>

<p>Total de crianças de 20-23 meses</p>

Assim como o indicador de continuidade do AM com 1 ano, esse indicador reflete uma aproximação da faixa etária coberta (DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009).

Para a construção desse indicador foi levada em consideração a questão 18 do questionário, ou seja, a criança estava em AM se a questão 18 foi afirmativa, independentemente das demais questões, considerando a faixa etária de 20-23 meses.

Duração do AM:

Definição: Duração mediana do AM entre crianças de 0-23 meses.

A OMS recomenda que o cálculo desse indicador deve ser feito com base na população de crianças de 0-35 meses onde a mediana do AM é próxima de 24 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No Brasil, a mediana do AM segundo a II PPAM/Capitais e DF foi de 11,2 meses e segundo a PNDS (2006) foi de 14 meses para o Brasil, 12,9 para a área urbana e 15,8 para a área rural (BRASIL, 2009a; SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Para o cálculo da duração do AM foi utilizada a medida de tendência central - mediana. A duração mediana do AM foi obtida pela análise de logito (BRASIL, 2009a), na qual foi estimada por modelagem estatística a probabilidade do evento em função da idade da criança em dias, levando-se em consideração o conjunto de crianças da amostra. Essa mesma modelagem foi empregada para o cálculo da duração mediana do AME e do AMP em crianças menores de 6 meses.

AM em idade apropriada:

Definição: Proporção de crianças de 0-23 meses de idade que são amamentadas de forma apropriada.

<u>Crianças de 0-5 meses que receberam somente LM nas últimas 24 horas</u>	
Total de crianças de 0-5 meses	
E	
Crianças de 6-23 meses que receberam LM e alimentos sólidos ou pastosos nas últimas 24 horas	
<hr/>	
Total de crianças de 6-23 meses	

Este indicador foi calculado a partir de duas frações: proporção de crianças amamentadas exclusivamente de 0-5 meses e proporção de crianças de 6-23 meses que receberam LM bem como alimentos sólidos ou pastosos.

A proporção de crianças amamentadas exclusivamente de 0-5 meses foi calculada da mesma forma que o indicador de AME em menores de 6 meses. Para o cálculo da proporção de crianças de 6-23 meses foi efetuada uma adaptação no indicador original, já que parte do mesmo

é construído com base na seguinte questão não aplicada neste estudo: “A criança comeu algum alimento sólido ou pastoso ontem durante o dia ou à noite?” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). Dessa forma, esse indicador foi construído com base nas questões 18, 26 e 28 do questionário, referentes ao consumo de LM e alimentos sólidos ou pastosos (fruta e comida de sal). Quando a resposta para as três questões foi afirmativa, considerou-se que a criança foi apropriadamente alimentada. Quando a resposta de uma das questões foi negativa, foi considerado que a criança não foi apropriadamente alimentada.

Esse indicador também foi construído segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, considerando, ainda, a consistência da dieta para crianças de 6-23 meses. No início da AC os alimentos devem ser bem cozidos e amassados com o garfo tendo uma consistência pastosa (papa/purê). A utilização da peneira e do liquidificador é contraindicada. A partir dos 8 meses a criança já pode receber gradativamente os alimentos da família desde que sem tempero, sem alimentos industrializados e com pouco sal e oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pequenos pedaços (BRASIL, 2010a).

<u>Crianças de 0-5 meses que receberam somente LM nas últimas 24 horas</u>	
Total de crianças de 0-5 meses	
E	
Crianças de 6-23 meses que receberam LM e alimentos sólidos ou pastosos na consistência adequada nas últimas 24 horas	
Total de crianças de 6-23 meses	

A proporção de crianças amamentadas exclusivamente de 0-5 meses foi calculada da mesma forma citada acima. Para o cálculo da proporção de crianças de 6-23 meses considerou-se as questões 18, 26, 28 e 31 do questionário. Quando a resposta para as três primeiras questões foi afirmativa e para a questão 31 “em pedaços”, “amassada” ou “em pedaços e amassada”, considerou-se que a criança foi apropriadamente alimentada. Quando a resposta de uma das questões foi negativa ou a alimentação foi passada pela peneira ou liquidificada ou ambas, foi considerado que a criança não foi apropriadamente alimentada.

Alimentação por mamadeira:

Definição: Proporção de crianças de 0-23 meses de idade que são alimentadas com mamadeira.

<p><u>Crianças de 0-23 meses que eram alimentadas com mamadeira nas últimas 24 horas</u></p>
--

<p>Total de crianças de 0-23 meses</p>
--

Para a construção desse indicador foi levada em consideração a questão 55 do questionário. Quando a resposta foi afirmativa, foi considerado que a criança foi alimentada com mamadeira. Esse indicador foi desagregado nas seguintes faixas etárias: 0-5 meses, 6-11 meses e 12-23 meses. O uso de chupeta foi avaliado com base na questão 56 do questionário e desagregada segundo as mesmas faixas etárias do indicador alimentação por mamadeira. Quando a resposta foi afirmativa, foi considerado que a criança usou chupeta.

Para fins de comparação dos resultados do presente estudo com aqueles apresentados na PNDS (2006), foi estimada a prevalência do uso da mamadeira e da chupeta para crianças amamentadas e não amamentadas e, ainda, o uso da mamadeira e da chupeta por crianças menores de 12 meses para comparação com os resultados da II PPAM/Capitais e DF (SEGALL-CORRÊA; MARÍN-LEÓN, 2008; BRASIL, 2009a).

Foram utilizados os parâmetros da OMS para avaliar a situação do município de Guarapuava em relação ao início precoce do AM, AME em menores de 6 meses, duração do AM e alimentação por mamadeira (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

4.7 INDICADORES DE AC

A AC foi avaliada neste estudo com base em 6 indicadores da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, 2010a): Introdução de alimentos sólidos ou pastosos, Diversidade mínima da dieta, Frequência mínima de refeições, Dieta mínima aceitável, Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados e Frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas. Além da construção dos indicadores com base nas recomendações da OMS, os mesmos indicadores foram construídos segundo o referencial do documento intitulado “Dez passos para uma alimentação saudável Guia alimentar para menores de dois anos” (BRASIL, 2010a). A seguir, são apresentados os indicadores de AC, sua definição, as questões envolvidas na montagem de cada um dos indicadores segundo a recomendação da OMS e dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, respectivamente.

Introdução de alimentos sólidos ou pastosos:

Definição: Proporção de crianças de 6-8 meses de idade que recebem alimentos sólidos ou pastosos.

<p><u>Crianças de 6-8 meses que receberam alimentos sólidos ou pastosos nas últimas 24 horas</u></p> <p>Total de crianças de 6-8 meses</p>
--

Para a construção desse indicador foi realizada uma adaptação no indicador original, já que o mesmo é construído com base na seguinte questão: “A criança comeu algum alimento sólido ou pastoso ontem durante o dia ou à noite?” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). Dessa forma, esse indicador foi construído com base nas questões 26 e 28 do questionário, considerando a faixa etária de 6-8 meses. Quando a resposta para as duas questões foi afirmativa, considerou-se que a criança recebeu alimentos sólidos ou pastosos. Quando a resposta de uma das questões foi negativa, foi considerado que a criança não recebeu esses alimentos.

Segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, esse indicador foi construído considerando, ainda, a consistência da dieta para crianças de 6-8 meses de idade, a qual deve ser na forma de papa/purê no início da AC e a partir dos 8 meses a criança já pode receber os alimentos preparados para a família, com pequenas modificações, e oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pequenos pedaços (BRASIL, 2010a).

<p>Crianças de 6-8 meses que receberam alimentos sólidos ou pastosos na consistência adequada nas últimas 24 horas</p> <hr/> <p>Total de crianças de 6-8 meses</p>
--

Além das questões 26 e 28, considerou-se a questão 31. Quando as respostas foram afirmativas para as questões 26 e 28 e “em pedaços”, “amassada” ou “em pedaços e amassada” para a questão 31, considerou-se que a criança recebeu alimentos sólidos ou pastosos na consistência adequada. Também foi avaliado o consumo de fruta e de comida de sal separadamente para as crianças amamentadas e não amamentadas.

Foi utilizado o parâmetro da OMS para avaliar a situação do município de Guarapuava em relação a esse indicador (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Diversidade mínima da dieta:

Definição: Proporção de crianças de 6-23 meses de idade que recebem alimentos de 4 ou mais grupos alimentares.

$\frac{\text{Crianças de 6-23 meses que receberam alimentos de 4 ou mais grupos alimentares nas últimas 24 horas}}{\text{Total de crianças de 6-23 meses de idade}}$
--

Esse indicador foi construído com base nas questões referentes aos grupos alimentares presentes na alimentação das crianças, considerando a faixa etária de 6-23 meses.

Grupo 1 - Grãos, raízes e tubérculos

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: mingau (questão 25), arroz, macarrão, batata, polenta ou mandioca (questão 34) e pão (questão 40).

Grupo 2 – Leguminosas

O alimento que compôs esse grupo foi o feijão (questão 32).

Grupo 3 - Leite e derivados

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: leite não materno (questão 22), iogurte natural, de fruta ou coalhada caseira (questão 44) e iogurte tipo “danoninho” (questão 45).

Grupo 4 – Carnes

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: carnes de boi, frango, porco, peixe ou miúdos (questão 33).

Grupo 5 – Ovos

O alimento que compôs esse grupo foi o ovo (questão 39).

Grupo 6 - Frutas e verduras ricas em vitamina A

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: verduras de folhas verde-escuras – agrião, almeirão, mostarda, espinafre, brócolis ou couve (questão 36), cenoura, abóbora, batata doce ou batata salsa (questão 37) e mamão, pêssego ou manga (questão 38).

Grupo 7 - Outras frutas e vegetais

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: fruta (questão 26) e legumes – tomate, beterraba, chuchu ou abobrinha (questão 35).

Para o cálculo do indicador foi criada uma variável denominada escore dos 7 grupos alimentares e para cada grupo alimentar foi adicionado um ponto quando houve o consumo de qualquer alimento considerado no grupo alimentar. O consumo de qualquer quantidade de alimento de cada grupo alimentar é suficiente para considerar que houve consumo de determinado grupo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Foi considerado que houve adequação do indicador quando a criança tinha consumido pelo menos um alimento de 4 ou mais grupos alimentares.

Segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, esse indicador foi construído considerando 6 grupos alimentares (BRASIL, 2010a).

Crianças de 6-23 meses que receberam alimentos de 6 grupos alimentares nas últimas 24 horas

Total de crianças de 6-23 meses

Grupo 1 - Grãos, raízes e tubérculos

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: arroz, macarrão, batata, polenta ou mandioca (questão 34).

Grupo 2 – Leguminosas

O alimento que compôs esse grupo foi o feijão (questão 32).

Grupo 3 - Leite e derivados

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: LM (questão 18), leite não materno (questão 22) e iogurte natural, de fruta ou coalhada caseira (questão 44).

Grupo 4 – Carnes, miúdos e ovos

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: carnes de boi, frango, porco, peixe ou miúdos (questão 33) e ovo (questão 39).

Grupo 5 - Frutas

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: fruta (questão 26) e mamão, pêssgo ou manga (questão 38).

Grupo 6 – Verduras e legumes

Os alimentos que compuseram esse grupo foram os seguintes: legumes – tomate, beterraba, chuchu ou abobrinha (questão 35), verduras de folhas verde-escuras – agrião, almeirão, mostarda, espinafre, brócolis ou couve (questão 36) e cenoura, abóbora, batata doce ou batata salsa (questão 37).

Para o cálculo do indicador foi criada uma variável denominada score dos 6 grupos alimentares e para cada grupo alimentar foi adicionado um ponto quando houve o consumo de qualquer alimento considerado no grupo alimentar. Foi considerado que houve adequação do indicador quando a criança tinha consumido pelo menos um alimento de cada um dos 6 grupos alimentares. Além das questões referentes aos alimentos dos grupos alimentares, também foi considerada a questão 59 do questionário. Quando a resposta foi afirmativa foi verificado qual alimento a criança consumiu e o mesmo foi computado no grupo alimentar correspondente.

Esse indicador foi desagregado para as seguintes faixas etárias: 6-11 meses, 12-17 meses e 18-23 meses e segundo o estado de amamentação das crianças (amamentadas e não amamentadas).

Frequência mínima de refeições:

Definição: Proporção de crianças amamentadas e não amamentadas de 6-23 meses que recebem alimentos sólidos ou pastosos (incluindo refeições lácteas para crianças não amamentadas) o número mínimo de vezes ou mais.

<p>Crianças amamentadas de 6-23 meses que receberam alimentos sólidos ou pastosos o número mínimo de vezes ou mais nas últimas 24 horas</p> <hr/> <p>Total de crianças amamentadas de 6-23 meses</p>
E
<p>Crianças não amamentadas de 6-23 meses que receberam alimentos sólidos ou pastosos ou refeições lácteas o número mínimo de vezes ou mais nas últimas 24 horas</p> <hr/> <p>Total de crianças não amamentadas de 6-23 meses</p>

A frequência mínima de refeições definida é de 2 vezes para crianças de 6-8 meses amamentadas; 3 vezes para crianças de 9-23 meses amamentadas e 4 vezes para crianças de 6-23 meses não amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Para o cálculo do número de refeições não é feita distinção entre refeições e lanches, ambos são considerados, já que as crianças podem receber proporção energética substancial dos lanches e porque pode ser difícil para algumas populações distinguir lanches de refeições (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). Esse indicador é utilizado como *proxy* da ingestão energética, sem levar em consideração o consumo de LM (DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009).

O indicador foi calculado para crianças amamentadas e não amamentadas separadamente e, após foi calculado um indicador geral para verificar a proporção de crianças que atingiu a frequência mínima de refeições.

A separação das crianças em amamentadas e não amamentadas se deu com base na questão 18. Para a construção do indicador para crianças amamentadas foram consideradas as questões 29 e 54. O número de refeições de sal e de lanches foi utilizado para o cálculo do número de refeições que a criança realizou, considerando a faixa etária de 6-8 meses e de 9-23 meses, pois o número mínimo de vezes para essas faixas etárias difere. Para a construção do indicador para crianças não-amamentadas foram consideradas as questões 24, 29 e 54. O número de refeições lácteas (leite não materno), de sal e lanches foi utilizado para o cálculo do número de refeições que a criança realizou, considerando a faixa etária de 6-23 meses.

Segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, esse indicador foi construído considerando o número de refeições de sal e a consistência da dieta para crianças de 6-23 meses de idade, sem considerar o número de lanches realizados.

Crianças amamentadas de 6-23 meses que receberam alimentos sólidos ou pastosos o número mínimo de vezes ou mais na consistência adequada nas últimas 24 horas
Total de crianças amamentadas de 6-23 meses
E
Crianças não amamentadas de 6-23 meses que receberam alimentos sólidos ou pastosos na consistência adequada ou refeições lácteas o número mínimo de vezes ou mais nas últimas 24 horas
Total de crianças não amamentadas de 6-23 meses

Para a construção do indicador para crianças amamentadas foram consideradas as questões 29 e 31, segundo a faixa etária das crianças (6-8 e 9-23 meses). Para a construção do indicador para crianças não-amamentadas foram consideradas as questões 24, 29, 31 e 44. O número de refeições lácteas (leite não materno e iogurte), de sal e a consistência da dieta foi considerado, segundo a faixa etária de 6-23 meses. A consistência foi adequada quando as respostas foram “em pedaços”, “amassada” ou “em pedaços e amassada”.

Esse indicador foi desagregado para as seguintes faixas etárias: 6-11 meses, 12-17 meses e 18-23 meses e apresentado segundo o estado de amamentação das crianças (amamentadas e não amamentadas).

Dieta mínima aceitável:

Definição: Proporção de crianças de 6-23 meses de idade que recebem dieta mínima aceitável.

Trata-se de um indicador composto que avalia tanto a diversidade mínima da dieta quanto a frequência mínima de refeições, sendo calculado para duas frações, crianças amamentadas e não amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Para crianças amamentadas: proporção de crianças amamentadas de 6-23 meses que consomem alimentos de 4 ou mais grupos alimentares (diversidade mínima da dieta) e recebem alimentos sólidos ou pastosos o número mínimo de vezes ou mais (frequência mínima de refeições).

Para crianças não amamentadas: proporção de crianças não amamentadas de 6-23 meses que recebem ao menos 2 refeições lácteas, consomem alimentos de 4 ou mais grupos alimentares (diversidade mínima da dieta) não incluindo alimentos do grupo do leite e derivados

e recebem alimentos sólidos ou pastosos ou lácteos o número mínimo de vezes ou mais (frequência mínima de refeições).

Crianças amamentadas de 6-23 meses que apresentaram adequação da diversidade mínima da dieta e da frequência mínima de refeições nas últimas 24 horas
<hr/> Total de crianças amamentadas de 6-23 meses
E
Crianças não amamentadas de 6-23 meses que receberam pelo menos 2 refeições lácteas e apresentaram adequação da diversidade mínima da dieta não incluindo refeições lácteas e da frequência mínima de refeições nas últimas 24 horas
<hr/> Total de crianças não amamentadas de 6-23 meses

O indicador foi calculado para crianças amamentadas e não amamentadas separadamente e, após foi calculado um indicador geral para verificar a proporção de crianças que atingiu a dieta mínima aceitável.

A separação das crianças em amamentadas e não amamentadas se deu com base na questão 18. Para crianças amamentadas a construção do indicador se baseou no cálculo adotado para o indicador diversidade mínima da dieta, considerando os 7 grupos alimentares, e no cálculo do indicador frequência mínima de refeições para crianças amamentadas, considerando o número de refeições de acordo com as faixas etárias (6-8 meses e 9-23 meses).

Para crianças não amamentadas a construção do indicador se baseou no cálculo adotado para o indicador diversidade mínima da dieta, porém excluindo o grupo do leite e derivados (questões 22, 44 e 45), e no cálculo do indicador frequência mínima de refeições para crianças não amamentadas. Para verificar o consumo de refeições lácteas foram consideradas as questões 24, 44 e 45.

A exclusão do grupo do leite e derivados para o cálculo desse indicador se faz necessária por se tratar de um indicador multidimensional e porque os alimentos lácteos são considerados como um elemento separado e necessário para crianças não amamentadas. Ela evita a contagem dupla deste grupo alimentar e permite o uso deste indicador em comparações entre populações com diferentes taxas de continuidade do AM (DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009).

Segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, esse indicador foi construído considerando 6 grupos alimentares, frequência mínima de refeições e, ainda, a consistência da dieta para crianças de 6-23 meses de idade.

Para crianças amamentadas a construção do indicador se baseou no cálculo adotado para o indicador diversidade mínima da dieta, considerando os 6 grupos alimentares, e no cálculo do indicador frequência mínima de refeições para crianças amamentadas, considerando o número de refeições de acordo com as faixas etárias (6-8 meses e 9-23 meses) e, ainda, a consistência da alimentação (em pedaços, amassada ou em pedaços e amassada).

Para crianças não amamentadas a construção do indicador se baseou no cálculo adotado para o indicador diversidade mínima da dieta, considerando os 6 grupos alimentares, porém excluindo o grupo do leite e derivados (questões 22 e 44) e no cálculo do indicador frequência mínima de refeições para crianças não amamentadas considerando a consistência da alimentação. Para verificar o consumo de refeições lácteas foram consideradas as questões 24 e 44.

Esse indicador foi desagregado para as seguintes faixas etárias: 6-11 meses, 12-17 meses e 18-23 meses.

Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados:

Definição: Proporção de crianças de 6-23 meses de idade que recebe alimento rico em ferro, comercialmente fortificado com ferro ou fortificado em casa.

$\frac{\text{Crianças de 6-23 meses que receberam alimento rico em ferro, comercialmente fortificado com ferro ou fortificado em casa nas últimas 24 horas}}{\text{Total de crianças de 6-23 meses}}$

Esse indicador avalia um aspecto crítico da adequação nutricional da dieta. O consumo de qualquer quantidade de alimento das categorias (alimento rico em ferro, comercialmente fortificado com ferro ou fortificado em casa) é suficiente para considerar que houve consumo, sendo que não existe uma quantidade mínima estabelecida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Com base nas recomendações da OMS foram consideradas as questões 23, 32, 33 e 43 para a construção desse indicador. Quando a resposta para pelo menos uma das questões foi afirmativa, considerou-se que a criança consumiu alimentos ricos em ferro ou fortificados.

É recomendado que esse indicador seja desagregado para a proporção de crianças que recebeu somente alimento rico em ferro, em especial as carnes, e para a proporção de crianças que consumiu alimento comercialmente fortificado com ferro com ou sem alimento rico em ferro (DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). Para avaliar se a criança consumiu alimento rico em ferro considerou-se o consumo de carne (questão 33) e para avaliar se a criança consumiu alimento comercialmente fortificado com ferro foram consideradas as questões 23 e 43. Na questão 23 foi considerado o tipo e a marca de leite não materno consumido pela criança para verificar se o leite tinha ferro acrescido na formulação. Foi considerado que a criança consumiu alimento fortificado com o mineral quando uma das questões (23 ou 43) era afirmativa. Como o feijão (questão 32) é um alimento fonte de ferro não heme e que faz parte da dieta da população brasileira, inclusive das crianças, também foi considerado o seu consumo para a construção do indicador.

No Brasil, existe desde 2005, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro que prevê a suplementação universal de sulfato ferroso isolado de forma profilática para crianças na faixa etária de 6-24 meses de idade. Esse programa integra as ações de prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro no âmbito do SUS conjuntamente com a fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó, a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a promoção da alimentação adequada e saudável para aumento do consumo de alimentos fontes de ferro (BRASIL, 2013b).

Cabe destacar que não era comum em nosso meio a suplementação com vitaminas e minerais em pó das preparações oferecidas à criança, sendo que a mesma foi incorporada às ações de prevenção e controle de anemia no país a partir dos resultados de um estudo multicêntrico denominado “Estudo Nacional de Fortificação da Alimentação Complementar” conduzido em quatro cidades brasileiras (Goiânia, Olinda, Porto Alegre e Rio Branco), de junho de 2012 a julho de 2013, o qual mostrou a eficácia do uso de sachês com 15 micronutrientes nas preparações oferecidas às crianças menores de 1 ano (SILVA, 2014).

Segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, foram consideradas as questões 32 e 33 referentes aos alimentos que contém ferro. Não foram

consideradas as questões 23 e 43 para o cálculo do indicador, pois o ferro acrescido aos produtos comerciais foi considerado um adicional de ferro à alimentação das crianças.

Esse indicador foi desagregado para as seguintes faixas etárias: 6-11 meses, 12-17 meses e 18-23 meses. Foi investigado, ainda, o uso de suplemento de ferro (questão 57) entre as crianças menores de 2 anos de idade e entre aquelas de 6-18 meses, faixa etária considerada anteriormente pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro para uso do medicamento de forma profilática (BRASIL, 2005).

Frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas:

Definição: Proporção de crianças não amamentadas de 6-23 meses de idade que recebe ao menos 2 refeições lácteas.

Crianças não amamentadas de 6-23 meses que receberam pelo menos 2 refeições lácteas nas últimas 24 horas
Total de crianças não amamentadas de 6-23 meses

A criança foi considerada como não amamentada quando a questão 18 foi negativa. Para construção do indicador foram consideradas as questões 24, 44 e 45. Quando a resposta na questão 24 foi “1 vez” e nas questões 44 ou 45 a resposta foi afirmativa, considerou-se que a criança consumiu ao menos 2 preparações lácteas. Quando a resposta na questão 24 foi “2 vezes” ou mais foi considerado que a criança consumiu ao menos 2 preparações lácteas independentemente das questões 44 e 45.

Segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, foram consideradas as questões 24 e 44. Quando a resposta na questão 24 foi “1 vez” e na questão 44 a resposta foi afirmativa, considerou-se que a criança consumiu ao menos 2 preparações lácteas. Quando a resposta na questão 24 foi “2 vezes” ou mais foi considerado que a criança consumiu ao menos 2 preparações lácteas independentemente da questão 44.

Esse indicador foi desagregado nas seguintes faixas etárias: 6-11 meses, 12-17 meses e 18- 23 meses.

4.8 CONSUMO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS

O consumo de alimentos não saudáveis foi avaliado com base no Passo 8 do documento “Dez passos para uma alimentação saudável” (BRASIL, 2010a). Foram selecionados 11 alimentos para compor a lista de alimentos não saudáveis, a saber: bolachas sem recheio, bolachas recheadas, queijinhos tipo *petit suisse*, refrigerantes, sucos industrializados, salgadinhos de pacote, guloseimas (bala, chiclete, chocolate ou sorvete), alimentos fritos, café, alimentos adoçados com açúcar e mel. As questões que avaliaram o consumo desses alimentos foram 41 a 42, 45 a 53.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Após a conferência manual dos questionários e a codificação das questões, os dados foram duplamente digitados no programa *Epi Info* versão 3.5.3 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA) e foi utilizado o recurso de comparação dos dados (*Data Compare*) para verificação da consistência do banco de dados. Para a elaboração dos indicadores de AM e AC, avaliação do consumo de alimentos não saudáveis e dos fatores associados à inadequação da dieta mínima aceitável foram consideradas somente as questões que haviam sido respondidas pelos acompanhantes das crianças. Respostas do tipo “Não sabe” ou que não estavam respondidas foram consideradas como dados faltantes (*missing*) e não fizeram parte das análises.

As estimativas dos indicadores de alimentação são apresentadas por pontos e Intervalos de Confiança (IC) de 95%. Considerou-se que houve diferenças estatisticamente significativas entre os indicadores segundo faixas etárias analisadas (0-5, 6-11, 12-17 e 18-23 meses) e estado de amamentação (crianças amamentadas e não amamentadas) quando não houve sobreposição dos IC 95%.

Para a identificação dos fatores associados à inadequação da dieta mínima aceitável foram construídos modelos de regressão de Poisson, obtendo-se Razões de Prevalências (RP) em modelos bivariados e múltiplo, estimadas por pontos e IC 95%. Optou-se por esse modelo estatístico, pois a prevalência do desfecho é considerada alta (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008; BARROS; HIRAKATA, 2003). A variável dependente deste estudo foi o indicador dieta mínima aceitável (adequada ou inadequada) segundo as recomendações dos

“Dez passos para uma alimentação saudável” para crianças de 6-23 meses de idade. As variáveis independentes foram sexo da criança (feminino ou masculino), peso ao nascer ($<2500\text{g}$ ou $\geq 2500\text{g}$), tipo de parto (vaginal ou cesárea), idade da mãe (≤ 19 ou >20 anos), escolaridade materna (<8 ou ≥ 8 anos de estudo), paridade (primípara ou múltipara), trabalho materno (trabalha ou não trabalha fora), residir com o pai da criança (sim ou não), serviço de saúde onde a criança consulta (rede pública ou privada/convênio) e área de residência (urbana ou rural). A idade da criança em dias foi considerada como variável de controle.

Modelos bivariados foram construídos contendo cada uma das variáveis independentes e a variável dependente. As variáveis para as quais se obtiveram valores $p \leq 0,20$ (teste de Wald) foram selecionadas para o modelo múltiplo. Para elaboração do modelo final foi utilizado o procedimento *stepwise forward*, permanecendo no modelo as variáveis que apresentaram $p < 0,05$.

Todas as estimativas foram calculadas levando-se em consideração o efeito do desenho (módulo *survey*) e pesos amostrais segundo os domínios de faixas etárias quando as estimativas englobavam crianças de ambos os grupos etários (<1 ano e 12-23 meses) (KISH, 1965). A análise dos dados foi processada no programa *Stata* versão 11.1 (StataCorp, College Station, Texas, EUA). A análise de logito foi processada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, EUA).

Para a análise dos dados, os postos de vacinação que tinham como meta entrevistar 70 crianças menores de 1 ano de idade foram contados como 2 postos distintos e a cada 2 postos volantes contou-se 1 posto.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (ANEXO B), seguindo diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Foi solicitada dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de um estudo observacional que não envolvia riscos de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural e em face da estratégia adotada no estudo, de aplicação de

questionário rápido na fila de vacinação. Os acompanhantes das crianças menores de 2 anos foram informados sobre a pesquisa e, a seguir, foi solicitado o consentimento verbal para aplicação do questionário. Os entrevistadores foram orientados a ler o seguinte texto de apresentação da pesquisa, visando à padronização das informações necessárias ao esclarecimento das mães/acompanhantes e à solicitação do consentimento verbal (BRASIL, 2009a):

"Essa pesquisa tem como objetivo conhecer a alimentação de crianças menores de 2 anos. Sua participação não é obrigatória, seu nome e de sua criança não serão divulgados. Em qualquer momento o(a) Sr.(a) poderá interromper a entrevista. Vamos fazer algumas perguntas e anotar informações da Caderneta de Saúde da Criança. A entrevista dura no máximo 10 minutos e não vai atrasar a vacinação da criança. O(A) Sr.(a) concorda em participar da pesquisa?"

Todas as mães/acompanhantes receberam filipetas contendo os dados para contato com o coordenador da pesquisa (APÊNDICE C). Com esses procedimentos, foi possível agilizar a realização das entrevistas, sem prejuízo do andamento das atividades rotineiras da campanha de vacinação. Ressalta-se que esse procedimento foi adotado na II PPAM/Capitais e DF (BRASIL, 2009a), tendo aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, bem como vem acontecendo nas pesquisas sobre alimentação infantil em campanhas de vacinação do estado de São Paulo, coordenadas pela equipe de pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de São Paulo no Projeto AMAMUNIC.

As mães que no momento da entrevista ou ao final tinham dúvidas acerca da alimentação do filho receberam uma folha com o contato do Ambulatório de Nutrição do Campus CEDETEG da UNICENTRO para posterior agendamento de consulta gratuita (APÊNDICE C), pois no momento da entrevista ficava inviável orientar as mães, devido ao número de entrevistas a ser realizado, bem como poderia ser um viés da pesquisa, pois se a mãe soubesse o que era mais adequado para o seu filho poderia comprometer as respostas do questionário.

5 RESULTADOS

Foram coletados dados de 1.848 crianças, porém 18 (0,97%) crianças foram excluídas por não residirem no município de Guarapuava. O número de recusas foi de 149 (8,06%) e foram excluídos 16 (0,87%) questionários por inconsistência na idade da criança ou falta de informações sobre a data de nascimento. Para análise dos resultados foram considerados os dados de 1.814 crianças. Os dados faltantes, com respostas do tipo “Não sabe” ou “Não respondeu”, variaram de 0,17% a 8,60%.

Na Tabela 1 pode-se observar o número de questionários preenchidos em cada posto de vacinação sorteado para a pesquisa. Das 1.814 entrevistas conduzidas durante a campanha de vacinação, 1.282 (70,67%) foram realizadas no dia “D”, 352 (19,40%) na semana anterior ao dia “D” e 180 (9,93%) nas semanas seguintes ao dia “D”.

Tabela 1 - Número de questionários preenchidos em cada posto de vacinação sorteado para a pesquisa em Guarapuava - Paraná, 2012

Postos sorteados	n amostra crianças <1 ano	Questionários preenchidos	n amostra crianças 12-23 meses	Questionários preenchidos	Recusas
CISGAP	70	57	76	51	7
CIA Bonsucesso	70	58	76	55	29
CIA Morro Alto	70	62	76	69	5
CIA Primavera	35	32	38	36	5
CIA Santana	70	38	76	40	4
CIA Santa Cruz	35	50	38	48	5
CIA Vila Bela	35	47	76	48	7
CIA Vila Carli	70	40	38	26	13
ESF Colibri	35	53	38	26	5
ESF Planalto	35	40	38	26	4
CIA/ESF Entre Rios	35	28	38	22	4
CIA Palmeirinha	35	49	38	32	12
ESF Guará	35	20	38	25	1
ESF Dourados	35	24	38	26	2
ESF Tancredo Neves	35	31	38	20	6
ESF Campo Velho	35	44	38	25	0
ESF Concórdia	35	49	38	48	6
ESF Parque das Árvores	35	34	38	31	3
ESF Jardim das Américas	35	34	38	40	3
ESF Recanto Feliz	35	23	38	59	6
Superbaratão Saldanha		11		12	3
Banca Rua XV Novembro		9		10	2
Esc. Professor Amarílio		6		8	0
Superpão Hiper		12		12	0

continua

Tabela 1 - Número de questionários preenchidos em cada posto de vacinação sorteado para a pesquisa em Guarapuava - Paraná, 2012
conclusão

Postos sorteados	n amostra crianças <1 ano	Questionários preenchidos	n amostra crianças 12-23 meses	Questionários preenchidos	Recusas
Esc. Dalila H. Teixeira		11		12	0
Supermercado Dalpozzo		16		13	2
Esc. Dom Bosco		12		14	5
Esc. Dionísio K. Sampaio		4		3	2
São Vicente		6		11	0
Guaratú		11		9	0
Esc. Abílio F. Oliveira		10		10	4
Esc. Carlita G. Pupo		24		13	4
Esc. Hildegard Burjan		1		0	0
Superpão Extra		8		14	0

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Das 1.814 crianças que fizeram parte do estudo, 935 eram menores de 1 ano e 879 tinham entre 12-23 meses, 51,65% eram do sexo feminino, 51,38% nasceram de parto vaginal, 89,69% apresentaram peso ao nascer adequado e 65,44% frequentavam a rede pública de saúde. Do total de crianças, 81,81% estavam acompanhadas de suas mães no momento da entrevista. As demais crianças estavam acompanhadas dos pais, avós, tios, babás ou irmãos mais velhos. Das mães que acompanhavam seus filhos, 42,61% eram primíparas, 68,14% tinham mais de 20 anos, 59,31% oito anos ou mais de estudo e 60,70% não trabalhavam fora, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mães e crianças menores de 2 anos participantes do estudo em Guarapuava – Paraná, 2012

Características sociodemográficas	n	%
Idade da criança (meses)		
<12	935	51,54
≥12	879	48,46
Sexo da criança		
Feminino	937	51,65
Masculino	877	48,35

continua

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mães e crianças menores de 2 anos participantes do estudo em Guarapuava – Paraná, 2012

Características sociodemográficas	n	%
Local de nascimento		
Hospital	1.789	98,62
Domicílio	4	0,22
Não informado	21	1,16
Tipo de parto		
Vaginal	932	51,38
Cesárea	876	48,29
Não informado	6	0,33
Peso ao nascer (gramas)		
≥2500	1.627	89,69
<2500	157	8,66
Não informado	30	1,65
Serviço de saúde que frequenta		
Rede pública	1.187	65,44
Rede privada/Convênio	595	32,80
Não informado	32	1,76
Primeiro filho		
Sim	773	42,61
Não	756	41,68
Não informado	285	15,71
Idade da mãe (anos)		
≤19	291	16,04
>20	1.236	68,14
Não informado	287	15,82
Escolaridade da mãe (anos de estudo)		
<8	454	25,03
≥8	1.076	59,31
Não informado	284	15,66
Trabalho da mãe		
Não trabalha fora	1.101	60,70
Trabalha fora	428	23,59
Não informado	285	15,71
Reside com o pai da criança		
Sim	1.309	72,16
Não	220	12,13
Não informado	285	15,71

continuação

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mães e crianças menores de 2 anos participantes do estudo em Guarapuava – Paraná, 2012
conclusão

Características sociodemográficas	n	%
Área de residência		
Urbana	1.641	90,46
Rural	173	9,54

Os indicadores de AM, AC e alimentos não saudáveis são reportados para o conjunto das crianças e também segundo as faixas etárias recomendadas pela OMS. Das 1.814 crianças, 459 (25,30%) eram menores de 6 meses, 476 (26,24%) tinham entre 6-11 meses, 490 (27,01%) entre 12-17 meses e 389 (21,44%) entre 18-23 meses.

5.2 INDICADORES DE AM

As proporções de adequação dos indicadores de AM estão apresentadas resumidamente na Tabela 3.

Tabela 3 – Proporção de adequação e IC 95% dos indicadores de AM de crianças residentes em Guarapuava – Paraná, 2012

Indicadores de AM	Proporção de adequação (%)*	IC 95%
Início precoce do AM	79,29	(76,25-82,03)
Crianças alguma vez amamentadas	96,00	(94,64-97,03)
AME em menores de 6 meses	36,02	(30,69-41,72)
AMP em menores de 6 meses	47,95	(42,12-53,84)
Continuidade do AM com 1 ano	35,80	(29,97-42,07)
Continuidade do AM com 2 anos	21,09	(16,19-27,00)
Duração do AM (dias)	351,62	(330,27-372,98)
AM em idade apropriada**	26,74	(23,85-29,84)
Alimentação por mamadeira	78,30	(75,83-80,57)

*Exceto para o indicador duração do AM, para o qual se considerou a idade em dias quando 50% das crianças receberam LM. **Com base nas recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”.

Início precoce do AM

Foi verificado que 79,29% das crianças menores de 2 anos foram colocadas para mamar na primeira hora de vida. Ao desagregar esse indicador por faixa etária verificou-se que 77,05% (IC 73,03-80,63) das crianças menores de 12 meses e 79,95% (IC 76,70-82,85) das crianças de

12-23 meses foram colocadas para mamar na primeira hora de vida. Não se observou diferença na prevalência desse indicador entre as faixas etárias analisadas.

Crianças alguma vez amamentadas

A prevalência de crianças alguma vez amamentadas foi de 96%. Ao desagregar esse indicador por faixa etária verificou-se que 97,53% (IC 96,34-98,34) das crianças menores de 12 meses e 95,55% (IC 93,77-96,84) das crianças de 12-23 meses mamaram alguma vez na vida. Não se observou diferença na prevalência desse indicador entre as faixas etárias analisadas.

AME em menores de 6 meses

A prevalência de AME em menores de 6 meses foi de 36,02%. A prevalência de AME do presente estudo e de outros dois estudos locais segundo faixa etária das crianças mês a mês é mostrada na Tabela 4.

Tabela 4 – Prevalência de AME e AMP comparando os resultados do presente estudo com dois estudos locais, segundo faixa etária das crianças menores de 6 meses, em Guarapuava – Paraná

Faixa etária (meses)*	% AME e IC 95%	% AME¹	% AME²	% AMP e IC 95%	% AMP²
0 – 1	66,67 (52,39-78,43)	97,42	62,90	75,00 (61,36-85,00)	21,40
1 – 2	48,68 (35,44-62,12)	74,88	51,80	61,33 (48,70-72,60)	30,40
2 – 3	29,73 (22,09-38,70)	56,81	45,10	50,00 (41,13-58,87)	11,30
3 – 4	39,24 (29,77-49,59)	43,90	29,10	51,28 (42,11-60,37)	16,50
4 – 5	22,97 (16,04-31,77)	31,22	21,10	33,78 (24,80-44,11)	15,80
5 – 6	10,67 (4,64-22,67)	19,95	16,40	17,81 (9,61-30,64)	21,30

*Os intervalos dos meses analisados referem-se ao menor mês completo e ao maior mês incompleto.

¹(BRECAILO, 2007) ²(GOMES, 2005)

Ao desagregar esse indicador por faixa etária, conforme recomendação da OMS, observou-se que 57,24% (IC 46,06-67,73) das crianças de 0-1 mês, 34,64% (IC 28,39-41,47) das crianças de 2-3 meses e 16,78% (IC 11,11-24,54) das crianças de 4-5 meses estavam em AME, respectivamente. Pôde-se notar diferenças entre as prevalências desse indicador entre as faixas etárias analisadas, evidenciando que as crianças menores apresentaram maior prevalência de AME que as crianças maiores. Das crianças de 0-3 meses, 45,64% (IC 39,26-52,17) estavam

em AME. A mediana de AME foi de 48,20 dias (IC 28,22-62,58), totalizando 1,61 meses. A probabilidade de AME em menores de 6 meses é mostrada no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Probabilidade de AME e AMP em crianças menores de 6 meses em Guarapuava - Paraná, 2012

AMP em menores de 6 meses

A prevalência de AMP em menores de 6 meses foi de 47,95%. A prevalência de AMP do presente estudo e de um estudo local segundo faixa etária das crianças mês a mês é mostrada na Tabela 4. Ao desagregar esse indicador por faixa etária, conforme recomendação da OMS, observou-se que 67,83% (IC 57,65-76,56) das crianças de 0-1 mês, 50,67% (IC 43,35-57,95) das crianças de 2-3 meses e 25,85% (IC 18,30-35,18) das crianças de 4-5 meses estavam em AMP, respectivamente.

Das crianças de 0-3 meses, 59,04% (IC 52,58-65,22) estavam em AMP. Pôde-se notar diferenças entre as prevalências desse indicador entre as faixas etárias de 0-3 meses e de 4-5

meses. Não foram observadas diferenças nas prevalências segundo a desagregação de faixas etárias desse indicador como ocorreu com a prevalência do AME.

A mediana de AMP foi de 85,16 dias (IC 70,56-99,12), totalizando 2,84 meses. A probabilidade de AMP em menores de 6 meses é mostrada no Gráfico 1. Das crianças menores de 6 meses, 27,35% (IC 22,78-32,46) consumiram chá, 26,81% (IC 22,28-31,89) consumiram água e 5,52% (IC 3,70-8,15) suco de fruta natural.

Continuidade do AM com 1 ano

A prevalência de AM com 1 ano de idade foi de 35,80% na faixa etária de 12-15 meses. Ao analisar esse indicador considerando a faixa etária de 9-12 meses, adotada na II PPAM/Capitais e DF (BRASIL, 2009a), observou-se prevalência de 49,22% (IC 42,40-56,07).

Continuidade do AM com 2 anos

A prevalência de AM com 2 anos de idade foi de 21,09% na faixa etária de 20-23 meses.

Duração do AM

A duração mediana do AM foi de 351,62 dias (11,72 meses). Observa-se no Gráfico 2 que a probabilidade de AM foi alta nos primeiros dias de vida (85,18%), porém ao final do segundo ano de vida esse percentual decaiu para 13,10%.

Gráfico 2 - Probabilidade de AM em crianças menores de 2 anos em Guarapuava - Paraná, 2012

AM em idade apropriada

A proporção de adequação do AM em idade apropriada foi de 27,94% (IC 25,05-31,03) e 26,74%, considerando a proposta da OMS e dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, respectivamente. Esse indicador considera o conjunto das crianças menores de 2 anos de idade. Entre as crianças de 0-5 meses, 36,02% estavam em AME e somente 26,94% (IC 23,82-30,32) das crianças de 6-23 meses consumiram LM e alimentos sólidos ou pastosos. O consumo de comida de sal foi de 98,28% (IC 97,29-98,92), de fruta foi de 84,22% (IC 81,99-86,22) e de LM foi de 33,46% (IC 29,43-37,74) na faixa de 6-23 meses. A baixa adequação do indicador pareceu sofrer influência tanto da baixa prevalência de AME em menores de 6 meses como do baixo consumo de LM por crianças de 6-23 meses, uma vez que o consumo de comida de sal e de fruta foi alto.

Alimentação por mamadeira e uso de chupeta

A proporção de crianças de 0-23 meses que foram alimentadas com mamadeira foi de 78,30%. Ao desagregar esse indicador por faixa etária observou-se que 51,54% (IC 44,46-

58,55) das crianças de 0-5 meses, 74,26% (IC 69,23-78,72) das crianças de 6-11 meses e 82,76% (IC 80,17-85,08) das crianças de 12-23 meses eram alimentadas com mamadeira, respectivamente. Notam-se diferenças nas proporções de alimentação por mamadeira segundo as faixas etárias consideradas, sendo que houve um aumento da proporção do uso da mamadeira com o aumento da idade da criança.

O percentual de crianças de 0-23 meses amamentadas que foram alimentadas com mamadeira foi de 50,13% (IC 46,07-54,20). Entre as crianças não amamentadas esse percentual foi mais elevado, chegando a 96,28% (IC 95,03-97,23). A prevalência do uso da mamadeira por crianças menores de 12 meses foi de 63,12% (IC 59,14-66,93).

Verificou-se que a proporção do uso de chupeta foi de 45,64% (IC 42,14-49,19) para as crianças de 0-23 meses. Ao desagregar esse indicador por faixa etária observou-se que 50,99% (IC 45,17-56,78) das crianças de 0-5 meses, 48,84% (IC 43,95-53,75) das crianças de 6-11 meses e 44,39% (IC 40,17-48,70) das crianças de 12-23 meses faziam uso de chupeta. Não foram observadas diferenças nas proporções do uso de chupeta entre as faixas etárias analisadas. O percentual do uso de chupeta por crianças de 0-23 meses amamentadas foi de 23,85% (IC 20,46-27,61) e entre as crianças não amamentadas esse percentual foi mais elevado, chegando a 59,71% (IC 56,13-63,18). A prevalência do uso de chupeta para crianças menores de 12 meses foi de 49,89% (IC 46,30-53,48).

No Quadro 4 está apresentada a posição do município de Guarapuava em relação a classificação da OMS para alguns indicadores de AM. O município apresentou classificação boa somente para a prevalência da amamentação na primeira hora de vida, para os demais indicadores a situação foi ruim ou muito ruim.

Indicadores	Classificação da OMS	Posição do município
Início precoce do AM Muito ruim Ruim Bom Muito bom	0-29% 30-49% 50-89% 90-100%	79,29%
AME em menores de 6 meses Muito ruim Ruim Bom Muito bom	0-11% 12-49% 50-89% 90-100%	36,02%
Duração do AM Muito ruim Ruim Bom Muito bom	0-17 meses 18-20 meses 21-22 meses 23-24 meses ou mais	11,72 meses
Alimentação por mamadeira Muito ruim Ruim Bom Muito bom	30-100% 5-29% 3-4% 0-2%	78,30%

Quadro 4 – Interpretação dos indicadores de AM, segundo parâmetros da OMS, em Guarapuava – Paraná, 2012

5.3 INDICADORES DE AC

A proporção de adequação dos indicadores de AC propostos pela OMS e pelos “Dez passos para uma alimentação saudável” estão apresentados nas Tabelas 5 e 6, respectivamente. Na Tabela 7 está apresentada a proporção de adequação dos indicadores de AC - diversidade mínima da dieta e frequência mínima de refeições propostos pela OMS e pelos “Dez passos para uma alimentação saudável” segundo o estado de amamentação das crianças.

Tabela 5 - Proporção de adequação e IC 95% dos indicadores de AC propostos pela OMS, desagregados por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012

Indicadores	Proporção de adequação* (%) e IC 95%	Proporção de adequação (%) e IC 95% (6-11 meses)	Proporção de adequação (%) e IC 95% (12-17 meses)	Proporção de adequação (%) e IC 95% (18-23 meses)
I.	77,17 (71,54-81,97)	NA	NA	NA
II.	96,79 (94,92-97,99)	92,86 (89,44-95,23)	96,73 (94,38-98,12)	98,20 (95,22-99,34)
III.	98,96 (98,34-99,35)	98,11 (96,35-99,03)	99,59 (98,30-99,90)	98,45 (96,63-99,29)
IV.	90,12 (87,35-92,33)	85,05 (80,47-88,71)	90,20 (86,66-92,88)	91,73 (87,81-94,47)
V.	85,22 (83,23-87,00)	69,32 (63,09-74,91)	83,58 (80,58-86,19)	92,57 (89,21-94,95)
VI.	98,17 (97,04-98,88)	99,54 (96,83-99,93)	98,73 (96,71-99,51)	97,32 (95,13-98,53)

I. Introdução de alimentos sólidos ou pastosos (6-8 meses), II. Diversidade mínima da dieta, III. Frequência mínima de refeições, IV. Dieta mínima aceitável, V. Consumo de alimentos ricos em ferro (carnes), VI. Frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas.

*considerando a faixa etária de 6-23 meses, exceto para o indicador I.

IC 95%: intervalo de confiança, NA: não se aplica.

Tabela 6 - Proporção de adequação e IC 95% dos indicadores de AC segundo os “Dez passos para uma alimentação saudável”, desagregados por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012

Indicadores	Proporção de adequação* (%) e IC 95%	Proporção de adequação (%) e IC 95% (6-11 meses)	Proporção de adequação (%) e IC 95% (12-17 meses)	Proporção de adequação (%) e IC 95% (18-23 meses)
I.	64,98 (57,77-71,56)	NA	NA	NA
II.	58,47 (55,38-61,49)	45,87 (40,61-51,22)	57,11 (52,87-61,25)	64,31 (58,89-69,38)
III.	75,08 (72,19-77,76)	66,45 (62,46-70,21)	70,21 (66,32-73,83)	84,14 (79,59-87,83)
IV.	45,45 (41,82-49,13)	31,97 (27,61-36,67)	41,05 (36,33-45,94)	55,46 (49,37-61,40)
V.	96,92 (95,73-97,79)	91,81 (88,12-94,43)	96,65 (94,44-97,99)	98,95 (97,32-99,59)
VI.	97,73 (96,45-98,55)	99,54 (96,83-99,93)	98,09 (95,90-99,12)	96,98 (94,32-98,42)

I. Introdução de alimentos sólidos ou pastosos (6-8 meses), II. Diversidade mínima da dieta, III. Frequência mínima de refeições, IV. Dieta mínima aceitável, V. Consumo de alimentos ricos em ferro (carnes e feijão), VI. Frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas.

*considerando a faixa etária de 6-23 meses, exceto para o indicador I.

IC 95%: intervalo de confiança, NA: não se aplica.

Tabela 7 - Proporção de adequação e IC 95% dos indicadores de AC para crianças de 6-23 meses, segundo estado de amamentação, em Guarapuava - Paraná, 2012

Indicadores	Crianças amamentadas		Crianças não amamentadas	
	Proporção de adequação (%) e IC 95%		Proporção de adequação (%) e IC 95%	
	OMS	Guia	OMS	Guia
II.	94,56 (91,11-96,72)	56,44 (51,05-61,69)	97,91 (96,36-98,81)	59,59 (56,37-62,74)
III.	97,27 (95,52-98,35)	35,92 (31,85-40,20)	99,81 (98,97-99,96)	95,02 (93,28-96,32)

II. Diversidade mínima da dieta, III. Frequência mínima de refeições.

IC 95%: intervalo de confiança, OMS=Organização Mundial da Saúde, Guia=“Dez passos para uma alimentação saudável Guia alimentar para menores de dois anos”.

Introdução de alimentos sólidos ou pastosos

A proporção de adequação da introdução de alimentos sólidos ou pastosos de acordo com a recomendação da OMS foi de 77,17% e com base nos Dez Passos foi de 64,98% (Tabelas 5 e 6). O consumo de fruta na faixa etária considerada (6-8 meses) foi de 79,45% (IC 73,68-84,23) e o consumo de comida de sal foi de 95,43% (IC 92,32-97,32). Para as crianças amamentadas o consumo de fruta foi de 77,44% (IC 70,35-83,24) e o consumo de comida de sal foi de 95,49% (IC 90,23-97,98) e para crianças não amamentadas o consumo de fruta foi de 82,56% (IC 73,46-89,00) e o consumo de comida de sal de 95,35% (IC 88,72-98,16), não havendo diferenças no consumo segundo o estado de amamentação das crianças.

A situação do município de Guarapuava em relação a esse indicador segundo os parâmetros da OMS pode ser considerada ruim (60-79%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Diversidade mínima da dieta

A proporção de adequação da diversidade mínima da dieta para crianças de 6-23 meses de acordo com a recomendação da OMS foi de 96,79%. Ao desagregar o indicador segundo a faixa etária das crianças não foram observadas diferenças na proporção de adequação (Tabela 5). A proporção de adequação com base nos Dez Passos foi de 58,47% para crianças de 6-23 meses e, ao desagregar o indicador segundo a faixa etária das crianças, verificou-se que a faixa de 6-11 meses apresentou proporção de adequação inferior às demais faixas etárias (Tabela 6). Ao desagregar o indicador segundo o estado de amamentação das crianças, não foram observadas diferenças nas proporções de adequação do indicador em ambas as propostas (Tabela 7).

No Gráfico 3 pode-se observar a proporção de consumo dos grupos alimentares considerados na proposta da OMS.

Gráfico 3 - Proporção de consumo dos grupos alimentares segundo a proposta da OMS, por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012

Na Tabela 8 verificam-se as diferenças nas proporções de consumo de alguns grupos alimentares de acordo com a faixa etária das crianças. Nota-se que o consumo de alimentos do grupo dos grãos, raízes e tubérculos foi superior a 98% em todas as faixas etárias. O consumo de alimentos do grupo do leite e derivados foi superior a 85% em todas as faixas etárias, porém notou-se menor proporção de consumo na faixa de 6-11 meses, comparada as demais (12-17 e 18-23 meses). O consumo de carnes foi superior a 80% nas faixas etárias de 12-17 e de 18-23 meses, porém somente 69,32% das crianças de 6-11 meses consumiram carnes, com diferenças nas proporções de consumo desse alimento entre as faixas etárias consideradas. O consumo de ovo foi baixo e as crianças de 6-11 meses tiveram menor proporção de consumo quando comparadas as de 12-17 e 18-23 meses. O consumo de alimentos do grupo das frutas e verduras ricas em vitamina A e do grupo das outras frutas e vegetais foi superior a 70% e 85%, respectivamente, não se observando diferenças nas proporções de consumo entre as faixas etárias.

Tabela 8 - Proporção de consumo e IC 95% dos grupos alimentares segundo proposta da OMS, por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012

Grupos alimentares	Proporção de consumo (%) e IC 95%		
	6-11 meses	12-17 meses	18-23 meses
Grãos, raízes e tubérculos	98,92 (97,50-99,54)	99,59 (98,35-99,90)	99,74 (98,06-99,97)
Leguminosas	77,18 (72,70-81,12)	87,50 (83,85-90,42)	90,48 (86,79-93,22)
Leite e derivados	86,26 (81,98-89,65)	94,88 (92,64-96,46)	95,62 (92,73-97,39)
Carnes	69,32 (63,09-74,91)	83,58 (80,58-86,19)	92,57 (89,21-94,95)
Ovos	10,15 (7,48-13,62)	18,09 (14,63-22,14)	26,58 (21,69-32,12)
Frutas e verduras ricas em vitamina A	80,31 (75,54-84,34)	78,48 (74,66-81,86)	73,87 (68,62-78,51)
Outras frutas e vegetais	88,26 (84,31-91,32)	91,12 (88,20-93,37)	93,46 (89,73-95,89)

IC 95%: intervalo de confiança.

A proporção de consumo dos grupos alimentares considerados na proposta dos Dez Passos pode ser vista no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Proporção de consumo dos grupos alimentares segundo a proposta dos "Dez passos para uma alimentação saudável", por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012

Na Tabela 9 verificam-se diferenças nas proporções de consumo de alguns grupos alimentares de acordo com a faixa etária das crianças. Nota-se que o consumo de alimentos do grupo dos grãos, raízes e tubérculos, leguminosas, leite e derivados, frutas, verduras e legumes foi elevado com quase 80% de consumo em todas as faixas etárias consideradas. Apesar do elevado consumo do grupo das leguminosas, foi observado que as crianças da faixa de 6-11 meses apresentaram menor proporção de consumo de feijão quando comparadas as das demais faixas etárias nas duas propostas. O consumo de alimentos do grupo das carnes, miúdos e ovos foi superior a 80% nas faixas etárias de 12-17 e de 18-23 meses, porém na faixa de 6-11 meses o consumo foi menor (72,31%), com diferenças nas proporções de consumo desses alimentos entre as faixas etárias consideradas.

Tabela 9 - Proporção de consumo e IC 95% dos grupos alimentares segundo proposta dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, por faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012

Grupos alimentares	Proporção de consumo (%) e IC 95%		
	6-11 meses	12-17 meses	18-23 meses
Grãos, raízes e tubérculos	95,35 (92,77-97,04)	97,68 (96,12-98,63)	97,38 (95,25-98,56)
Leguminosas	77,18 (72,70-81,12)	87,50 (83,85-90,42)	90,48 (86,79-93,22)
Leite e derivados	99,16 (97,84-99,67)	99,39 (98,15-99,80)	97,42 (95,44-98,56)
Carnes, miúdos e ovos	72,31 (65,96-77,87)	84,42 (81,10-87,25)	94,18 (91,39-96,10)
Frutas	78,98 (74,97-82,50)	84,55 (80,97-87,56)	85,60 (82,21-88,44)
Verduras e legumes	83,08 (77,78-87,32)	83,30 (79,57-86,46)	82,54 (78,01-86,30)

IC 95%: intervalo de confiança.

Frequência mínima de refeições

A proporção de adequação da frequência mínima de refeições para crianças de 6-23 meses de acordo com a recomendação da OMS foi de 98,96%. Ao desagregar o indicador segundo a faixa etária das crianças não foram observadas diferenças nas proporções de adequação entre as faixas etárias (Tabela 5). A proporção de adequação com base nos Dez Passos foi de 75,08% para crianças de 6-23 meses e, ao desagregar o indicador segundo a faixa etária das crianças, foram observadas diferenças nas proporções de adequação entre as faixas etárias de 6-11 e 12-17 meses quando comparadas a faixa etária de 18-23 meses (Tabela 6). Ao

desagregar o indicador segundo o estado de amamentação das crianças, observou-se que, em ambas as propostas, as crianças amamentadas apresentaram adequação inferior do indicador quando comparadas as não amamentadas, com situação menos favorável na proposta dos Dez Passos (Tabela 7).

O número de lanches feito pelas crianças de 6-23 meses nos intervalos das refeições foi elevado, mais de 90% das crianças realizaram 2 ou mais lanches ao dia.

Dieta mínima aceitável

A proporção de adequação da dieta mínima aceitável para crianças de 6-23 meses de acordo com a recomendação da OMS foi de 90,12%. Ao desagregar o indicador segundo a faixa etária das crianças não foram observadas diferenças nas proporções de adequação entre as faixas etárias (Tabela 5). A proporção de adequação com base nos Dez Passos foi de 45,45% para crianças de 6-23 meses e, ao desagregar o indicador segundo a faixa etária das crianças, foram observadas diferenças nas proporções de adequação entre as faixas etárias de 6-11 e 12-17 meses quando comparadas a faixa etária de 18-23 meses (Tabela 6).

Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados

A proporção de adequação do consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados (carnes, feijão, farinhas de trigo ou milho ou de leite artificial acrescido de ferro) para crianças de 6-23 meses de acordo com a recomendação da OMS foi de 99,94% IC (99,77-99,99). Quando o consumo foi avaliado apenas com base no consumo de alimentos ricos em ferro, especialmente as carnes, a proporção de adequação para crianças de 6-23 meses foi de 85,22%. Ao desagregar o consumo de carnes segundo a faixa etária das crianças, foram observadas diferenças nas proporções de consumo do alimento entre as faixas etárias, evidenciando melhora da proporção do indicador com o avançar da idade da criança (Tabela 5). Considerando a proporção de consumo com base nos alimentos comercialmente fortificados com ferro (farinhas de trigo ou milho ou de leite artificial acrescido de ferro), observou-se elevada adequação do indicador com 94,66% (IC 92,25-96,35) entre as crianças de 6-23 meses. Ao desagregar o consumo com base somente nos alimentos comercialmente fortificados com ferro entre as faixas etárias não foram observadas diferenças nas proporções de consumo e as proporções estiveram acima de 90% (dados não apresentados).

A proporção de adequação com base nos Dez Passos considerando o consumo de alimentos ricos em ferro (carnes e feijão) foi elevada (96,92%) para crianças de 6-23 meses e, ao desagregar o indicador segundo a faixa etária das crianças, verificou-se que a faixa de 6-11 meses, apesar da elevada adequação, apresentou proporção de adequação inferior às demais faixas etárias (Tabela 6). O uso de suplemento de ferro entre as crianças menores de 2 anos foi de 26,80% (IC 22,97-31,02). Na faixa etária de 6-18 meses o percentual de uso foi de 29,28% (IC 24,93-34,06).

Frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas

A proporção de adequação da frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas de 6-23 meses foi de 98,17% e 97,73% de acordo com a recomendação da OMS e com base nos Dez Passos, respectivamente. Ao desagregar os indicadores segundo a faixa etária das crianças não foram observadas diferenças nas proporções de adequação (Tabelas 5 e 6).

5.4 CONSUMO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS

Com relação ao consumo de alimentos não saudáveis foi verificado que 67,74% (IC 64,90-70,45) das crianças consumiram bolachas sem recheio, 62,76% (IC 58,75-66,60) alimentos adoçados com açúcar ou adoçante, 47,80% (IC 44,34-51,28) guloseimas (bala, chiclete, chocolate ou sorvete), 38,42% (IC 35,66-41,26) sucos industrializados, 37,73% (IC 34,37-41,21) queijinhos do tipo *petit suisse*, 33,10% (IC 29,72-36,66) café, 27,73% (IC 24,75-30,93) salgadinhos, 26,07% (IC 23,63-28,66) bolachas recheadas, 21,85% (IC 19,42-24,50) alimentos fritos, 20,11% (IC 17,85-22,57) refrigerantes e 4,76% (IC 3,53-6,39) mel.

As crianças do estudo eram expostas a vários alimentos não saudáveis precocemente e a probabilidade de consumo apresentou tendência de aumento com o aumento da idade da criança para a maioria dos alimentos (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Probabilidade de consumo de alimentos não saudáveis em crianças menores de 2 anos em Guarapuava - Paraná, 2012

O Gráfico 6 mostra a proporção de consumo desses alimentos segundo a faixa etária das crianças e na Tabela 10 pode-se verificar as diferenças nas proporções de consumo da maioria dos alimentos não saudáveis de acordo com a faixa etária das crianças.

Gráfico 6 - Proporção de consumo de alimentos não saudáveis, segundo faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012

Foram observadas diferenças nas proporções de consumo de guloseimas, café, alimentos fritos e refrigerantes entre todas as faixas etárias, com aumento da proporção em função da idade da criança. Também foram verificadas diferenças nas proporções de consumo de sucos industrializados, salgadinhos e bolachas recheadas entre crianças menores de 6 meses, de 6-11 e de 12-17 meses. Ao considerar o consumo de alimentos adoçados foram observadas diferenças nas proporções de consumo entre crianças menores de 6 meses e as das demais faixas etárias (6-11, 12-17 e 18-23 meses), bem como diferenças nas proporções de consumo entre crianças de 6-11 e 18-23 meses. Ao considerar o consumo de bolachas sem recheio e queijinhos do tipo *petit suisse* foram identificadas diferenças nas proporções de consumo entre crianças menores de 6 meses e as das demais faixas etárias (6-11, 12-17 e 18-23 meses). O mel foi o único alimento que não apresentou diferenças nas proporções de consumo segundo as faixas etárias consideradas.

Tabela 10 - Proporção de consumo e IC 95% de alimentos não saudáveis, segundo faixa etária, em Guarapuava - Paraná, 2012

Alimentos	Proporção de consumo (%) e IC 95%			
	< 6 meses	6-11 meses	12-17 meses	18-23 meses
Bolachas sem recheio	9,17 (6,92-12,07)	72,03 (67,47-76,18)	76,40 (72,60-79,82)	74,74 (69,77-79,13)
Alimentos adoçados	15,54 (11,23-21,10)	58,39 (52,89-63,68)	66,25 (60,96-71,17)	75,46 (69,06-80,90)
Guloseimas	2,62 (1,38-4,92)	26,48 (21,44-32,23)	48,05 (42,38-53,77)	69,61 (63,28-75,28)
Sucos industrializados	1,31 (0,61-2,79)	28,45 (24,22-33,10)	41,86 (36,82-47,07)	49,74 (44,80-54,68)
Café	1,97 (1,09-3,52)	22,25 (17,43-27,95)	34,16 (28,82-39,94)	45,91 (41,09-50,80)
Queijinhos tipo <i>petit suisse</i>	4,59 (3,05-6,84)	36,89 (31,51-42,61)	40,82 (35,88-45,97)	45,05 (40,21-49,99)
Salgadinhos	0,22 (0,00-1,63)	13,95 (10,23-18,75)	30,93 (25,96-36,38)	37,50 (33,00-42,22)
Bolachas recheadas	1,31 (0,63-2,69)	18,34 (14,89-22,37)	29,07 (25,31-33,15)	33,07 (27,98-38,60)
Alimentos fritos	0,44 (0,11-1,76)	11,65 (8,83-15,22)	22,02 (18,06-26,56)	32,28 (27,37-37,63)
Refrigerantes	0,22 (0,00-1,66)	8,03 (5,78-11,06)	18,56 (15,39-22,20)	32,73 (27,46-38,47)
Mel	1,98 (0,97-3,99)	4,69 (2,87-7,58)	4,96 (3,23-7,53)	5,44 (3,09-9,40)

IC 95%: intervalo de confiança.

5.5 FATORES ASSOCIADOS À DIETA MÍNIMA ACEITÁVEL DE CRIANÇAS DE 6-23 MESES

A dieta mínima aceitável esteve inadequada para 54,55% (IC 50,87-58,18) das crianças de 6-23 meses de idade na proposta dos Dez Passos. Na análise bivariada (Tabela 11) observou-se associação significativa entre a inadequação da dieta mínima aceitável e a baixa escolaridade materna (RP 1,24; IC 1,11-1,40), o fato da mãe ser adolescente (RP 1,20; IC 1,05-1,38), não trabalhar fora da residência (RP 0,85; IC 0,75-0,97), consultar na rede pública (RP 0,88; IC 0,78-0,98), a criança ser do sexo feminino (RP 0,88; IC 0,77-1,01) e residir na área rural do município (RP 1,16; IC 0,98-1,37).

Tabela 11 – Modelos bivariados considerando a dieta mínima aceitável, segundo proposta dos Dez Passos, e variáveis independentes em Guarapuava - Paraná, 2012

Variável	RP bruta	IC 95%	p valor
Sexo da criança			
Feminino	1,00		
Masculino	0,88	(0,77-1,01)	0,066*
Peso ao nascer (gramas)			
≥2500	1,00		
<2500	0,99	(0,79-1,24)	0,907
Tipo de parto			
Vaginal	1,00		
Cesárea	0,95	(0,85-1,07)	0,414
Idade da mãe (anos)			
>20	1,00		
≤19	1,20	(1,05-1,38)	0,010*
Escolaridade da mãe (anos)			
≥8	1,00		
<8	1,24	(1,11-1,40)	0,001*
Paridade			
Múltipara	1,00		
Primípara	0,96	(0,86-1,08)	0,492
Trabalho da mãe			
Não trabalha fora	1,00		
Trabalha fora	0,85	(0,75-0,97)	0,016*

continua

Tabela 11 – Modelos bivariados considerando a dieta mínima aceitável, segundo proposta dos Dez Passos, e variáveis independentes em Guarapuava - Paraná, 2012

conclusão			
Variável	RP bruta	IC 95%	p valor
Reside com pai da criança			
Não	1,00		
Sim	1,03	(0,89-1,19)	0,668
Serviço de saúde que frequenta			
Rede pública	1,00		
Rede privada/Convênio	0,88	(0,78-0,98)	0,022*
Área de residência			
Urbana	1,00		
Rural	1,16	(0,98-1,37)	0,080*

RP= Razão de prevalência, IC 95%: intervalo de confiança.

*Variáveis selecionadas para o modelo múltiplo.

Os fatores independentes associados à inadequação da dieta mínima aceitável em crianças de 6-23 meses de idade foram a baixa escolaridade materna (RP 1,26; IC 1,12-1,42) e o fato da criança ser do sexo feminino (RP 0,87; IC 0,77-0,99), após controlado o efeito da idade da criança em dias (Tabela 12).

Tabela 12 – Fatores associados à inadequação da dieta mínima aceitável em crianças de 6-23 meses em Guarapuava - Paraná, 2012

Variável	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Escolaridade da mãe (anos)		
≥8	1,00	1,00
<8	1,24 (1,11-1,40)	1,26 (1,12-1,42)
Sexo da criança		
Feminino	1,00	1,00
Masculino	0,88 (0,77-1,01)	0,87 (0,77-0,99)

Variáveis controladas para idade da criança em dias.

RP= Razão de prevalência, IC 95%: intervalo de confiança.

6 DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou a análise das práticas alimentares em uma amostra de crianças menores de 2 anos de idade, dos indicadores de AM e de AC, comparando indicadores propostos pela OMS e aqueles construídos a partir das recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”. Propôs-se, ainda, a avaliação do consumo de alimentos não saudáveis, pois embora os indicadores da OMS não incorporem esses alimentos, as pesquisas apontam que seu consumo é precoce no Brasil (BRASIL, 2009a; CAETANO et al., 2010; GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011; SALDIVA et al., 2014).

Com relação ao desenho da pesquisa, ressalta-se que a realização de inquéritos em campanhas de vacinação tem sido utilizada como estratégia para obtenção de informações de populações em curto período de tempo e com baixo custo (VENANCIO et al., 2002; VENANCIO; MONTEIRO, 2006; SANTOS et al., 2008). A validade externa da pesquisa pode ser avaliada pela alta cobertura da Campanha de Vacinação contra Poliomielite 2012 em Guarapuava que atingiu 99,04% (100% para crianças menores de 1 ano e 87,71% para crianças de 12-23 meses) (ANEXO C) (BRASIL, 2012d) e pelo perfil semelhante da amostra estudada com os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) 2010 para o município (BRASIL, 2014j). Das crianças estudadas 51,65% eram do sexo feminino, 98,62% nasceram em hospitais, 51,38% de parto vaginal e 89,69% com peso adequado versus 50,05%, 99,27%, 51,48% e 91,57% da população de referência, respectivamente. No tocante aos dados maternos, 68,14% das mães tinham mais de 20 anos e 59,31% oito ou mais anos de estudo versus 77,89% e 57,02%, respectivamente (BRASIL, 2014j). O estudo avaliou o consumo de alimentos nas últimas 24 horas que antecederam a pesquisa, o que evita o viés de memória e possibilita traçar um perfil da alimentação das crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991, 2008).

Uma limitação do estudo consiste no fato de que a alimentação foi avaliada por meio de perguntas fechadas do tipo sim/não, não sendo investigada a quantidade de alimentos consumidos pelas crianças. Porém, tendo em vista a realização do inquérito na campanha de vacinação, recomendações são feitas no sentido de utilizar um questionário de rápida aplicação, para não ocorrer interferência na rotina da campanha. Ainda assim, as informações coletadas foram suficientes para a obtenção dos indicadores de AM e de AC propostos pela OMS e para a construção daqueles baseados nos “Dez passos para uma alimentação saudável”.

A prevalência de crianças menores de 2 anos amamentadas na primeira hora de vida foi de 79,29% e de 77,05% para as crianças menores de 12 meses. De acordo com a II PPAM/Capitais e DF, 67,70% das crianças menores de 12 meses mamaram na primeira hora de vida, sendo que esse percentual foi de 71,80% para a região Sul e 71,20% para a cidade de Curitiba (BRASIL, 2009a). A situação da cidade de Guarapuava foi superior aos resultados da amostra nacional e se assemelhou aos dados da região Sul, sendo considerada boa segundo os parâmetros da OMS para esse indicador (50-89%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Dados da PNDS (2006) mostraram que a proporção de crianças menores de 5 anos amamentadas na primeira hora de vida foi de 42,90% para o Brasil e de 34,90% para a região Sul (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Esses valores são inferiores aos reportados pela II PPAM/Capitais e DF e pelo presente estudo, no entanto, podem refletir a situação mais recente dessa prática nas maternidades brasileiras e também podem ter sido influenciados pela capacidade de recordação das mães de tal prática no momento do nascimento dos filhos, já que esse é um indicador retrospectivo e depende da memória das mães.

Os resultados desse indicador variaram de 22,20% na Índia a 76,30% na Eritreia, país do continente africano, segundo o relatório da OMS sobre o perfil das práticas alimentares de lactentes e crianças pequenas de 46 países que utilizou os dados de DHS de 2002 a 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

Esse indicador passou a ser introduzido nas pesquisas nacionais mais recentes em função da recomendação do documento da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) e das pesquisas que apontaram o início da amamentação precoce, em especial na primeira hora de vida, associado à redução da mortalidade neonatal (EDMOND et al., 2006; MULLANY et al., 2008).

Edmond et al. (2006) conduziram um estudo aninhado a um ensaio clínico randomizado na área rural de Gana, África, com 10.947 crianças que sobreviveram às primeiras 24 horas e verificaram que houve um efeito do tipo dose resposta no aumento do risco de mortalidade neonatal com o atraso do início do AM da primeira hora de vida até o sétimo dia de vida da criança. Todas as causas de mortes neonatais poderiam ter sido reduzidas em 16,30% se todas as crianças tivessem iniciado a amamentação no primeiro dia de vida e 22,30% se o início tivesse ocorrido na primeira hora de vida. Mullany et al. (2008) conduziram um estudo

prospectivo sobre as práticas de AM e a mortalidade neonatal simultaneamente a um ensaio clínico randomizado em área rural do sul do Nepal, Ásia, e reportaram dados semelhantes ao estudo mencionado anteriormente. Houve uma tendência de aumento da taxa de mortalidade neonatal com o atraso no início do AM, sendo que aproximadamente 7,70% e 19,10% de todas as mortes neonatais poderiam ter sido evitadas com o início universal da amamentação no primeiro dia e na primeira hora de vida, respectivamente.

Guarapuava apresentou coeficiente de mortalidade infantil para o ano de 2011 de 19,06, sendo que o coeficiente de mortalidade neonatal foi de 14,83 (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2013). Tanto a regional de saúde que tem sede em Guarapuava como o próprio município apresentaram coeficientes de mortalidade infantil acima da média do estado que foi de 11,65 (PARANÁ, 2013a). O município vem somando esforços para reduzir os índices de mortalidade infantil com a implementação de ações como o BLH inaugurado em 2013, o programa Mãe Guará que presta assistência a gestantes de alto risco e o Comitê Gestor Municipal de Aleitamento Materno (GUARAPUAVA, 2012; PARANÁ, 2013b; BRASIL, 2014i). Essas ações são válidas, porém os profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto precisam favorecer o AM na primeira hora de vida ou o mais precocemente possível, dados os benefícios constatados dessa prática na redução da mortalidade neonatal.

A prevalência de crianças alguma vez amamentadas foi de 96%. Esse valor foi semelhante ao reportado pela PNDS (2006) (95%) considerando as crianças menores de 5 anos de idade, porém ligeiramente superior ao valor de 91,20% encontrado para a região Sul (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Estudo local do tipo transversal sobre AM em crianças menores de 2 anos assistidas pela ESF em 2007, reportou que 2,40% das crianças nunca haviam sido amamentadas (BRECAILO et al., 2010). Apesar do início da amamentação ser uma prática comum no país, a qual reflete a cultura de amamentação e as práticas assistenciais no parto, as estimativas de pesquisas nacionais apontam que ainda existem crianças que não se beneficiam do AM. Cabe mencionar que o AM é contraindicado quando a mãe tem o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BRASIL, 2007).

Os dados do relatório da OMS mostraram menor variação nas estimativas desse indicador, a menor prevalência foi no Azerbaijão (86,50%), localizado na fronteira entre a Europa e a Ásia, e a maior prevalência em Burquina Faso (98,90%), país do continente africano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

A prevalência de AME no presente estudo foi de 36,02% e 45,64% em menores de 6 e 4 meses, respectivamente. Esses resultados foram semelhantes aos reportados (37,30% e 46,40%) em um estudo local que avaliou as práticas alimentares de crianças menores de 1 ano de idade em 2004 seguindo a mesma metodologia adotada no presente estudo (GOMES, 2005). A prevalência de AME em menores de 6 meses para o conjunto das capitais brasileiras foi de 41%, já para a região Sul esse percentual foi de 43,90% e para Curitiba de 46,10% (BRASIL, 2009a). A capital do estado apresentou melhor taxa de AME que o município estudado.

Os resultados da PNDS (2006) revelaram valores semelhantes ao encontrado, com percentual de AME de 38,60% e 48,10% para os menores de 6 e 4 meses, respectivamente (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). A situação da cidade de Guarapuava foi considerada ruim segundo os parâmetros da OMS para esse indicador (12-49%), assim como 23 capitais brasileiras, sendo 2 da região Sul (Curitiba e Porto Alegre) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2009a).

Dados do SIAB no período da realização do estudo (junho de 2012) mostraram que a prevalência de AME em menores de 4 meses no município foi de 76,47% (BRASIL, 2014f), essa estimativa foi superior ao encontrado no presente estudo. No entanto, os dados disponibilizados no SIAB referem-se às crianças acompanhadas pelos programas ESF e PACS e os dados do presente estudo referem-se às crianças que compareceram aos postos de vacinação durante a campanha e, destas, 32,80% não frequentavam a rede pública de saúde do município para as consultas de rotina da criança. Ainda, aquelas crianças que frequentavam a rede pública de saúde podiam não ser acompanhadas pelos programas ESF e PACS, já que a cobertura desses programas no município foi de 59,43% e 75,48%, respectivamente, para o período referido acima (BRASIL, 2014g).

Além disso, os dados disponíveis no SIAB são coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde que visitam as famílias com crianças menores de 2 anos de idade e preenchem a ficha C – ficha para acompanhamento da criança, na qual são registradas várias informações sobre a criança, entre elas, a situação do AME e AM misto em menores de 4 meses. Nas notas técnicas do SIAB a criança é considerada em AME quando utiliza diariamente o LM, porém não usa água, chá ou qualquer outro líquido regularmente (BRASIL, 2003; 2014k). Os dados do SIAB podem estar superestimados, pois não é realizada uma investigação minuciosa da alimentação da criança nas últimas 24 horas, como recomendado pela OMS.

Ao comparar a prevalência de AME segundo a faixa etária das crianças mês a mês com dois estudos locais (GOMES, 2005; BRECAILO, 2007), citados anteriormente, foram observadas algumas diferenças. Em relação ao estudo de 2007, pôde-se notar uma maior prevalência de AME em todos os meses de vida das crianças, em especial, nos primeiros 3 meses. Ao comparar os resultados com o estudo de 2004 essas diferenças foram mais marcantes no terceiro e quarto mês, sendo que os resultados mês a mês foram mais semelhantes entre si. O que pode explicar em parte a melhor situação do estudo de 2007 é o fato das crianças incluídas no estudo serem acompanhadas pelo programa ESF, o qual pode desempenhar importante papel na promoção da amamentação quando os trabalhadores são capacitados para tal atividade (CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008), enquanto as crianças do presente estudo e do estudo de 2004 representavam as crianças que compareceram aos postos de vacinação, mas não necessariamente eram acompanhadas por esse programa.

Ao desagregar esse indicador por faixa etária seguindo as recomendações da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, 2010a) foi possível notar diferenças nas prevalências de AME entre as faixas etárias analisadas, evidenciando que as crianças menores apresentaram maior prevalência de AME que as crianças maiores. Segundo a PNDS (2006), 48%, 48,20% e 14,40% das crianças de 0-1 mês, 2-3 e 4-5 meses, respectivamente, estavam em AME (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). A prevalência de AME aos 6 meses no presente estudo, de acordo com a recomendação da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b), foi de 16,78%, considerando a faixa etária de 4-5 meses, valor semelhante ao reportado pela PNDS (2006).

O Brasil apresentou evolução na prevalência de AME em menores de 6 meses passando de 3,10% na década de 1980 para 41% em 2008, porém o país levará 6 anos para atingir a recomendação da OMS que considera boa (acima de 50%) a prevalência de AME em menores de 6 meses considerando um aumento de 1,5 ponto percentual/ano (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

As prevalências de AME em menores de 6 meses reportadas pela OMS mostraram ampla variação, 2% em Chade e 88,40% em Ruanda, ambos países do continente africano. Dos 6 países da América Latina presentes no relatório, 2 tiveram prevalências consideradas boas (Peru com 62,80% e Bolívia com 53,60%), já na Colômbia, Haiti e Honduras a situação foi considerada ruim (47%, 40,70% e 29,70%, respectivamente) e na República Dominicana a situação foi considerada muito ruim (7,80%). A prevalência de AME aos 6 meses, considerando

a faixa de 4-5 meses, também variou amplamente (2,10% na República Dominicana a 79,70% em Ruanda) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

Observou-se que a probabilidade da criança ser amamentada exclusivamente com LM nos primeiros dias de vida foi de 66,93% e aos 180 dias esse percentual foi baixo (11,96%). Em torno de 33% das crianças no início da vida não eram amamentadas de forma exclusiva. Esses resultados corroboram com os achados da II PPAM/Capitais e DF, a qual reportou que a probabilidade de AME aos 180 dias foi em torno de 10% (BRASIL, 2009a).

A mediana de AME no presente estudo foi de 48,20 dias (1,61 meses). Brecaïlo et al. (2010) encontraram mediana de 60 dias (2 meses) para o município de Guarapuava em 2007. A mediana de AME na II PPAM/Capitais e DF foi de 54,11 dias (1,8 meses) para o conjunto das crianças menores de 1 ano, de 59,34 dias para a região Sul e 59,70 dias para Curitiba (BRASIL, 2009a). Os resultados da PNDS (2006) mostraram mediana de 1,4 meses (42 dias) para o Brasil e menos de 1 mês para a região Sul (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Apesar da evolução da prevalência de AME no Brasil nas últimas décadas, observa-se que a mediana de AME ainda é muito baixa (BRASIL, 2009a; VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

A prevalência de AMP em menores de 6 meses foi de 47,95%, mostrando-se superior aos resultados do estudo local de 2004 quando a prevalência atingiu 18,90% (GOMES, 2005). O mesmo ocorreu quando a prevalência foi estimada para a faixa etária das crianças mês a mês. Somente no quinto mês de vida das crianças as prevalências se assemelharam. Isso pode refletir uma situação melhor do AMP no município no intervalo de 8 anos. Os dados da PNDS (2006) também foram inferiores aos reportados no presente estudo, quando foi estimado o AMP em 13,20% para as crianças menores de 6 meses (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Como os dados da PNDS foram coletados em 2006, eles se assemelharam mais aos dados de 2004 do município.

Os dados da OMS mostraram prevalência de AMP em menores de 6 meses de 4,80% em Ruanda e 95,80% em Chade, os mesmos países que apresentaram as maiores e menores taxas de AME, respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

A prevalência de AMP diminuiu com o avançar da idade da criança, porém foram verificadas diferenças apenas nos intervalos de 0-3 meses e de 4-5 meses de idade. Não foram observadas diferenças nos intervalos menores como ocorreu com a prevalência de AME. A

prevalência de AMP também foi superior entre as crianças de 0-3 meses (59,04%), comparando os dados do estudo local (41,40%) de 2004 e da PNDS (2006) (15,30%) (GOMES, 2005; SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

A mediana de AMP foi de 85,16 dias (2,84 meses), superior a mediana de AME. Ao comparar as probabilidades de AMP e AME pôde-se observar que existiu uma maior prática do AMP nas crianças menores de 6 meses em todos os meses. O consumo de chá, água e suco pelas crianças nos primeiros meses de vida ainda é um hábito comum no país (BRASIL, 2009a).

Neste estudo o chá (27,35%) juntamente com a água (26,81%) foram os líquidos mais oferecidos às crianças, enquanto o consumo de suco foi mais baixo (5,52%). No estudo de 2004 realizado no município, o consumo de chá, água e suco entre as crianças de 0-4 meses completos em AM foi de 12%, 4,6% e 4,3%, respectivamente (GOMES, 2005). O consumo de suco pelas crianças de 0-5 meses amamentadas reportado pela PNDS (2006) foi de 9,80% e 34,70% entre as não amamentadas (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Saldiva et al. (2011) ao analisarem o consumo de alimentos diferentes do LM em menores de 6 meses segundo as regiões brasileiras relataram que o consumo de chá nas capitais da região Sul foi mais frequente que nas capitais das demais regiões. O chá é utilizado para aliviar as cólicas dos bebês e na região Sul o clima frio em algumas épocas do ano favorece o seu consumo. Cabe ressaltar que a coleta dos dados aconteceu no meses de junho e julho, meses que costumam registrar temperaturas mais baixas no município.

A prevalência de AM com 1 ano de idade foi de 35,80% e 49,22% considerando a faixa etária de 12-15 meses, conforme recomendação da OMS, e a faixa etária de 9-12 meses, segundo adaptação do indicador na II PPAM/Capitais e DF, respectivamente. Segundo dados da PNDS (2006) 47,50% das crianças de 12-15 meses estavam em AM (SEGALL-CORRÊA et al., 2009), valor superior ao encontrado no presente estudo. Observou-se, ainda, que o município de Guarapuava apresentou prevalência de AM inferior à estimativa nacional (58,74%), porém valor semelhante a região Sul (49,53%) e a cidade de Curitiba (48,50%), quando considerada a faixa etária de 9-12 meses (BRASIL, 2009a). Em estudo realizado em dois municípios paulistas com crianças de 6-18 meses a prevalência de AM com 1 ano de idade na faixa etária de 12-15 meses foi de 65% em Peruíbe e 39,80% em Itapira (MARCOLINO, 2010). A prevalência de AM com 2 anos de idade foi de 21,09% na faixa etária de 20-23 meses, valor ligeiramente inferior ao encontrado na PNDS (2006) (24,80%) (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

A duração mediana do AM para o conjunto das crianças foi de 351,62 dias (11,72 meses). Esse valor foi superior ao encontrado em estudo local (180 dias; 6 meses), mostrando que a situação do município estava melhor que em 2007 (BRECAILO et al., 2010), porém é considerada muito ruim segundo os parâmetros da OMS (0-17 meses) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A mediana do município estava abaixo da descrita na PNDS (2006) que foi de 14 meses para o conjunto das crianças menores de 36 meses, porém foi superior a mediana da região Sul (6,9 meses) e assemelhou-se a mediana nacional descrita na II PPAM/Capitais e DF que foi de 11,2 meses considerando as crianças menores de 12 meses (BRASIL, 2009a; SEGALL-CORRÊA et al., 2009). O município apresentou mediana de AM ligeiramente superior à região Sul (9,90 meses) e a cidade de Curitiba (9,86 meses) (BRASIL, 2009a). A probabilidade das crianças estarem em AM nos primeiros dias de vida foi 85,18%, com 180 dias esse percentual reduziu para 70,23%, ao final do primeiro ano de vida para 48,33% e ao final do segundo ano somente 13,10% das crianças tinham chance de receber LM.

Ao analisar a evolução da duração mediana de AM em menores de 12 meses desde a década de 70 até o final dos anos 2000, o Brasil apresentou um aumento bruto de 9 meses, passando de 2,5 meses para 11,3 meses, porém o país levará 12 anos para atingir a recomendação da OMS que considera boa (21-22 meses) a duração mediana de AM mantendo um aumento de 15 dias/ano na duração mediana (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

Martins e Giugliani (2012), em um estudo de coorte que acompanhou crianças desde o nascimento até os 3 a 5 anos de idade, reportaram como fatores positivos para a manutenção da amamentação por 2 anos ou mais o fato das mães permanecerem em casa com a criança nos primeiros 6 meses de vida, não oferecerem chupeta e postergarem a introdução de água, chás ou outros leites na alimentação da criança. O fato de residir com o companheiro esteve associado negativamente com a manutenção da amamentação.

Os dados da OMS para a continuidade e duração do AM revelaram, assim como para os outros indicadores, ampla variação das estimativas. A continuidade do AM com 1 ano variou de 33,20% no Azerbaijão a 98,10% em Burquina Faso. A continuidade do AM com 2 anos variou de 2,40% na República da Moldávia a 95% no Nepal. A duração do AM em menores de 36 meses variou de 7,1 meses na República Dominicana a 34,3 meses no Nepal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

A proporção de adequação do AM em idade apropriada foi semelhante considerando ambas as propostas da OMS e dos Dez Passos, 27,94% e 26,74%, respectivamente. Esse indicador reflete tanto a prática de AME em menores de 6 meses como as práticas de AC e continuidade do AM para as crianças de 6-23 meses. Entre as crianças de 0-5 meses, 36,02% estavam em AME e somente 26,94% das crianças de 6-23 meses consumiram LM e alimentos sólidos ou pastosos. Foi verificado elevado consumo de comida de sal (98,28%) e de fruta (84,22%), porém somente 33,46% das crianças de 6-23 meses consumiram LM. Dessa forma, o baixo percentual do indicador pareceu sofrer influência tanto da baixa taxa de AME como da falta de continuidade do AM nas crianças de 6-23 meses, já que os consumos de comida de sal e de fruta foram elevados.

Marcolino (2010) reportou que 21,60% e 41,30% das crianças de 0-5 meses de Itapira e Peruíbe, respectivamente, estavam em condição apropriada de AM (AME) e das crianças de 6-17 meses de Itapira 48,30% consumiram alimentos sólidos ou pastosos em adição ao LM e em Peruíbe esse percentual alcançou 69,80%, valores superiores aos reportados no presente estudo, no entanto a faixa etária considerada para o cálculo do indicador no estudo paulista foi de 6-17 meses. Essa diferença pode ter influenciado nos resultados, já que com o passar da idade da criança a probabilidade de consumo de LM decai.

Observou-se baixa adequação do indicador no presente estudo, a qual foi semelhante ao encontrado no Azerbaijão (22,10%) e na República Dominicana (22,60%), a partir do relatório da OMS, sendo que a melhor situação era a do Nepal com 81,10% de adequação do indicador. A influência do AM nesse indicador pode ser observada com os melhores resultados apresentados pelo Nepal para a continuidade do AM com 1 ano (97,50%), com 2 anos (95%) e para a duração mediana do AM (34,3 meses) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

As informações sobre o uso de bicos artificiais (mamadeira e chupeta) são importantes, devido ao seu potencial de interferência na prática do AM e à associação entre o uso de mamadeira e incidência de doença diarreica e mortalidade infantil (VICTORA et al., 1997; LAMOUNIER, 2003).

Das crianças de 0-23 meses, 78,30% foram alimentadas com mamadeira e 45,64% faziam uso de chupeta. Segundo as faixas etárias analisadas, foi possível notar diferenças nos percentuais do uso da mamadeira, mas isso não ocorreu com o uso de chupeta. Segundo o estado de amamentação das crianças, verificou-se que as crianças amamentadas faziam menor uso de

mamadeira e chupeta que aquelas não amamentadas. Dados da PNDS (2006) apontaram que das crianças menores de 24 meses amamentadas, 53,80% faziam uso de mamadeira e 27,60% de chupeta, resultados semelhantes aos reportados pelo presente estudo (50,13% e 23,85%, respectivamente). No entanto, os dados da PNDS (2006) para a região Sul apontaram que o uso de mamadeira e chupeta para crianças amamentadas eram ainda maiores, 65% e 38,90%, respectivamente. O uso de chupeta pelas crianças não amamentadas foi semelhante, 53,60% para as crianças da PNDS (2006) e 59,71% para as crianças deste estudo, porém abaixo dos valores reportados para a região Sul (69,50%) (SEGALL-CORRÊA; MARÍN-LEÓN, 2008).

O uso de mamadeira e chupeta por menores de 12 meses foi 63,12% e 49,89%, respectivamente. A estimativa para o uso de mamadeira foi maior que as reportadas em um estudo local (51,80%) e na II PPAM/Capitais e DF (58,40%, 57% e 53% para o Brasil, região Sul e Curitiba, respectivamente). Com relação ao uso da chupeta, observou-se que a estimativa foi semelhante ao estudo local (46%), maior que a frequência nacional (42,60%), porém semelhante aos dados da região Sul (53,70%) e Curitiba (50,60%) (GOMES, 2005; BRASIL, 2009a).

A situação do município de Guarapuava segundo os parâmetros da OMS para a alimentação por mamadeira (78,30%) é considerada muito ruim (30-100%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A alimentação por mamadeira apresentou ampla variação de acordo com o relatório da OMS indo de 1,20% em Burquina Faso a 83,70% na República Dominicana, entre os 46 países avaliados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

Ao avaliar a introdução de alimentos sólidos ou pastosos com base no indicador da OMS, verificou-se que 77,17% das crianças de 6-8 meses receberam esses alimentos. Ao considerar as recomendações dos Dez Passos, esse indicador apresentou adequação inferior (64,98%), pois para o cálculo foi considerado além do consumo de comida de sal e fruta, a consistência da dieta. A criança, a partir dos 6 meses deve receber alimentos em forma de papas/purês e ao completar 8 meses deve passar gradativamente para a alimentação da família (BRASIL, 2010a).

O indicador da OMS considera somente se a criança consumiu alimentos sólidos ou pastosos, no entanto, a consistência e a textura da dieta não são exploradas. Estudo que investigou o momento da introdução de alimentos em pedaços na dieta de crianças reportou que as que consumiram esses alimentos após 9 meses de idade enfrentaram maiores problemas com

a alimentação e consumiram menor variedade de alimentos, em especial, frutas e vegetais aos 7 anos (COULTHARD; HARRIS; EMMETT, 2009).

O consumo de fruta na faixa etária considerada foi de 79,45% e o consumo de comida de sal foi de 95,43%. Dados da II PPAM/Capitais e DF apontaram 69,80% de consumo de fruta para o conjunto das crianças de 6-8 meses e 79% para a região Sul e Curitiba. As estimativas de consumo de fruta do presente estudo foram semelhantes aos dados da região Sul e superiores às estimativas nacionais. O consumo de comida de sal para o conjunto das crianças de 6-8 meses foi de 73,20% e em torno de 86% para a região Sul e Curitiba. As estimativas de consumo de comida de sal do presente estudo foram superiores aos achados nacional e regional (BRASIL, 2009a).

Ao desagregar o consumo de fruta e de comida de sal entre as crianças amamentadas e não amamentadas, não foram observadas diferenças nas proporções de consumo, porém observou-se maior proporção de consumo de comida de sal entre as crianças (em torno de 95%) amamentadas e não amamentadas do que de fruta (em torno de 80%). De acordo com a PNDS (2006), 47,40% das crianças de 6-8 meses amamentadas consumiram suco de fruta e 72,10% comida de sal, enquanto 71,30% das crianças de 6-8 meses não amamentadas consumiram suco de fruta e 92,90% comida de sal (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Apesar desse indicador diagnosticar que a maioria das crianças recebeu alimentos sólidos ou pastosos, identificou-se que 35% delas não receberam esses alimentos ou os mesmos não estavam na consistência adequada. Sabe-se que a partir dos 6 meses é necessário iniciar a introdução dos alimentos complementares, pois o LM já não supre todas as necessidades nutricionais da criança. A ausência da AC ou o oferecimento de forma inadequada pode levar a quadros de anemia, desnutrição e excesso de peso (BRASIL, 2009b).

Estudo realizado em dois municípios do estado de São Paulo (Itapira e Peruíbe) com crianças menores de 18 meses encontrou alta frequência de adequação desse indicador (valores acima de 95%) em ambos os municípios (MARCOLINO, 2010). Garcia, Granado e Cardoso (2011) ao avaliarem a AC de crianças menores de 2 anos em Acrelândia, Acre, observaram que 20% das crianças de 6-8 meses ainda se alimentavam exclusivamente de líquidos e 29,60% não recebiam nenhuma refeição de sal. Pesquisa que desenvolveu um escore de inadequações na AC encontrou que 80,20% das crianças tiveram introdução tardia de alimentos sólidos,

considerando papas salgadas, de frutas e a presença de grupos alimentares para crianças maiores de 7 meses e alimentação da família para crianças maiores de 12 meses (MAIS et al., 2014).

A situação do município de Guarapuava em relação a esse indicador segundo os parâmetros da OMS pode ser considerada ruim (60-79%), porém o estabelecimento desse parâmetro foi recomendada anteriormente ao documento de 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) e foi estabelecida para crianças amamentadas na faixa etária de 6-9 meses que receberam alimentos complementares nas últimas 24 horas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A avaliação desse indicador em 46 países mostrou que os resultados podem variar amplamente (29,50-91,50%) dependendo das características do país e região. Dos países latino americanos que foram avaliados, a Bolívia apresentou adequação de 75,40% para esse indicador, sendo o país que mais se aproximou dos achados do presente estudo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

A diversidade mínima da dieta segundo a proposta da OMS esteve adequada para 96,79% das crianças de 6-23 meses. Se analisado de uma maneira geral, o indicador mostra que a maior parte das crianças estava recebendo uma alimentação adequada em termos de diversidade, considerada *proxy* da densidade de micronutrientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b). Entretanto, o indicador considera adequada a alimentação para a criança que recebeu pelo menos 4 dos 7 grupos alimentares considerados. Considerando a faixa etária estudada, e que para uma alimentação adequada é essencial que a criança consuma uma variedade de alimentos, seria importante a presença de todos os grupos alimentares diariamente e não somente alimentos de 4 grupos (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL, 2010a).

As crianças do estudo intitulado “*The WHO Multicentre Growth Reference Study*” apresentaram consumo mediano de 4-5 grupos alimentares (máximo de 8 grupos) aos 9-12 meses, esse valor foi superior ao observado em populações de países em desenvolvimento como Peru (3,7 grupos), Gana (3,4 grupos) e Bangladesh (2,1 grupos). Isso indica que as crianças do estudo citado acima geralmente consumiam uma dieta variada, a qual incluía frutas e/ou vegetais e ao menos um alimento de origem animal, além de um alimento básico (grão, raiz ou tubérculo). No entanto, as características da dieta refletiam a classe socioeconômica privilegiada dessas crianças e do estudo em questão (as mães receberam orientação quanto à

introdução da AC, continuidade da amamentação e dieta variada em nutrientes) (WHO MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP, 2006). Essa adequação da dieta pode não ser experimentada por crianças que vivem em países em desenvolvimento com altas taxas de desnutrição e pobreza ou que convivem com o fenômeno da transição nutricional (crescimento do sobrepeso e obesidade e casos de desnutrição concomitante em áreas menos privilegiadas).

A diversidade da dieta segundo os Dez Passos foi menos satisfatória, sendo alcançada por 58,47% das crianças de 6-23 meses, quando houve o consumo de pelo menos um alimento de todos os grupos alimentares considerados e não somente 4 grupos como na proposta da OMS. Ao invés de 7 grupos alimentares, considerou-se 6 grupos, com a junção das carnes e ovos em um único grupo, não houve distinção de frutas e verduras ricas em vitamina A, mas apenas a presença dos grupos das frutas e verduras e legumes separadamente e o LM foi considerado no grupo do leite e derivados. Para o grupo dos grãos, raízes e tubérculos não se considerou o consumo de pão e mingau, conforme preconizado pela OMS, mas apenas arroz, macarrão, batata, mandioca ou polenta. Preparações como mingaus, normalmente, são diluídas e têm baixa densidade energética, devendo ser desaconselhado o seu uso (BRASIL, 2002a).

Ao desagregar o indicador pela proposta dos Dez Passos por faixa etária, verificou-se que as crianças de 6-11 meses apresentaram menor proporção de adequação do indicador, revelando a fase mais crítica da alimentação, ou seja, o período inicial da AC. Estudo que avaliou os indicadores de AC em 5 países do sul da Ásia encontrou que crianças de 6-11 meses tinham maiores inadequações do indicador diversidade mínima da dieta quando comparadas às crianças de 12-17 e 18-23 meses (SENARATH et al., 2012a). Nesse sentido, existe a necessidade de se investir na orientação às mães e cuidadores de crianças nessa faixa de idade para que possam oferecer alimentação diversificada, indo ao encontro da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Não foram observadas diferenças nas proporções de adequação do indicador segundo o estado de amamentação das crianças em ambas as propostas. No entanto, a diversidade da dieta parece ter uma maior importância para aquelas crianças não amamentadas porque elas dependem dos alimentos complementares para atingir suas necessidades de energia e nutrientes, já que o LM não é mais oferecido (ARIMOND; RUEL, 2004). Por outro lado, nas crianças amamentadas de 6-23 meses o LM tem uma contribuição substancial na ingestão de nutrientes,

especialmente proteínas e a maioria das vitaminas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Apesar da alta adequação do indicador segundo a proposta da OMS, ao observar o consumo alimentar das crianças de acordo com os grupos alimentares, pôde-se verificar que os grupos correspondentes aos alimentos fontes de proteína e micronutrientes, como as carnes, ovos e leite e derivados foram os grupos que apresentaram diferenças nas proporções de consumo entre as faixas etárias analisadas. A proporção de consumo de carnes foi menor na faixa etária de 6-11 meses (69,32%), seguida pela faixa de 12-17 (83,58%) e 18-23 meses (92,57%). A proporção de consumo de alimentos dos grupos dos ovos e leite e derivados também foi menor pelas crianças de 6-11 meses (10,15% e 86,26%, respectivamente) quando comparadas as de 12-17 (18,09% e 94,88%, respectivamente) e 18-23 meses (26,58% e 95,62%, respectivamente). Evidencia-se, mais uma vez, a fase mais crítica da AC, ou seja, o período de 6-11 meses. O maior desafio para atingir as necessidades de micronutrientes (principalmente ferro e zinco) de crianças amamentadas ocorre durante o segundo semestre de vida (DEWEY, 2013).

O padrão alimentar das crianças de 6-11 meses analisado pela PNDS (2006) mostrou que o consumo diário de carnes, ovo e iogurte correspondeu a 17%, 2% e 20%, respectivamente. Para as crianças de 12-17 meses esse consumo foi de 25%, 2% e 27% e para as crianças de 18-23 meses de 30%, 4% e 22%, respectivamente. Assim como no presente estudo, as crianças de 6-11 meses da PNDS (2006) também apresentaram menor consumo de carnes que as crianças de 12-17 e 18-23 meses (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Marcolino (2010) também encontrou alta frequência de adequação para esse indicador para as crianças de 6-17 meses (superior a 97% em Itapira e Peruíbe), porém, quando avaliou o consumo diário de frutas, legumes ou verduras e carnes ou ovos, os valores ficaram em torno de 50%, mostrando que a dieta das crianças estava aquém das recomendações.

Quase 42% das crianças apresentou inadequação da diversidade da dieta segundo a proposta dos Dez Passos e ao analisar a proporção de consumo dos grupos alimentares foram verificadas diferenças nas proporções de consumo segundo as faixas etárias consideradas para o grupo das leguminosas e carnes, miúdos e ovos. As crianças de 6-11 meses apresentaram menor proporção de consumo de feijão (77,18%) quando comparadas as crianças de 12-17 (87,50%) e de 18-23 meses (90,48%). Essa diferença também foi observada para o consumo de

carnes, miúdos e ovos, porém com diferenças no percentual de consumo entre todas as faixas etárias (72,31%, 84,42% e 94,18%, respectivamente). Assim como na proposta da OMS, os grupos alimentares com menor proporção de consumo foram aqueles correspondentes aos alimentos fontes de proteína e micronutrientes indispensáveis como ferro, zinco, fósforo, magnésio e cálcio.

Segundo o relatório da OMS os resultados desse indicador tiveram ampla variação (3,90% na Etiópia a 83,90% na República da Moldávia), entre os países latino americanos a pior situação foi a do Haiti (28,40%), seguido de Honduras (64,90%), Colômbia (69%), República Dominicana (73,20%), Bolívia (73,60%) e o Peru com a melhor situação (81,40%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

A frequência mínima de refeições na proposta da OMS estava adequada para 98,96% e na dos Dez Passos para 75,08% das crianças de 6-23 meses. Esse indicador é considerado *proxy* da ingestão energética (DAELMANS; DEWEY; ARIMOND, 2009), o que mostra que a maioria das crianças, na proposta da OMS, estava realizando número adequado de refeições.

Ao considerar a proposta dos Dez Passos, observou-se menor adequação do indicador, sendo que as crianças das faixas etárias de 6-11 e 12-17 meses apresentaram menor proporção de adequação do indicador (66,45% e 70,21%, respectivamente) quando comparadas às crianças da faixa etária de 18-23 meses (84,14%). Esse achado corrobora com o estudo de Senarath et al. (2012a) que reportaram que as crianças mais novas, na faixa de 6-11 e 12-17 meses, tinham maior inadequação da frequência mínima de refeições quando comparadas às crianças de 18-23 meses. Assim como os resultados reportados no indicador diversidade mínima da dieta, na proposta dos Dez Passos, as crianças na faixa etária de 6-11 meses evidenciaram novamente a fase mais crítica da AC para a frequência de refeições, porém isso também foi observado na faixa de 12-17 meses.

Ao desagregar o indicador segundo o estado de amamentação das crianças na proposta da OMS, observou-se que 97,27% das crianças amamentadas realizaram o número mínimo de refeições, enquanto para as crianças não amamentadas essa proporção foi de 99,81%. Na proposta dos Dez Passos a situação foi mais desfavorável, somente 35,92% das crianças amamentadas realizaram o número mínimo de refeições, enquanto para as crianças não amamentadas esse percentual foi de 95,02%. Estudo que avaliou esse indicador em crianças de

6-17 meses reportou que nas crianças amamentadas esse indicador estava mais próximo de 90% e nas crianças não amamentadas chegava a 100% (MARCOLINO, 2010).

Cabe mencionar que 96,22% e 47,85% das crianças de 6-23 meses não amamentadas e 59,51% e 45,07% (dados não apresentados) das crianças amamentadas recebiam leite não materno e iogurte, respectivamente, porém o número de refeições lácteas (leite não materno e iogurte) não é considerado para o cálculo do indicador frequência mínima de refeições para crianças amamentadas, somente o número de refeições sólidas ou pastosas. Assim, esse indicador parece apontar uma situação bastante inferior para as crianças amamentadas, porém é preciso cautela no momento de interpretá-lo, já que o consumo de leite não materno concomitantemente ao de LM foi elevado neste estudo. Além disso, 69,52% (dado não apresentado) das crianças amamentadas de 6-23 meses recebiam LM 5 vezes ou mais ao dia. Dados da PNDS (2006) apontaram que das crianças amamentadas acima de 6 meses de idade o consumo de leite não materno foi elevado, variando de 63,70% na faixa etária de 6-10 meses, chegando a 80% no final do segundo ano de vida (SEGALL-CORRÊA; MARÍN-LEÓN, 2008).

O número de lanches consumido entre as refeições foi elevado, sendo que mais de 90% das crianças de 6-23 meses realizaram 2 ou mais lanches ao dia. A OMS recomenda que tanto as crianças amamentadas como as não amamentadas recebam lanches nutritivos adicionais às principais refeições de 1 a 2 vezes ao dia (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A maioria das crianças de 6-23 meses amamentadas deste estudo também recebiam leite não materno e iogurte, porém não realizavam o número adequado de refeições sólidas ou pastosas (comida de sal). Seria importante que essas crianças que receberam LM também recebessem refeições sólidas ou pastosas ao invés de refeições lácteas, pois se sabe que o leite de vaca é um alimento pobre em ferro, e ainda, quando consumido antes dos 12 meses pode causar perda de sangue nas fezes e comprometer ainda mais o estado nutricional de ferro. Além disso, as crianças amamentadas apresentaram frequência elevada da ingestão de LM, não havendo necessidade de outra fonte láctea na alimentação dessas crianças, porém existe a necessidade do consumo de refeições sólidas ou pastosas para complementar a alimentação, especialmente em termos de micronutrientes (DEWEY; BROWN, 2003; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

As ações em prol da AC devem ser direcionadas a todas as crianças menores de 2 anos, mas atenção redobrada deve ser dispensada às crianças de 6-11 meses e de 12-17 meses, que estão em AM, enfocando a importância da variedade da alimentação, do número de refeições e da densidade energética das preparações, já que a capacidade gástrica da criança é reduzida e a quantidade de alimentos complementares consumida é relativamente baixa. Porém, é preciso muita atenção para não influenciar a substituição da ingestão de LM pelas refeições, já que ele continua sendo um alimento muito importante para as crianças, em especial aquelas mais vulneráveis (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2010a).

O relatório da OMS apresentou os resultados desse indicador somente para as crianças amamentadas, sendo que a pior situação foi vista em Mali, na África, com 25,10% de adequação e a melhor situação no Nepal com 82,40% de adequação. O melhor resultado na América Latina foi do Peru com 78,20% de adequação e o pior foi do Haiti com 46,30% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b). Estudo que avaliou os indicadores de AC em 5 países do Sul da Ásia (Bangladesh, Índia, Nepal, Paquistão e Sri Lanka) reportou que a frequência mínima de refeições para todas as crianças (amamentadas e não amamentadas) foi satisfatória, com valores acima de 80%, em Bangladesh, Nepal e Sri Lanka (SENARATH et al., 2012a).

A dieta mínima aceitável, que é um indicador composto e leva em consideração os indicadores diversidade mínima da dieta e frequência mínima de refeições, esteve adequada para 90,12% das crianças de 6-23 meses segundo a proposta da OMS. Ao considerar a proposta dos Dez Passos, esse indicador evidenciou uma situação mais alarmante, pois esteve adequado para menos da metade das crianças de 6-23 meses (45,45%), com menor proporção de adequação na faixa etária de 6-11 meses (31,97%) e de 12-17 meses (41,05%), quando comparada a faixa de 18-23 meses (55,46%). Situação semelhante foi reportada no estudo realizado nos países do Sul da Ásia (SENARATH et al., 2012a), mostrando a necessidade de ações de promoção da AC já no segundo semestre de vida das crianças, com continuidade das ações no segundo ano de vida.

Os dois primeiros anos de vida são caracterizados por rápido crescimento e desenvolvimento da criança e a alimentação tem um papel primordial, dada a elevada necessidade de nutrientes (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003). É nessa fase que também se observam os maiores déficits no crescimento das crianças. Victora et al. (2010) ao analisarem dados de DHS de 54 países, entre eles o Brasil, para verificar os padrões de déficits de crescimento segundo as curvas de crescimento da OMS, mostraram que os déficits

acometem as crianças mais precocemente do que se sabia anteriormente. As falhas no crescimento segundo o índice Peso/Comprimento aparecem a partir do segundo mês de vida da criança e persistem até os 9 meses, a partir dessa idade o índice volta a melhorar atingindo o padrão médio aproximadamente aos 24 meses de idade.

O relatório da OMS apresentou os resultados do indicador dieta mínima aceitável somente para as crianças amamentadas, sendo que a pior situação foi vista na Etiópia, com 2,90% de adequação e a melhor situação no Peru com 65,70% de adequação. O melhor resultado na América Latina foi do Peru e o pior foi do Haiti com 16% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b). Estudo que avaliou os indicadores de AC em países do Sul da Ásia também reportou esse indicador somente para as crianças amamentadas e mostrou valores alarmantes com a pior situação na Índia (9,20%), seguida do Nepal (31,80%), Bangladesh (39,60%), e a melhor situação foi no Sri Lanka (67,90%) (SENARATH et al., 2012a).

Quase 100% das crianças consumiram alimentos ricos em ferro ou fortificados ao considerar a proposta da OMS (99,94%) e dos Dez Passos (96,92%), porém quando o consumo foi avaliado apenas com base no consumo de carnes, observou-se que a faixa etária de 6-11 meses apresentou menor adequação de consumo (69,32%), seguida pela faixa de 12-17 (83,58%) e 18-23 meses (92,57%). Essa diferença também foi observada na proposta dos Dez Passos, apesar da adequação elevada, somente para a faixa de 6-11 meses. O consumo de alimentos fortificados comercialmente com ferro (leites artificiais e farinhas de trigo ou milho) também foi elevado, em torno de 95%.

Foram considerados os seguintes alimentos para o cálculo do indicador: carne, feijão, farinhas de trigo e milho, dada a obrigatoriedade da adição de ferro e ácido fólico nessas farinhas (BRASIL, 2002c) e, ainda, leites artificiais enriquecidos com ferro. Ao se avaliar o consumo de ferro com base nesses alimentos pode-se ter a falsa impressão de que o consumo estaria adequado, já que para o cálculo se considera o consumo de qualquer quantidade de alimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No entanto, as carnes são os alimentos com maior conteúdo e disponibilidade de ferro (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2009b) e os demais alimentos seriam um adicional de ferro para complementar a alimentação da criança.

Dados da PNDS (2006) também apontaram que a faixa de 6-11 meses foi a mais comprometida quando se considerou o consumo diário de carnes, 17,30%. A maior proporção

de consumo foi observada na faixa de 18-23 meses, 30,40% (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Marcolino (2010) ao considerar o consumo de carnes e leites fortificados com ferro para o cálculo do indicador do consumo de ferro encontrou adequação em torno de 50% para crianças de 6-11 meses e valores próximos a 60% para as crianças de 6-17 meses.

Garcia, Granado e Cardoso (2011) ao avaliarem a alimentação habitual de crianças menores de 2 anos, verificaram que o ferro foi o único nutriente em que a ingestão mediana foi menor que a recomendada entre as faixas etárias avaliadas, com déficit de ingestão de 94% para as crianças de 9-11 meses e de 58% para as de 12-23 meses. Além disso, 78% das crianças de 6-23 meses consumiram dieta com baixa biodisponibilidade de ferro, sendo que essa proporção chegou a 85% na faixa de 6-8 meses. O grupo de alimentos que mais contribuiu com a ingestão de ferro para a dieta das crianças foi o dos espessantes, utilizados nas preparações de mingaus.

Estudo canadense que avaliou a AC de crianças de 3-12 meses de idade por meio de registro alimentar de 4 dias (dois dias da semana e dois dias do final de semana) reportou que a média da ingestão de todos os nutrientes foi adequada para a faixa de 7-12 meses, com exceção do ferro e da vitamina D. As carnes foram os alimentos menos consumidos pelos lactentes em todas as faixas de idades avaliadas, sendo que essa situação só se alterou aos 12 meses (FRIEL et al., 2010).

A fortificação universal de alimentos geralmente não tem impacto na saúde das crianças, pois esse grupo não consome quantidades suficientes dos alimentos fortificados, como é o caso da fortificação das farinhas de trigo e milho (BRASIL, 2012b). Estudo que avaliou o impacto da fortificação dessas farinhas nos níveis de hemoglobina em crianças menores de 6 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, medidos em 3 momentos (antes da fortificação, 12 e 24 meses após a fortificação), não encontrou diferenças nos níveis de hemoglobina nas 3 avaliações. Os autores concluíram que esse resultado pode ser explicado parcialmente pelo consumo insuficiente de farinhas ou ainda pela baixa disponibilidade do ferro adicionado às farinhas (ASSUNÇÃO et al., 2007). Estudo de revisão da literatura sobre o efeito da fortificação de alimentos com ferro na redução de anemia em crianças concluiu que os achados dos estudos avaliados são insuficientes para sustentar o efeito da ingestão de ferro a partir de alimentos fortificados na melhoria do estado nutricional do mineral (ASSUNÇÃO; SANTOS, 2007).

A falta do mineral na dieta das crianças leva a quadros de anemia ferropriva, carência nutricional comum entre crianças menores de 2 anos em função da baixa ingestão de alimentos

ricos em ferro, especialmente carnes (BRASIL, 2002a, 2009b; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos no Brasil é de 20,90% e de 24,10% para crianças de 6-23 meses (VANNUCCHI; VÍTOLO; JORDÃO JÚNIOR, 2009). Porém, essas estimativas podem ser ainda maiores segundo dois estudos de revisão sistemática. Em um deles a mediana de prevalência de anemia foi de 53% para as crianças menores de 5 anos, sendo que a mais alta prevalência foi entre crianças menores de 2 anos (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009). Outro estudo revelou taxas mais elevadas dependendo do cenário epidemiológico observado, sendo que a prevalência em estudos de base populacional foi de 40,10%, em creches/escolas 52%, em serviços de saúde 60,20% e nas populações em situação de iniquidade (indígenas, moradores de favelas, assentamentos, atendidas pela Pastoral da Crianças) 66,50% (VIEIRA; FERREIRA, 2010).

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro faz parte do conjunto de estratégias adotadas para controle e redução da anemia ferropriva no país (BRASIL, 2013b). No entanto, observou-se que a utilização do suplemento de ferro foi baixo entre as crianças do estudo (26,80%). Na faixa etária considerada pelo programa no momento da coleta dos dados (6-18 meses) (BRASIL, 2005) esse percentual também foi baixo (29,28%). Na PNDS (2006) que investigou o uso de medicamento com ferro em crianças menores de 5 anos nos últimos 6 meses o percentual de uso foi de 31%, porém houve maior uso entre as crianças de 6-23 meses, sendo que 39,60% das crianças de 6-11 meses e 42,60% das crianças de 12-23 meses utilizaram o medicamento (CUNHA; JAKOB, 2008).

Os resultados do Estudo Nacional de Fortificação da Alimentação Complementar foram bastante animadores, mostrando que o uso de sachês com 15 micronutrientes, entre eles o ferro, adicionado à alimentação das crianças (papas e purês) de 6-8 meses de idade, foi importante para o perfil de saúde e nutrição das crianças. A prevalência de anemia entre as crianças que utilizaram o sachê (grupo intervenção) foi 38% menor que no grupo controle (não receberam o sachê), a deficiência de vitamina A foi 55% menor, a deficiência de ferro foi 20% menor e a insuficiência de vitamina E foi 60% menor. As crianças do grupo intervenção também apresentaram menor frequência de febre e chiado no peito quando comparadas às do grupo controle. Esses resultados impulsionaram às ações do MS para combate à anemia e às deficiências de micronutrientes, sendo que no segundo semestre de 2014 iniciará a distribuição

de sachês com micronutrientes em creches públicas do país para a fortificação da alimentação de crianças de 6 a 4 anos incompletos (SILVA, 2014).

Pesquisa que avaliou os 8 indicadores principais de AM e AC no Camboja, Ásia, encontrou maiores frequências de consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados (incluindo fórmulas infantis) comparando dados das DHS de 2000 e 2005. O consumo em 2005 foi de 59,40% na faixa de 6-11 meses, 51,50% na faixa de 12-17 meses e de 91% na faixa de 18-23 meses (MARRIOTT et al., 2010).

Foi observado elevado consumo de refeições lácteas entre as crianças de 6-23 meses não amamentadas em ambas as propostas (mais de 95%). Mesmo quando se considerou somente o consumo de leite não materno como refeição láctea o percentual também foi elevado (96,16%) (dado não apresentado). Esses achados corroboram com o estudo de Marcolino (2010) que reportou alto consumo de refeições lácteas tanto em Itapira (96,90%) como em Peruíbe (95,10%) para crianças de 6-17 meses não amamentadas. Esse indicador parece não revelar inadequações no consumo de refeições lácteas para as crianças de 6-23 meses não amamentadas do município de Guarapuava.

Estudo multicêntrico de consumo alimentar conduzido em Ouro Preto, São Paulo e Curitiba descreveu a dieta de crianças de 6-12 meses como predominantemente láctea, com LM e/ou leite de vaca acrescido de açúcar e espessantes (BRASIL, 2002a). Estudo realizado em 136 municípios do estado de São Paulo revelou que a probabilidade da criança aos 6 meses receber refeições baseadas somente em leite e mingaus foi de 82% e que houve uma tendência de aumento do consumo de leite não materno de 70% aos 6 meses para 83% aos 12 meses (SALDIVA et al., 2007). A proporção de crianças menores de 24 meses não amamentadas que receberam leite não materno de acordo com a PNDS (2006) foi elevada, 90,90%, e o consumo de iogurte foi de 47,90% (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). No estudo de Garcia, Granado e Cardoso (2011) foi observado que os alimentos que mais contribuíram com o aporte de energia e nutrientes na dieta das crianças de 6-24 meses foram os laticínios (leite de vaca) e LM.

Cabe ressaltar que das crianças de 6-23 meses não amamentadas do presente estudo, 43,33% (dado não apresentado) estavam inscritas no programa estadual “Leite das Crianças”, que fornece gratuitamente 1 litro de leite para crianças de 6-36 meses do estado do Paraná pertencentes à famílias com renda per capita de até meio salário mínimo regional (PARANÁ,

2014). Esse leite tem acréscimo de vitaminas A, D e ferro, porém não existe nenhum estudo sobre o papel desse alimento no estado nutricional das crianças em relação ao ferro.

A OMS não propõe a avaliação do consumo de alimentos não saudáveis por crianças menores de 2 anos. Nos “Dez passos para uma alimentação saudável”, o passo 8 descreve que açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, devem ser evitados nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2010a). Porém, estudos nacionais e internacionais mostram que esses alimentos fazem parte da dieta das crianças apesar das recomendações de não consumo até os 2 anos (WEBB et al., 2006; RUOTTINEN et al., 2008; BRASIL, 2009a; BERNARDI; JORDÃO; BARROS FILHO, 2009; FRIEL et al., 2010; CAETANO et al., 2010; GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011; SALDIVA et al., 2014).

Foi observado que mais de 60% das crianças do estudo consumiram bolachas sem recheio e alimentos adoçados com açúcar ou adoçante. Quase metade das crianças consumiram guloseimas e mais de 30% delas consumiram sucos industrializados, queijinhos do tipo *petit suisse* e café. Salgadinhos e bolachas recheadas foram consumidos por mais de um quarto das crianças. O consumo de alimentos fritos e refrigerantes foi em torno de 20% e o consumo de mel foi inferior a 5%.

Dados nacionais descreveram o consumo de bolachas/salgadinho, refrigerante e café por 71,70%, 11,60% e 8,70% das crianças entre 9-12 meses, respectivamente (BRASIL, 2009a). Os dados da região Sul para o conjunto das crianças menores de 1 ano mostraram que 33,30% consumiram bolachas/salgadinho, 27,70% açúcar/mel, 7,90% suco processado e 4,40% café e refrigerante (SALDIVA et al., 2014). No estudo de Caetano et al. (2010) as crianças de 4-12 meses recebiam alimentos como doces industrializados, biscoitos recheados, macarrão instantâneo, pratos congelados semiprontos, refrigerantes e sucos artificiais. Estudo australiano que investigou a dieta de crianças de 16-24 meses por meio de registro alimentar de 3 dias identificou elevado consumo de alimentos considerados “extras” - com alta densidade energética e pobre em nutrientes - sendo que 90% das crianças consumiram produtos à base de cereais (biscoitos, bolos, tortas, produtos de pastelaria e pizza), 70% bebidas açucaradas (refrigerantes e bebidas à base de suco) e 58% batata frita (WEBB et al., 2006).

Neste estudo, as crianças eram expostas a vários alimentos não saudáveis precocemente e o consumo apresentou tendência de aumento com o aumento da idade da criança para a maioria dos alimentos. O aumento mais expressivo foi verificado para as guloseimas, enquanto

5,89% das crianças no primeiro mês de vida tinham chance de consumir esses alimentos, ao final do segundo ano de vida essa chance aumentou para 82,53%. Assim como as guloseimas, as bebidas açucaradas (refrigerantes e sucos industrializados) e o próprio açúcar são responsáveis pela formação de cáries dentais (FELDENS et al., 2010) e o consumo desses alimentos em idade precoce pode favorecer hábitos alimentares não saudáveis. A probabilidade de consumo de refrigerantes no primeiro mês de vida foi baixa (3,17%), porém foi de 41,92% ao final do segundo ano de vida. Já a probabilidade do consumo de sucos industrializados foi mais alta tanto no primeiro mês de vida (10,54%) como ao final do segundo ano de vida (62,78%).

A literatura aponta que o consumo dessas bebidas pode estar associado ao maior ganho de peso e obesidade (PEREIRA, 2006; MALIK; SCHULZE; HU, 2006). A recomendação é que nessa fase da vida a criança seja exposta ao açúcar natural contido nos alimentos, como frutas e vegetais, e não ao açúcar refinado adicionado aos alimentos ou às bebidas e guloseimas (BRASIL, 2009b). Além disso, o consumo de bebidas açucaradas diminui a ingestão de alimentos saudáveis, dada a reduzida capacidade gástrica da criança (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A probabilidade de consumo de alimentos adoçados com açúcar ou adoçante já no início da vida das crianças foi alta (24,02%) ficando atrás somente da bolacha sem recheio (28,98%), sendo que a probabilidade de consumo de açúcar ao final do segundo ano foi de 84,61%. Estudo verificou que o menor consumo de açúcar por crianças a longo prazo estava associado a melhor qualidade da dieta (maior consumo de gorduras poli e monoinsaturadas, vitaminas e minerais) quando comparado aos consumos médio e alto (RUOTTINEN et al., 2008).

Ao analisar a proporção de consumo de alimentos não saudáveis segundo a faixa etária das crianças, foram observadas diferenças nas proporções de consumo de alguns desses alimentos. Entre as guloseimas, café, alimentos fritos e refrigerantes foram verificadas diferenças nas proporções de consumo entre todas as faixas etárias analisadas, sendo que existiu um aumento das proporções de consumo em função da idade da criança. Também foram verificadas diferenças no consumo de sucos industrializados, salgadinhos e bolachas recheadas entre crianças menores de 6 meses, de 6-11 e de 12 -17 meses. Ao considerar a proporção de consumo de bolachas sem recheio, alimentos adoçados e queijinhos do tipo *petit suisse* foram identificadas diferenças nas proporções de consumo entre crianças menores de 6 meses e as das

demais faixas etárias (6-11, 12-17 e 18-23 meses). Também foram observadas diferenças nas proporções de consumo de alimentos adoçados entre as crianças de 6-11 e 18-23 meses.

Saldiva et al. (2014) reportaram diferenças no consumo de suco processado, refrigerantes, café, bolachas/salgadinho e açúcar/mel na faixa etária de 0-6 e 6-12 meses, sendo que houve maior consumo de alimentos não saudáveis entre as crianças mais velhas. O consumo de suco processado foi de 1,60% para crianças de 0-6 meses e 11,80% para crianças de 6-12 meses e o consumo de refrigerantes foi de 0,80% e 8,20%, respectivamente. O consumo de café foi de 0,50 e 6,80%, de bolachas/salgadinho de 4,70% e 59% e de açúcar/mel de 14,30% e 49,90%, respectivamente. Considerando essas faixas etárias os resultados do presente estudo se assemelharam aos dados nacionais para o consumo de refrigerantes, porém foram superiores para o consumo de café e suco processado na faixa de 6-12 meses (22,25% e 28,45%, respectivamente). O consumo de bolachas sem recheio foi maior no presente estudo na faixa de 6-12 meses (72,03%), porém Saldiva et al. (2014) analisaram o consumo de bolachas e salgadinhos conjuntamente, o que inviabiliza, em parte, a comparação dos resultados. O consumo de alimentos adoçados com açúcar foi semelhante entre os estudos na faixa de 0-6 meses, porém mais elevado na faixa de 6-12 meses no presente estudo (58,39%), entretanto o consumo de açúcar foi analisado conjuntamente com o mel no estudo nacional. O consumo de mel no presente estudo foi considerado baixo e não foram detectadas diferenças nas proporções de consumo entre as faixas etárias. O mel é contraindicado no primeiro ano de vida porque pode conter esporos de *Clostridium botulinum* (BRASIL, 2009b).

O consumo de alimentos não saudáveis nos estudos de Caetano et al. (2010) e Garcia, Granado e Cardoso (2011) também mostraram maior percentual de consumo entre as crianças mais velhas. O consumo de *petit suisse* entre as crianças menores de 6 meses foi de 29,20% e entre as de 6-12 meses foi de 51,30%, para o consumo de bolacha observou-se percentual de 38,50% e 79,30%, para o consumo de doce 1,50% e 26,10% e para o consumo de suco artificial 1,50% e 20,70%, respectivamente (CAETANO et al., 2010). O consumo de biscoitos ou pães doces foi de 20,70% entre as crianças de 6-8 meses, 29% entre as crianças de 9-11 meses e 32,70% entre as crianças de 12-23 meses e o consumo de café foi de 10,30%, 9,70% e 31,80%, respectivamente (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

Friel et al. (2010), ao avaliarem a AC de crianças canadenses de 3-12 meses de idade, descreveram que o consumo de alimentos como pudim, gelatina, bolachas, doce e molho de

maçã iniciou por volta do 8 aos 9 meses e apresentou aumento da proporção de consumo ao longo do primeiro ano de vida da criança.

É importante destacar a influência do marketing das indústrias alimentícias sobre a população. A NBCAL foi fundamental para a regulamentação das propagandas de substitutos do LM (BRASIL, 2006), porém isso não é visto com relação aos alimentos não saudáveis que são veiculados na mídia e que não fazem distinção de idade para o consumo dos mesmos. Coutinho, Gentil e Toral (2008) destacam que promover ações para alimentação saudável é um desafio dado que os interesses dos setores econômicos são contrários à saúde pública.

O consumo de alimentos não saudáveis por outros membros familiares, especialmente os irmãos mais velhos, também favorece o consumo pelas crianças mais novas. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 entre os marcadores de consumo não saudável destacam-se o biscoito recheado, seguido pelo refrigerante, doces, pizza e salgadinhos industrializados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

A dieta mínima aceitável esteve inadequada para 54,55% das crianças de 6-23 meses de idade segundo a proposta dos Dez Passos e os fatores independentes associados à inadequação foram a baixa escolaridade materna (RP 1,26; IC 1,12-1,42) e o fato da criança ser do sexo feminino (RP 0,87; IC 0,77-0,99).

Estudo que analisou os indicadores de AC propostos pela OMS (introdução de alimentos sólidos ou pastosos, diversidade mínima da dieta, frequência mínima de refeições e dieta mínima aceitável) em 5 países do Sul da Ásia (Bangladesh, Índia, Nepal, Paquistão e Sri Lanka) mostrou que os determinantes mais consistentes da inadequação das práticas de AC em todos os países analisados foram a baixa escolaridade materna e a menor renda das famílias (SENARATH et al., 2012a). No presente estudo, a escolaridade materna foi utilizada como *proxy* da situação socioeconômica das famílias das crianças menores de 2 anos.

A inadequação do indicador dieta mínima aceitável para crianças amamentadas de 6-23 meses nos países citados acima, exceto para o Paquistão, esteve associada à baixa escolaridade materna (mães sem escolaridade ou somente com o ensino fundamental). A baixa escolaridade materna também esteve associada ao atraso na introdução de alimentos sólidos ou pastosos em crianças de 6-8 meses em Bangladesh e no Nepal, bem como à baixa diversidade da dieta e à inadequação do número de refeições em crianças de 6-23 meses nos países acima referidos. Os

autores não encontraram qualquer associação entre o sexo da criança e os indicadores de AC (JOSHI et al., 2012; KABIR et al., 2012; PATEL et al., 2012; SENARATH; DIBLEY, 2012; SENARATH et al., 2012a, 2012b).

Vários estudos descreveram a influência da escolaridade materna e do sexo da criança nas práticas de AC, principalmente em relação à introdução da AC, pois os novos indicadores de AC propostos pela OMS que avaliam outros aspectos da dieta das crianças passaram a ser recomendados somente a partir de 2008 (HENDRICKS et al., 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; CORRÊA et al., 2009; TATONE-TOKUDA; DUBOIS; GIRARD, 2009; KIMANE-MURAGE et al., 2011; SALDIVA et al., 2014).

Estudo transversal conduzido nos Estados Unidos, que descreveu as características maternas associadas com as práticas alimentares de crianças de 4-24 meses de idade, reportou que a maior escolaridade (ensino superior completo) foi a característica materna que mais apresentou associação com comportamentos alimentares positivos da criança, em especial, cumpriram as recomendações da Academia Americana de Pediatria para o consumo de suco e introdução da AC, consumiram mais frutas e menos alimentos não saudáveis (bebidas açucaradas, sobremesas e doces) (HENDRICKS et al., 2006).

Pesquisa do tipo transversal conduzida em Florianópolis, Santa Catarina, com crianças menores de 2 anos, também mostrou que as mães com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo) apresentaram mais chance de introduzir precocemente alimentos do grupo dos doces, lácteos, amido e panificação em seus filhos (CORRÊA et al., 2009).

Dados de um estudo longitudinal em Nairóbi, Quênia, que avaliou as práticas de amamentação e AC em crianças menores de 1 ano, apontou que entre os fatores associados à introdução precoce da AC (antes dos 6 meses de idade) estava a escolaridade materna e o fato da criança ser do sexo masculino. Mães com nível de educação equivalente ao ensino médio ou mais tinham menor risco de tal prática e as crianças do sexo masculino tinham maior probabilidade de receber alimentos complementares precocemente. A evidência anedótica indica que os meninos recebem alimentos mais precocemente porque se acredita que o LM sozinho não é suficiente para atender as suas demandas (KIMANE-MURAGE et al., 2011).

A escolaridade, o nível socioeconômico das famílias e o sexo da criança também foram considerados determinantes das práticas de AC em um estudo transversal em Quebec, Canadá.

As mães com menor escolaridade (ensino médio incompleto) e de nível socioeconômico mais baixo tinham maior probabilidade de introduzir precocemente (antes dos 4 meses de idade) alimentos complementares na dieta das crianças. As crianças do sexo masculino também tinham maior probabilidade de receber alimentos precocemente que as crianças do sexo feminino (TATONE-TOKUDA; DUBOIS; GIRARD, 2009).

Estudos que avaliaram o consumo de alimentos não saudáveis também apontam que a escolaridade materna é um determinante das práticas de inadequação da AC (HENDRICKS et al., 2006; SALDIVA et al., 2014). Saldiva et al. (2014) ao analisarem a influência da escolaridade materna no consumo de alimentos não saudáveis por crianças menores de 1 ano de idade, constataram que o consumo desses alimentos foi maior entre as crianças de mães com menor escolaridade (mães sem educação formal comparadas às com ensino superior). Por outro lado, as mães que ofereciam frutas e vegetais tinham maior escolaridade (mães com ensino superior comparadas às mães com ensino médio ou fundamental).

O sexo da criança também apareceu como uma variável associada as práticas de amamentação (AME e AM) reportadas na II PPAM/Capitais e DF. Observou-se maior prevalência dessas práticas nas crianças do sexo feminino (BRASIL, 2009a), comportamento distinto do encontrado neste estudo para dieta mínima aceitável. Como reportado acima, se os meninos recebiam alimentos mais precocemente que as meninas, pode-se presumir que a dieta deles estaria mais adequada que a dieta das meninas.

7 CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa apresentaram a caracterização sociodemográfica das mães e crianças participantes do estudo, a proporção de adequação dos indicadores de AM (Início precoce do AM, Crianças alguma vez amamentadas, AME em menores de 6 meses, AMP em menores de 6 meses, Continuidade do AM com 1 ano, Continuidade do AM com 2 anos, Duração do AM, AM em idade apropriada e Alimentação por mamadeira), a proporção de adequação dos indicadores de AC (Introdução de alimentos sólidos ou pastosos, Diversidade mínima da dieta, Frequência mínima de refeições, Dieta mínima aceitável, Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados e Frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas) propostos pela OMS e segundo as recomendações dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, o consumo de alimentos não saudáveis e os fatores associados à inadequação da dieta mínima aceitável para crianças de 6-23 meses.

Em termos de indicadores de AM, o município de Guarapuava apresentou situação boa somente para o início precoce do AM, quando 79,29% das crianças menores de 2 anos foram colocadas para mamar na primeira hora de vida. Apesar da maioria das crianças (96%) ter iniciado a amamentação, a prevalência de AME em menores de 6 meses foi de 36,02%, considerada ruim, e a mediana de AME foi inferior a 50 dias. O consumo de água e chá foi superior a 25% em menores de 6 meses, refletindo a maior prevalência de AMP nos primeiros 6 meses de vida das crianças (47,95%). A duração mediana do AM em menores de 2 anos foi considerada muito ruim, situando-se abaixo dos 12 meses. O AM em idade apropriada, ou seja, AME em menores de 6 meses e a AC adequada com continuidade do AM para crianças de 6-23 meses, foi inferior a 30%. A alimentação por mamadeira foi elevada (78,30%), o que também caracterizou uma situação muito ruim.

Com relação à AC, observou-se que a introdução de alimentos sólidos ou pastosos para crianças de 6-8 meses foi de 77,17% e 64,98% segundo a proposta da OMS e dos Dez Passos, respectivamente. O indicador, segundo a recomendação da OMS, não leva em conta aspectos da consistência da dieta, dessa forma os resultados apontam melhor situação do indicador nessa proposta. A diversidade mínima da dieta esteve adequada para mais de 95% das crianças de 6-23 meses na proposta da OMS, porém mostrou-se mais sensível a nossa realidade na proposta dos Dez Passos (58,47%). As maiores diferenças nas proporções de consumo dos grupos alimentares analisados por faixa etária das crianças foram verificadas para o grupo das carnes,

ovos e leite e derivados, na proposta da OMS, e, leguminosas e carnes, miúdos e ovos, na proposta dos Dez Passos.

A frequência mínima de refeições para crianças de 6-23 meses foi alta (98,96%) na proposta da OMS, porém atingiu 75,08% segundo os Dez Passos. Ao desagregar esse indicador segundo o estado de amamentação das crianças, pôde-se notar, na proposta dos Dez Passos, que as crianças amamentadas apresentaram adequação inferior a 40% para o número de refeições, enquanto para as crianças não amamentadas essa adequação foi superior a 95%. A dieta mínima aceitável para crianças de 6-23 meses esteve adequada em mais de 90% na proposta da OMS, porém, em menos de 50% na proposta dos Dez Passos. Ao desagregar os indicadores diversidade mínima da dieta, frequência mínima de refeições e dieta mínima aceitável segundo a faixa etária das crianças, observou-se que as crianças de 6-11 meses apresentaram adequação inferior da diversidade mínima da dieta, na proposta dos Dez Passos, quando comparadas às crianças das demais faixas etárias (12-17 e 18-23 meses). Para os indicadores frequência mínima de refeições e dieta mínima aceitável, verificou-se que as crianças de 6-11 e 12-17 meses apresentaram adequação inferior dos indicadores quando comparadas às crianças de 18-23 meses, somente na proposta dos Dez Passos.

O consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados foi elevado em ambas as propostas. No entanto, ao considerar somente o consumo de alimentos ricos em ferro (carnes), pôde-se verificar que a faixa etária de 6-11 meses apresentou menor adequação de consumo (69,32%), seguida pela faixa de 12-17 meses (83,58%) e de 18-23 meses (92,57%). A frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas foi superior a 95%.

Foi observado elevado consumo de alimentos não saudáveis, mostrando uma tendência de aumento do consumo com o aumento da idade da criança para a maioria dos alimentos avaliados, em especial, para as guloseimas. Os fatores independentes associados à inadequação da dieta mínima aceitável na proposta dos Dez Passos foram a baixa escolaridade materna, considerada neste estudo como *proxy* da situação socioeconômica das famílias, e o fato da criança ser do sexo feminino.

Com base nos principais achados deste estudo são apresentadas as seguintes recomendações:

- Promover ações contínuas em prol do AM com a finalidade de melhorar a prevalência de AME em menores de 6 meses e a duração mediana do AM e de diminuir a taxa de uso de mamadeira para alimentação das crianças menores de 2 anos, na realidade do município em questão;
- Avançar na promoção da amamentação na primeira hora de vida, ação fundamental para melhorar a posição do município em relação à taxa de mortalidade infantil no estado do Paraná, sobretudo a mortalidade neonatal;
- Considerar a consistência da dieta na montagem dos indicadores introdução de alimentos sólidos ou pastosos e frequência mínima de refeições, possibilitando uma avaliação mais precisa da densidade e ingestão energética da dieta das crianças;
- Considerar todos os grupos alimentares para a montagem do indicador diversidade mínima da dieta, possibilitando uma avaliação mais sensível em termos de densidade de micronutrientes;
- No indicador consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados, considerar somente os alimentos ricos em ferro, especialmente as carnes, garantindo uma melhor avaliação da ingestão do mineral, e considerar os demais alimentos como um adicional de ferro à AC;
- Incluir na avaliação das práticas alimentares de crianças menores de 2 anos o consumo de alimentos não saudáveis, pois esses alimentos estão presentes nos domicílios e são consumidos pelo público infantil;
- Incrementar a atenção dos profissionais de saúde às crianças das faixas etárias de 6-11 e 12-17 meses, pois é nessa fase que se inicia e consolida a AC e, também, observa-se a maior prevalência de anemia ferropriva e de déficit de crescimento;
- Estimular e motivar as mães de crianças de 6-23 meses amamentadas para a continuidade da amamentação, com o oferecimento do número adequado de refeições sólidas ou pastosas e redução do consumo de refeições lácteas (especialmente leite de vaca), o qual pode estar substituindo as refeições e comprometendo o status de ferro do organismo;
- Ampliar a atenção dos profissionais de saúde às mães com menor escolaridade e de menor nível socioeconômico quanto às orientações acerca da AC.

Repensar sobre tais recomendações é importante, tendo em vista que o cuidado da criança tem como eixo norteador o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, em que são fundamentais as intervenções de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde de forma indissociável. Assim, as recomendações deste estudo podem contribuir para o avanço da atenção à saúde das crianças.

A principal limitação deste estudo está na forma de avaliação das práticas alimentares das crianças menores de 2 anos (Recordatório de 24 horas), não sendo investigada a quantidade de alimentos consumidos pelas crianças, o que não permite avaliar a adequação nutricional da dieta. Os acompanhantes das crianças também poderiam ter respondido as questões somente com respostas socialmente desejáveis, o que também limita, em parte, o estudo. Dessa forma, estudos que possibilitem aferir a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos pelas crianças no domicílio ou em instituições (creches) podem trazer contribuições para avaliação da adequação nutricional da dieta de crianças menores de 2 anos.

REFERÊNCIAS

ARIMOND, M.; RUEL, M. T. Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 demographic and health surveys. **The Journal of Nutrition**, Bethesda, v. 134, n. 10, p. 2579-2585, 2004.

ASSUNÇÃO, M. C. F. et al. Efeito da fortificação de farinhas com ferro sobre anemia em pré-escolares, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 539-548, 2007. doi:10.1590/S0034-89102006005000031.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S. Efeito da fortificação de alimentos com ferro sobre anemia em crianças: um estudo de revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 269-281, fev. 2007. doi:10.1590/S0102-311X2007000200003.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 3, n. 21, Oct. 2003.

BERNARDI, J. L. D.; JORDÃO, R. E.; BARROS FILHO, A. A. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D. C., v. 26, n. 5, p. 405-411, 2009. doi:10.1590/S1020-49892009001100004.

BHUTTA, Z. A. et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? **The Lancet**, London, v. 382, n. 9890, p. 452-477, Aug. 2013. doi:10.1016/S0140-6736(13)60996-4.

BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9890, p. 427-451, Aug. 2013. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991. 43 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm>. Acesso em: 18 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b. 50 p.

_____. Resolução nº 344, de 13 de dezembro de 2002. Regulamenta a fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dez. 2002c. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/ferro/resolucao_rdc344_2002.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 28 p.

_____. Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jan. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm>. Acesso em: 06 mar. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília, DF: ANVISA, 2007. 156 p.

_____. Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Rede Amamenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 nov. 2008. Seção 1, p. 124. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2799_18_11_2008.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 112 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável: caderno do tutor.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 105 p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Sala de apoio à amamentação em empresas.** Brasília, DF: ANVISA, 2010c. 10 p. Nota técnica conjunta nº 01/2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. 58 p.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011b. Seção 1, p. 109. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Campanha nacional de vacinação contra pólio – 1ª etapa 2011 – vacinômetro – município Guarapuava.** Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio1_11_selecao.asp?enviar=ok&sel=vacinometro&faixa=todos&grupo=todos&uf=PR&municipio=410940. Acesso em: 22 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de fortificação caseira no Brasil: workshop 29 e 30 de setembro de 2011** Brasília-DF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 50 p.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. **Vacinação em dia:** campanha para atualização da caderneta de vacinação. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/alinesousa2013/apresentacao-multivacinacao-portal>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Campanha nacional de vacinação contra poliomielite 2012 – vacinômetro – município de Guarapuava.** Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio_12_selecao.asp?enviar=ok&sel=vacinometro&faixa=todos&grupo=todos&uf=PR&municipio=410940>. Acesso em: 22 ago. 2012.

_____. Portaria nº 1.920, de 05 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 set. 2013a. Seção 1, p. 64. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro:** manual de condutas gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. **Bancos de Leite Humano:** localização e relatórios: Brasil. Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em: <http://producao.redeblh.icict.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php>. Acesso em: 24 jun. 2014.

_____. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/515-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/13-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10384-prevencao-de-violencia-e-promocao-da-cultura-de-paz>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Semana Mundial da Amamentação.** Brasília, DF, 2014c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/514-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10378-primeira-infancia>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Estratégia Amamenta e Alimenta.** Brasília, DF, 2014d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/515-sas->

[raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/13-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10385-mortalidade-infantil](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/13-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10385-mortalidade-infantil.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Desenvolvimento da 1ª Infância/Brasil Carinhoso**. Brasília, DF, 2014e. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/515-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/13-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12883-desenvolvimento-da-1-infancia-brasil-carinhoso>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Situação de saúde: Paraná**. Brasília, DF, 2014f. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSPR.def>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família**. Brasília, DF, 2014g. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 21 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos infantis: Paraná**. Brasília, DF, 2014h. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10pr.def>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. **Bancos de leite humano: localização e relatórios: localizados na região Sul: Paraná, Rio de Janeiro**, 2014i. Disponível em: <http://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/enderecos.php?regiao=Sul&idt_estado=16&lista_blh=sim>. Acesso em: 21 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Nascidos vivos: Paraná**. Brasília, DF, 2014j. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Situação de Saúde. **Notas técnicas**. Brasília, DF, 2014k. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/SIABSdescr.htm>>. Acesso em: 25 maio 2014.

BRECAILO, M. K. **Aleitamento materno: estudo com crianças menores de dois anos atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de Guarapuava – PR**. 2007. 115 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BRECAILO, M. K. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 553-563, jul./ago. 2010. doi:10.1590/S1415-52732010000400006.

BRITTO, P. R.; ULKUER, N. Child development in developing countries: child rights and policy implications. **Child Development**, Malden, v. 83, n. 1, p. 92-103, Jan./Feb. 2012. doi:10.1111/j.1467-8624.2011.01672.x.

CAETANO, M. C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010. doi:10.1590/S0021-75572010000300006.

CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1027-1033, 2008. doi:10.1590/S0034-89102008005000057.

CORRÊA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 258-264, 2009. doi:10.1590/S0103-05822009000300005.

COULTHARD, H.; HARRIS, G.; EMMETT, P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 5, n. 1, p. 75-85, 2009. doi:10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S332-S340, 2008. Suplemento 2. doi:10.1590/S0102-311X2008001400018.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008. doi:10.1590/S0034-89102008000600003.

CUNHA, E. M. G. P.; JAKOB, R. O. S. E. Saúde das crianças. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. cap. 8, p. 207-241.

DAELMANS, B.; DEWEY, K.; ARIMOND, M. New and updated indicators for assessing infant and young child feeding. **Food and Nutrition Bulletin**, Boston, v. 30, n. 2, p. S256-S262, 2009. Supplement.

DEWEY, K. G. The challenge of meeting nutrient needs of infants and young children during the period of complementary feeding: an evolutionary perspective. **The Journal of Nutrition**, Bethesda, v. 143, n. 12, p. 2050-2054, 2013. doi:10.3945/jn.113.182527.

DEWEY, K. G.; BROWN, K. H. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for interventions programs. **Food and Nutrition Bulletin**, Boston, v. 24, n. 1, p. 5-28, 2003.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 117, n. 3, p. e380-e386, Mar. 2006. doi:10.1542/peds.2005-1496.

FELDEN, C. A. et al. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. **Caries Research**, London, v. 44, n. 5, p. 445-452, 2010. doi:10.1159/000319898.

FRIEL, J. K. et al. Canadian infants' nutrient intakes from complementary foods during the first year of life. **BMC Pediatrics**, London, v. 10, n. 43, 2010. doi:10.1186/1471-2431-10-43.

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-316, fev. 2011. doi:10.1590/S0102-311X2011000200012.

GOMES, P. T. T. **Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na segunda etapa da campanha nacional de vacinação nos postos de saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004**. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GROTE, V.; THEURICH, M. Complementary feeding and obesity risk. **Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care**, London, v. 17, n. 3, p. 273-277, May 2014. doi:10.1097/MCO.0000000000000054.

GUARAPUAVA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2008 – 2009: mais saúde pra você**. Guarapuava, 2008. 149 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010 – 2013**. Guarapuava, 2010. 70 p.

_____. Lei nº 38, de 21 de novembro de 2012. Institui o Comitê Gestor Municipal de Aleitamento Materno. **Câmara Municipal de Guarapuava**, 2012. Disponível em: <<http://www.guarapuava.pr.leg.br/noticias/camara-aprova-projeto-que-institui-o-comite-gestor-municipal-de-aleitamento-materno?searchterm=projeto+lei+38+2012>>. Acesso em: 8 maio 2014.

HAZIR, T. et al. Determinants of inappropriate timing of introducing solid, semi-solid or soft food to infants in Pakistan: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2006–2007. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 8, p. 78-88, 2012. Supplement 1. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00383.x.

HENDRICKS, K. et al. Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. **Journal of the American Dietetic Association**, Philadelphia, v. 106, n. 1, p. S135-S148, 2006. Supplement. doi:10.1016/j.jada.2005.09.035.

HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. Descriptive studies. In: _____. **Epidemiology in medicine**. Boston: Little, Brown and Company, 1987. cap. 5, p. 101-131.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. 150 p.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno estatístico**: município de Guarapuava. Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 9 maio 2014.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, London, v. 362, n. 9377, p. 65-71, July 2003. doi:10.1046/j.1365-2214.2003.00376_6.x.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. A. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 90-98, 2009. doi:10.1590/S0103-05822009000100014.

JOSHI, N. et al. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in young children in Nepal: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2006. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 8, p. 45-59, 2012. Supplement 1. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00384.x.

KABIR, I. et al. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in infant and young children in Bangladesh: secondary data analysis of Demographic Health Survey 2007.

Maternal & Child Nutrition, Preston, v. 8, p. 11-27, 2012. Supplement 1. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00379.x.

KIMANE-MURAGE, E. W. et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. **BMC Public Health**, London, v.11, n. 396, 2011. doi: 10.1186/1471-2458-11-396.

KISH, L. Survey sampling. In: _____. **Stratified sampling**. New York: John Wiley & Sons, 1965. cap. 3, p. 75-112.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review**. Geneva, 2001. 47 p.

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 284-286, 2003. doi:10.1590/S0021-75572003000400004.

LUTTER, C. K. Growth and complementary feeding in the Americas. **Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases**, Philadelphia, v. 22, n. 10, p. 806-812, 2012. doi:10.1016/j.numecd.2012.07.004.

LUTTER, C. K. et al. Undernutrition, poor feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 128, n. 6, p. e1418-e1427, Dec. 2011. doi:10.1542/peds.2011-1392.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva, 1991. 30 p.

MAIS, L. A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93-104, 2014. doi:10.1590/1413-81232014191.2168.

MALIK, V. S.; SCHULZE, M. B.; HU, F. B. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. **The American Journal of Clinic Nutrition**, Bethesda, v. 84, n. 2, p. 274-288, 2006.

MARCOLINO, F. F. **Alimentação de crianças menores de 18 meses atendidas pelo PFS em dois municípios de São Paulo**. 2010. 147 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MARRIOTT, B. P. et al. How well are infant and young child World Health Organization (WHO) feeding indicators associated with growth outcomes? An example from Cambodia. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 6, n. 4, p. 358-373, 2010. doi:10.1111/j.1740-8709.2009.00217.x.

MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012. doi:10.2223/JPED.2154.

MONTEIRO, C. A. et al. Avaliação antropométrica do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. cap. 11, p. 213-230.

MONTEIRO, R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D. C., v. 19, n. 5, p. 354-362, 2006. doi:10.1590/S1020-49892006000500014.

MOORCROFT, K. E.; MARSHALL, J. L.; McCORMICK, F. M. Association between timing of introducing solid foods and obesity in infancy and childhood: a systematic review. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 7, n. 1, p. 3-26, 2011. doi:10.1111/j.1740-8709.2010.00284.x.

MULLANY, L. C. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. **The Journal of Nutrition**, Bethesda, v. 138, n. 3, p. 599-603, 2008.

OWEN, C. G. et al. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 115, n. 5, p. 1367-1377, May 2005. doi:10.1542/peds.2004-1176.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Geneva, 2003. 37 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano estadual de saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013a. 220 p.

_____. Agência de Notícias do Paraná. **Programa lançado em Guarapuava fortalece a rede mãe paranaense**. Curitiba, 2013b. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=78166&tit=Programa-lancado-em-Guarapuava-fortalece-a-Rede-Mae-Paranaense>>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. Secretaria do Trabalho, Emprego e Economia Solidária. **Programa Leite das Crianças**. Curitiba, 2014. Disponível em: <<http://www.leitedascrianças.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1>>. Acesso em 23 jun. 2014.

PATEL, A. et al. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in young children in India: secondary analysis of National Family Health Survey 2005–2006. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 8, p. 28-44, 2012. Supplement 1. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00385.x.

PEARCE, J.; LANGLEY-EVANS, S. C. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. **International Journal of Obesity**, London, v. 37, n. 4, p. 477-485, 2013. doi:10.1038/ijo.2013.8.

PEREIRA, M. A. The possible role of sugar-sweetened beverages in obesity etiology: a review of the evidence. **International Journal of Obesity**, London, v. 30, p. S28–S36, 2006. Supplement 3. doi:10.1038/sj.ijo.0803489.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S37-S45, 2003. Suplemento 1. doi:10.1590/S0102-311X2003000700005.

RUOTTINEN, S. et al. High sucrose intake is associated with poor quality of diet and growth between 13 months and 9 years of age: the special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 121, n. 6, p. e1676-e1685, June 2008. doi:10.1542/peds.2007-1642.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 53-58, 2007. doi:10.2223/JPED.1588.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2253-2262, nov. 2011. doi:10.1590/S0102-311X2011001100018.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. **Nutrition Journal**, London, v. 13, n. 33, 2014. doi:10.1186/1475-2891-13-33.

SANTOS, L. M. P. et al. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 86, n. 6, p. 474-479, June 2008. doi:10.2471/BLT.07.043638.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. cap. 10, p. 195-212.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARÍN-LEÓN, L. Amamentação e alimentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. cap. 9, p. 242-251.

SENARATH, U.; DIBLEY, M. J. Complementary feeding practices in South Asia: analyses of recent national survey data by the South Asia Infant Feeding Research Network. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 8, p. 5-10, 2012. Supplement 1. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00371.x.

SENARATH, U. et al. Comparisons of complementary feeding indicators and associated factors in children aged 6-23 months across five South Asia countries. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 8, p. 89-106, 2012a. Supplement 1. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00370.x.

SENARATH, U. et al. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in young children in Sri Lanka: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2006–2007. **Maternal & Child Nutrition**, Preston, v. 8, p. 60-77, 2012b. Supplement 1. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00375.x.

SILVA, L. L. S. (Org.). **Boletim ENFAC: como prevenir a anemia e outras deficiências de nutrientes na infância**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/boletim_enfac2014.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística: um curso introdutório**. São Paulo: EDUSP, 1998. 124 p.

SKINNER, J. D. et al. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-age children? **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Philadelphia, v. 34, n. 6, p. 310-315, Nov./Dec. 2002. doi:10.1016/S1499-4046(06)60113-9.

TATONE-TOKUDA, F.; DUBOIS, L.; GIRARD, M. Psychosocial determinants of the early introduction of complementary foods. **Health Education & Behavior**, Thousand Oaks, v. 36, n. 2, p. 302-320, Apr. 2009. doi:10.1177/1090198107303307.

THOUSAND DAYS. 1,000 days partnership progress report. **Report**. Washington, D. C., 2013. Disponível em: <<http://www.thousanddays.org/resource/1000-days-partnership-progress-report/>> Acesso em: 24 jun. 2014.

TOMA, T. S. Aleitamento materno e políticas públicas: implicações para a saúde na infância e na vida adulta. In: TADDEI, J. A. et al. (Ed.). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. cap. 10, p. 179-196.

VANNUCCHI, H.; VÍTOLO, M. R.; JORDÃO JÚNIOR, A. A. Micronutrientes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. cap. 13, p. 249-263.

VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002. doi:10.1590/S0034-89102002000300009.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010. doi:10.1590/S0021-75572010000400012.

VENANCIO, S. I. et al. **Monitoramento de práticas de alimentação infantil em capitais brasileiras**: validação de metodologia para realização de inquéritos telefônicos. São Paulo, 2013. 15 p.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. **Public Health Nutrition**, Cambridge, v. 9, n. 1, p. 40-46, 2006. doi:10.1079/PHN2005760.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1205-1208, 2013. Comunicação Breve. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004676.

VICTORA, C. G. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 99, n. 3, p. 445-453, Mar. 1997. doi:10.1542/peds.99.3.445.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, London, v. 371, n. 9609, p. 340-357, Jan. 2008. doi:10.1016/S0140-6736(07)61692-4.

VICTORA, C. G. et al. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 125, n. 3, p. e473-e480, Mar. 2010. doi:10.1542/peds.2009-1519.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, maio 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

VIEIRA, R. C. S.; FERREIRA, H. S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 433-444, maio/jun. 2010. doi:10.1590/S1415-52732010000300011.

WEBB, K. L. et al. Consumption of 'extra' foods (energy-dense, nutrient-poor) among children aged 16–24 months from western Sydney, Australia. **Public Health Nutrition**, Cambridge, v. 9, n. 8, p. 1035–1044, 2006. doi:10.1017/PHN2006970.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva, 1991. 16 p.

_____. **Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding**. A54/INF.DOC./4, Annex. Geneva, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. **Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes**. Geneva, 2003. 158 p.

_____. **Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age**. Geneva, 2005. 40 p.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007**. Washington, D.C., 2008. 19 p.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 2 measurement**. Geneva, 2010a. 91 p.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 3 country profiles.** Geneva, 2010b. 59 p.

WHO COLLABORATIVE STUDY TEAM ON THE ROLE OF BREASTFEEDING ON THE PREVENTION OF INFANT MORTALITY. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **The Lancet**, London, v. 355, n. 9202, p. 451-455, Feb. 2000.

WHO MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP. Complementary feeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 95, p. 27-37, 2006. Supplement. doi:10.1080/08035320500495456.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. **Global strategy for infant and young child feeding.** Geneva, 2003. 30 p.

APÊNDICE A – Manual do entrevistador

AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES
DE DOIS ANOS EM CAMPANHA DE VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE
GUARAPUAVA-PR

MANUAL DO ENTREVISTADOR
2012

Responsável pela pesquisa: Profa. Paula Chuproski Saldan
(Departamento de Nutrição da UNICENTRO)

Contatos: (42) 9946-8763/(11) 6358-8770

E-mail: profpaulach@hotmail.com

Este manual foi elaborado com base no manual do entrevistador do ano de 2011 utilizado no Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), que é desenvolvido pela equipe de pesquisadores do Instituto de Saúde (SES/SP) do estado de São Paulo.

Informações do Entrevistador e Local da Pesquisa

Entrevistador:
Posto de Vacinação:
Endereço:
Telefones:
Critério de sorteio crianças < 1 ano de idade:
Critério de sorteio crianças de 12 a 23 meses de idade:

Contatos com o Supervisor de Campo

Nome do Supervisor:
Telefone:
E-mail:

Caro(a) Entrevistador(a),

A alimentação adequada nos dois primeiros anos de vida é de extrema importância para a saúde das crianças. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam que as crianças devem ser amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida e que a partir do sexto mês, a alimentação complementar deve ser iniciada, mantendo-se o aleitamento materno até o segundo ano de vida ou mais.

Por meio dessa pesquisa saberemos o quanto essa recomendação está sendo cumprida no município de Guarapuava. Essa pesquisa faz parte de uma tese de doutorado que tem como objetivo avaliar as práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade e com os resultados em mãos, os gestores e profissionais de saúde também poderão planejar ações pertinentes à comunidade onde atuam, a fim de proteger, promover e apoiar a amamentação e hábitos alimentares saudáveis na infância.

O trabalho do entrevistador é fundamental para que essa pesquisa se realize!

É obrigatório o uso de jaleco branco e crachá de identificação no momento da entrevista.

LEMBRE-SE: as entrevistas deverão ser realizadas antes da vacinação.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Captação das crianças na fila de vacinação

- É fundamental que as orientações do Supervisor de Campo da Pesquisa sobre a forma de identificação e seleção das crianças na fila de vacinação sejam seguidas corretamente.
- Nos postos de vacinação com grande número de crianças ocorrerá o **sorteio de crianças**: algumas serão entrevistadas, **outras serão “puladas” respeitando critérios**.
- Para uma melhor organização do trabalho de campo os entrevistadores deverão formar duas filas. Uma fila só com crianças menores de 1 ano de idade e outra fila só com crianças de 12 a 23 meses de idade.
- Nos postos de vacinação com definição de critério de sorteio, **todas as crianças menores de um ano e de 12 a 23 meses deverão ser incluídas na contagem para o sorteio**.
- Na tabela abaixo são apresentados vários **critérios de sorteio para selecionar as crianças menores de 1 ano e de 12 a 23 meses nas filas de vacinação**. Verifique com o

Supervisor qual o critério adotado para o seu posto de vacinação. Assinale o critério e instruções de sorteio do seu posto de vacinação:

Critério de sorteio crianças < 1 ano	Instrução para o pulo de crianças na fila de vacinação
☐ Sem sorteio	Entrevistar todas as crianças menores de 1 ano
☐ 1 sim 1 não	Entrevistar 1 criança e pular 1 criança menor de 1 ano
☐ 1 sim 2 não	Entrevistar 1 criança e pular 2 crianças menores de 1 ano

Critério de sorteio crianças de 12 a 23 meses	Instrução para o pulo de crianças na fila de vacinação
☐ Sem sorteio	Entrevistar todas as crianças de 12 a 23 meses
☐ 1 sim 1 não	Entrevistar 1 criança e pular 1 criança de 12 a 23 meses
☐ 1 sim 2 não	Entrevistar 1 criança e pular 2 crianças de 12 a 23 meses
☐ 1 sim 3 não	Entrevistar 1 criança e pular 3 crianças de 12 a 23 meses

- Ao dar início ao trabalho, o entrevistador deve percorrer a fila para identificar os menores de 1 ano. Ao identificar a primeira criança menor de 1 ano aplicará o primeiro questionário do dia e a partir dessa criança respeitará o critério de sorteio estabelecido para crianças menores de 1 ano.
- O mesmo deve ser feito para crianças de 12 a 23 meses, ou seja, ao dar início ao trabalho, o entrevistador deve percorrer a fila para identificar as crianças de 12 a 23 meses. Ao identificar a primeira criança de 12 a 23 meses aplicará o primeiro questionário do dia e a partir dessa criança respeitará o critério de sorteio estabelecido para crianças de 12 a 23 meses.
- **Em postos de vacinação com critério de sorteio**, após a realização da primeira entrevista, o entrevistador dará início à **contagem de pulo de crianças**. **Os maiores de 1 ano e os que fazem aniversário no dia da pesquisa não devem ser contados como crianças menores de 1 ano de idade e sim como crianças de 12 a 23 meses.**
- **Os maiores de 2 anos e os que fazem aniversário no dia da pesquisa, ou seja, completam 2 anos no dia da entrevista, não devem ser contados como crianças de 12 a 23 meses e sim excluídos da pesquisa e não são contados para o pulo na fila de vacinação.**
- **Em postos de vacinação com critério de sorteio e com mais de um entrevistador, ao terminar o preenchimento de um questionário**, o Entrevistador deverá:

-verificar na fila de vacinação onde foi selecionado o último acompanhante para responder a pesquisa;

-**contar** a partir desse acompanhante (que está respondendo ou acabou de responder o questionário) o **número de crianças menores de 1 ano que deverá pular** antes de aplicar o próximo questionário.

- A contagem de pulo sempre inicia com a criança menor de 1 ano seguinte ao último entrevistado. O mesmo vale para crianças de 12 a 23 meses, ou seja, a contagem do pulo sempre inicia com a criança de 12 a 23 meses seguinte ao último entrevistado.
- Se o acompanhante da criança selecionada declarar recusa (não quer participar da pesquisa), anote ☒ **RECUSA** no questionário, e continue com o pulo, como se o acompanhante tivesse respondido a entrevista.

Exemplos de anotação do entrevistador para controle do sorteio. Assinale o seu critério de sorteio.

Critério ☐ 1 sim 1 não	☺ ↓	Recusa ↓	☺ ↓
Critério ☐ 1 sim 2 não	☺ ↓ ↓	☺ ↓ ↓	Recusa ↓ ↓
Critério ☐ 1 sim 3 não	☺ ↓ ↓ ↓	Recusa ↓ ↓ ↓	☺ ↓ ↓ ↓

☺ = criança entrevistada

↓ = pulo na fila de vacinação

Recusa = mãe ou acompanhante não aceitou participar da pesquisa (contar como se a mãe tivesse sido entrevistada).

- Se o acompanhante estiver com mais de uma criança menor de um ano na fila de vacinação, verifique se são seus filhos. Escolha, para aplicar a entrevista, a criança que for filho (a) do acompanhante e se houver mais de um filho, escolha a criança mais nova. No caso de gêmeos, escolha o filho que nasceu por último. Não esqueça de incluir as demais crianças na contagem do “pulo”.
- Se as entrevistas forem aplicadas em outros dias, além do dia “D”, pode-se entrevistar a primeira criança menor de um ano de cada dia e a primeira criança de 12 a 23 meses e então prosseguir a contagem para o sorteio.

Como iniciar a entrevista

- Apresentação do entrevistador na fila de vacinação:
 - *“Bom dia! Estamos realizando uma pesquisa sobre alimentação das crianças menores de 2 anos. O(A) Sr.(a) poderia me dizer a idade dessa criança?”*
 - **Se a criança for maior de 2 anos**, agradeça e passe para a próxima criança.
 - **Se a criança for menor de 1 ano ou tiver entre 12 e 23 meses** (e, no caso de sorteio, tiver sido selecionada) continuar dizendo:

TERMO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA
<p><i>"Essa pesquisa tem como objetivo conhecer a alimentação de crianças menores de dois anos. Sua participação não é obrigatória, seu nome e de sua criança não serão divulgados. Em qualquer momento o(a) Sr.(a) poderá interromper a entrevista. Vamos fazer algumas perguntas e anotar informações da Caderneta de Saúde da Criança. A entrevista dura no máximo 10 minutos e não vai atrasar a vacinação da criança. O(A) Sr.(a) concorda em participar da pesquisa?"</i></p>

- As mães (ou acompanhantes das crianças) poderão solicitar mais informações sobre a pesquisa, o entrevistador poderá responder: *“- Farei perguntas sobre os alimentos que a criança recebeu nas últimas 24 horas. A participação do senhor (a) é muito importante para que os profissionais de saúde possam conhecer melhor os hábitos alimentares das crianças. Se precisar ou desejar a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá interromper a entrevista. Podemos começar?”*
- Logo após a leitura do Termo de Apresentação da Pesquisa, entregar para a mãe/acompanhante a filipeta (papel) com os dados para contatos com a Coordenadora da Pesquisa e do Ambulatório de Nutrição da UNICENTRO.

Todos esses procedimentos são recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS 196/96).

Postura do Entrevistador

- O entrevistador não deve manifestar suas opiniões (risos, comentários, olhares de censura, etc.) para não influenciar as respostas e para não constranger a mãe. As perguntas devem ser aplicadas exatamente como estão escritas.
- Leia as perguntas devagar, com clareza, simpatia, concentração e paciência, principalmente naqueles casos em que o acompanhante da criança apresenta dificuldades na compreensão. Se você perceber que o entrevistado não entendeu a pergunta, leia novamente e com mais calma a questão.
- É fundamental que **todas as crianças menores de 1 ano e de 12 a 23 meses passem pelo entrevistador**, que deverá contá-las e entrevistar suas mães/acompanhantes (respeitando o critério de sorteio e pulo de crianças).
- Peça a colaboração da **Mesa de Vacinação. As atendentes poderão ajudar muito se perguntarem ao acompanhante de criança menor de 1 ano e de 12 a 23 meses se já respondeu a pesquisa antes de liberar a criança.**

Preenchimento do Questionário

- **O correto preenchimento do questionário é fundamental para que os objetivos da pesquisa sejam atingidos.** Recomenda-se que sejam respeitadas as instruções deste manual, mantendo assim o rigor metodológico para não ocorrerem erros na análise e na obtenção dos resultados.
- Preencha todo o questionário durante a realização da entrevista. Com o desenvolvimento do trabalho, você poderá esquecer algumas informações que deixou para anotar depois. Anote suas dúvidas ou situações não previstas nesse Manual no campo das “Observações” no final do questionário.
- **Esclareça dúvidas na hora em que aparecem. Consulte o Manual do Entrevistador sempre que ficar indeciso**, isso lhe dará mais segurança para continuar o trabalho.
- No momento da entrevista procure não mostrar o questionário ao informante. Na **maioria das questões** você deverá ler as perguntas sem ler as alternativas de resposta (sim, não, não sabe, etc) e assinalar com **(X)** uma única alternativa, que corresponde à resposta dada pela mãe ou acompanhante da criança.
- Nas questões **Q.30, Q.31 e Q.66** o entrevistador deve ler a pergunta e as opções de resposta para a mãe/acompanhante da criança.

- As perguntas (questões) são numeradas. Ao lado de cada enunciado você encontra entre parênteses as instruções especiais nos casos em que deverá ler as alternativas de resposta, e a indicação se deve ou não assinalar mais de uma alternativa. Ao lado dos quadradinhos das respostas você encontra números (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) que são os códigos que serão digitados pelo Digitador.

30-A comida oferecida foi: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)	
1 ☐ Igual à da família?	2 ☐ Preparada só para a criança?
3 ☐ Industrializada (de potinho)?	9 ☐ Não Sabe/NA

Instrução para leitura e preenchimento de alternativas de resposta

→ **Código para digitação**

→ **Número da questão**

Observe o sinal de interrogação (?) pontuando as alternativas de respostas que devem ser lidas.

09-A Sra. é a mãe dessa criança?	1 ☐ Sim (Passe p/Q.11)	2 ☐ Não
---	---	--------------------------------

Instrução especial para pulo de questões

- Não preencher a coluna ao lado das perguntas do questionário.** Ela será preenchida pela coordenadora da pesquisa em momento oportuno.
- Ao final da entrevista, antes de liberar a mãe ou acompanhante da criança, faça uma revisão rápida do questionário. Isso dura poucos segundos e melhora muito a qualidade do trabalho. Se alguma questão ficou em branco, confira se as instruções de pulo de questões foram respeitadas. No caso de DÚVIDA se aplica ou não alguma questão, é melhor aplicar a questão e consultar depois o Manual do Entrevistador.
- No caso de rasuras, assinale com um grande círculo a resposta certa.

20-Tomou água?	1 ☒ Sim	2 ☒ Não	9 ☐ Não sabe
-----------------------	---	---	-------------------------------------

- O questionário deve ser preenchido pelo Entrevistador com caneta esferográfica preta ou azul.

- Nas questões abertas (como, por exemplo, nome da criança, nome do hospital onde a criança nasceu, do serviço de saúde onde levam a criança para consultar, peso ao nascer, nome/marca do leite não materno, nome da mãe, idade da mãe) anote com letra legível e com muita atenção as informações. **Tenha um cuidado especial na anotação data de nascimento.**
- Você poderá consultar a **Caderneta de Saúde da Criança** para identificar algumas informações como: Nome completo da criança; nome da mãe; data de nascimento; município que a criança nasceu; hospital que a criança nasceu; peso ao nascer; tipo de parto; unidade de saúde que costumam levar a criança para consultar. **Peça a caderneta da criança para a mãe/acompanhante**, mesmo que a mãe saiba todas as informações, é importante verificar na caderneta se as informações conferem com os dados anotados na caderneta. Isso costuma ser importante quando a mãe tem vários filhos pequenos e pode não lembrar alguns dados de todos os filhos.

QUESTÕES 01 À 04

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE VACINAÇÃO

Recusa ☐

01-Data da entrevista: ____/____/____

02-Entrevistador: _____

03-Local de vacinação: _____

04-Área 1 ☐ Urbana 2 ☐ Rural

O campo ☐ **Recusa** deverá ser preenchido nos casos em que a mãe/acompanhante não aceitar participar da pesquisa.

As questões **Q.01-Data da entrevista**, **Q.02-Entrevistador**, **Q.03-Local de vacinação**, **Q.04-Área** (área de localização do posto de vacinação), **podem ser preenchidas antes da aplicação dos questionários**, para diminuir a duração de cada entrevista.

O preenchimento de datas deve respeitar o seguinte critério: 2 algarismos para dias, 2 algarismos para mês e 4 algarismos para o ano. Exemplo: 16/06/2012.

QUESTÕES 05 À 17

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA, ACOMPANHANTE, INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO

05-Nome completo da criança: _____

Anotar o nome completo da criança (nome e todos os sobrenomes) diretamente da carteirinha de saúde da criança ou no caso da mãe estar sem a carteirinha conforme o mapa de vacinação.

06- Data de nascimento desta criança: ____/____/____ (Anote da Caderneta de Saúde da Criança) ☐ Não há informação (Encerre a entrevista)

Muito cuidado no preenchimento das datas. Se necessário consulte um documento da criança para obter essa informação.

Caso não seja possível obter a data de nascimento, anote ☒ Não há informação, encerre a entrevista e siga a contagem de pulo, como se o acompanhante tivesse respondido a entrevista.

Deverão ser entrevistadas crianças menores de 1 ano e crianças de 12 a 23 meses de idade. **Se a criança já completou 1 ano de idade, ou está fazendo aniversário no dia de entrevista, ela deve ser contada para o pulo na fila e/ou entrevistada no grupo de crianças de 12 a 23 meses de idade. Se a criança já completou 2 anos de idade, ou está fazendo aniversário no dia da entrevista não aplique o questionário, agradeça a colaboração e passe para outra criança. Atenção! Essa criança não será contada para o pulo na fila de vacinação.**

Preencha datas com 2 algarismos para dias, 2 algarismos para mês e 4 algarismos para o ano. Exemplo: 06/05/2011.

07- Qual o peso desta criança ao nascer? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gramas (Anote da Caderneta de Saúde da Criança) 9 ☐ Não sabe
--

Se necessário, consulte a informação contida na Caderneta de Vacina. Anote a medida em 4 algarismos.

Exemplos: Se a criança nasceu com 3 quilos 350 gramas anote **3350** gramas.

Se a criança nasceu com 4 quilos anote **4000** gramas.

08- Sexo da criança: 1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino
--

Refere-se ao sexo da criança.

09- A Sra. é a mãe dessa criança? 1 ☐ Sim (Passe p/Q.11) 2 ☐ Não
10- O que o (a) Sr.(a) é da criança? 1 ☐ Pai 2 ☐ Avô(ó) 3 ☐ Tio(a) 4 ☐ Outro (especifique: _____) 9 ☐ Não se aplica

O objetivo dessas perguntas é saber se a criança está acompanhada de sua mãe (biológica ou adotiva) ou de outro membro da família. Qualquer dúvida sobre o grau de parentesco com a criança deve ser anotada no final do questionário nas “Observações”.

Se a criança não estiver acompanhada da mãe aplique a questão - Q.10.

Se a criança estiver acompanhada de sua mãe passe para a questão - Q.11.

11-A criança mora nesta cidade?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Mesmo que a criança não resida no município de realização da pesquisa o questionário deve ser preenchido.

Anote a resposta e siga para a próxima questão – Q.12.

12-Em que município está criança nasceu?	1 ☐ Guarapuava	2 ☐ Outro (Anote o nome)
		9 ☐ Não sabe

Anote o nome do município onde está situado o hospital no qual a criança nasceu ou recebeu assistência após o parto. Essa informação você também encontra na caderneta de saúde da criança.

Nos casos de nascidos em casa, anote o nome do município onde foi realizado o parto.

Anote a resposta e siga para a próxima questão – Q.13.

13-Em que hospital esta criança nasceu? 1(Anote o nome) _____
2 ☐ Nasceu em casa 9 ☐ Não sabe

Anotar o nome do hospital ou do serviço de saúde onde a criança nasceu ou recebeu assistência após o parto, mesmo que não seja do município onde está se realizando a entrevista.

Mesmo que a criança tenha nascido em casa ou na ambulância, se recebeu cuidados em hospital após o parto, preencher a questão.

Se a criança nasceu em casa e não foi levada para nenhum hospital, assinale a alternativa **“Nasceu em casa”**.

Se o acompanhante não souber sobre o local de nascimento, marque **“Não sabe”**. Caso o informante responder **“Não Sabe”** verifique se consegue recuperar alguma informação contida na Caderneta de Saúde da Criança.

Anote a resposta e siga para a próxima questão - Q.14.

14-Qual foi o tipo de parto?	1 ☐ Normal	2 ☐ Fórceps	3 ☐ Cesárea	9 ☐ Não sabe
------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.15.

Se o informante não souber verifique se há essa informação na Caderneta de Saúde da Criança.

15-A criança mamou no peito na primeira hora de vida, logo após o parto?
1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe

Pretende-se verificar se o aleitamento materno foi iniciado logo após o nascimento da

criança, conforme preconizado pela OMS.

Observações podem ser registradas no campo Observação no final do questionário.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.16.

16-A criança mamou no peito alguma vez na vida? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe

Pretende-se verificar se a criança foi colocada para mamar e se mamou alguma vez na vida.

Observações podem ser registradas no campo Observação no final do questionário.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.17.

17-Onde costumam levar a criança para consultar? (Assinale apenas uma alternativa)
 1 ☐ Serviço particular ou Convênio
☐ Rede pública: _____ (Anotar o nome) 9 ☐ Não sabe/NA
 Q.17. Se rede pública(**Não preencher**): 2 ☐ UBS 3 ☐ PACS/ESF 4 ☐ Outro

Se a criança é usuária da rede pública, anotar o nome da unidade de saúde que frequenta.

Caso o informante não saiba o nome da unidade de saúde, procure anotar alguma informação como bairro, vila, avenida onde está situada a unidade de saúde, para que posteriormente o Supervisor identifique o serviço de saúde mencionado. Alguma informação também poderá ser encontrada na Caderneta de Saúde da Criança.

Assinale apenas uma alternativa. Se o informante der **duas ou mais respostas**, pergunte ao informante “*–Mas na maioria das vezes, o que acontece?*” Assinale e anote o serviço mais procurado.

Outras situações:

Exemplo 1: A criança é recém-nascida e não iniciou acompanhamento pelo profissional de saúde, assinalar “Não sabe/Não se aplica (NA)”.

Exemplo 2: Crianças atendidas em Hospitais

Caso o informante responda com o nome de algum hospital procure explorar perguntando: “*–Mas a criança é levada para este hospital apenas nos casos de emergência, ou é levada para acompanhamento frequente no serviço de ambulatório do hospital? Nos casos de consultas de rotina para onde é levada?*”. Caso a mãe leve a criança para ser **atendida apenas na Emergência de Hospital Público** (Pronto Socorro), marque a resposta “Não sabe/Não se aplica (NA)”.

Caso a mãe leve a criança para acompanhamento em **Ambulatório de Hospital** anote o nome.

O importante é que o Entrevistador assinale e anote o nome do serviço de saúde. Em caso de dúvidas utilize o campo de Observação ao final do Questionário, para explicar a situação daquela criança.

QUESTÕES 18 À 60
ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS

ATENÇÃO: As questões 18 à 60 referem-se aos líquidos e alimentos que a criança consumiu nas últimas 24 horas. Nesta pesquisa, consideramos “**últimas 24 horas**” o período compreendido entre “**a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista**”.

É importante fazer todas as perguntas, mesmo que a mãe diga, por exemplo, que “deu só o peito”. Fique atento às instruções sinalizadas entre parênteses ao lado das alternativas de resposta, que indicam quando você deve “pular” alguma questão. Se a mãe/acompanhante não souber sobre um alimento, marque “**Não Sabe**”.

Durante a aplicação desse bloco o entrevistador deve lembrar ao informante o período de interesse para essa pesquisa: “- Da manhã de ontem até a manhã de hoje essa criança...”

-O (A) Senhor (a) pode me dizer quais alimentos esta criança tomou ou comeu **desde ontem de manhã até hoje de manhã**? Eu vou falar o nome de cada alimento e o (a) Sr. (a) me responde sim ou não.

18-Tomou leite do peito?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe p/Q.20) 9 ☐ Não sabe (Passe p/Q.20)
---------------------------------	---

Se a mãe ou informante respondeu “Sim” assinale e siga para a próxima questão – Q.19.

Se a resposta for “Não” ou “Não sabe” assinale e pule para a questão - Q.20.

19-Quantas vezes?	_____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 ☐ Não sabe/NA
--------------------------	---

Considere as mamadas da manhã do dia anterior até a manhã do dia da entrevista, **incluindo as mamadas durante a noite.**

Se a mãe ou informante não souber quantas vezes, pois a criança mamou muito, **explore a questão perguntando:** “-De quanto em quanto tempo a criança mamou?” Ajude a calcular o número de mamadas. **Anote 8 para os casos em que a criança mamou 8 vezes ou mais. Caso o número de mamadas seja menor que 8, anote o número de vezes que a mãe responder.**

Se o informante de fato não sabe informar, pois não acompanhou a rotina da criança, assinale “Não sabe” e siga a próxima questão – Q.20.

20-Tomou água?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Refere-se à água oferecida nas últimas 24 horas. **Não** considerar aqui o **Soro de Reidratação Oral**, pois ele é classificado como “medicamento”. Em caso de dúvida anote no campo observações.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.21.

21-Tomou chá?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Refere-se a qualquer tipo de chá oferecido nas últimas 24 horas, inclusive se dado como remédio, como por exemplo, o “chá para cólica”. Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.22.

22-Tomou leite não materno?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não (Passe p/Q.25)	9 ☐ Não sabe(Passe p/Q.25)
------------------------------------	--------------------------------	---	---

O objetivo dessa questão é saber se a criança recebeu qualquer tipo de leite que não seja o leite materno, com ou sem complementos (açúcar, engrossante, achocolatado, etc). Outro leite pode ser leite em pó, fórmula infantil (leites desenvolvidos especialmente para as crianças), leite fluído (líquido) tipo longa vida/caixinha, em saquinho, leite de vaca in natura, leite de soja, leite de cabra, etc.

Se o informante responder “**Sim**”, assinale e siga para a próxima questão - Q.23.

Se a resposta for “**Não**” ou “**Não sabe**” assinale e pule para a Q.25.

23-Qual leite? (Não leia, espere a mãe falar qual leite e se necessário assinale mais de 1 alternativa)		
1 ☐ Leite de saquinho	2 ☐ Leite longa vida/caixinha	3 ☐ Leite de vaca in natura
4 ☐ Leite em pó comum (incluindo Leite Ninho)		6 ☐ Leite do governo
5 ☐ Fórmula infantil (NAN, Nestogeno ou outro tipo especial)	7 ☐ Leite de outros animais (cabra)	
	9 ☐ Não sabe/NA	
Pergunte e anote o nome/marca que a mãe falar: _____		
Leite fortificado com ferro (Não perguntar para mãe e não preencher): 1 ☐ Sim 2 ☐ Não		

O objetivo dessa questão é saber qual tipo de leite a criança tomou nas últimas 24 horas. Não leia as opções para a mãe/acompanhante, apenas pergunte qual leite a criança tomou e espere a resposta da mãe. Se a mãe estiver confusa ou não souber explore a questão perguntando se é leite de vaca, em pacote ou em caixinha ou outro tipo de leite.

A criança pode estar recebendo alguma fórmula infantil e a mãe pode responder falando o nome da fórmula. Seguem abaixo alguns laboratórios e o nome comercial das principais fórmulas infantis.

NESTLÉ	ABBOTT	SUPPORT	MEAD JOHNSON
NAN Pro 1 NAN Pro 2 NAN Confort 1 NAN Confort 2 NESTOGENO 1 NESTOGENO 2 NESTOGENO Plus NAN A.R. NAN H.A. Nidex FM 85 Althéra Alfaré NAN sem lactose NAN Soy Pré NAN	Similac special care Similac advanced 1 Similac advanced 2 Isomil	Aptamil 1 Aptamil 2 Aptamil soja 1 Aptamil soja 2 Bebelac 1 Bebelac 2 Aptamil A.R. Pregomin Aptamil Pré	Enfamil sem lactose Enfamil ProSobee Premium Pregestimil Premium

Depois que a mãe responder qual tipo de leite ela deu para a criança anote o nome comercial (marca) do leite ou alguma informação sobre o leite. Se a mãe disser que dá leite de caixinha ou em pó pergunte se é integral, semidesnatado ou desnatado.

Caso a mãe responda que a criança tomou mais de um tipo de leite não materno assinale as duas opções e anote o nome/marca dos dois leites.

A informação sobre a fortificação do leite com ferro não deve ser perguntada para a mãe e nem preenchida pelo entrevistador, deixar em branco, pois será preenchida pela coordenadora da pesquisa.

Em caso de dúvidas utilize o campo de Observação ao final do Questionário, para explicar a situação da criança.

Se a mãe responder “Não sabe” assinale e passe para a questão - Q. 24.

24-Quantas vezes tomou leite não materno?

1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes 4 ☐ 4 vezes 5 ☐ 5 vezes ou mais 9 ☐ Não sabe/NA

O objetivo dessa questão é saber quantas vezes a criança tomou outro tipo de leite não materno. Se a mãe tiver dificuldade para lembrar ajude a mãe falando “desde ontem de manhã até hoje de manhã” quantas vezes a criança tomou outro tipo de leite? Ou na parte da manhã quantas vezes? E na parte da tarde? E a noite? E na manhã de hoje?

Se a mãe responder “Não sabe” assinale e passe para a questão - Q. 25.

25-Tomou mingau doce ou salgado?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe

Refere-se à refeição preparada com alguma farinha (trigo, farinha de milho (biju), mandioca, láctea, de roça, etc.) ou engrossante (maizena, cremogema, aveia, mucilon, creme de arroz, etc) e misturada com leite, fruta ou mesmo só com água. Pode ser doce ou salgado.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.26.

26-Comeu fruta em pedaço ou amassada?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Refere-se a todo o tipo de fruta consumida em pedaço ou amassada. **Não considerar** aqui a fruta amassada com leite (essa informação deverá constar na questão - Q.22- *TOMOU LEITE NÃO MATERNO?*).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.27.

27-Tomou suco de fruta natural ou água de coco natural?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar sucos naturais feitos em casa, puros ou misturados com água. Considere também polpa de fruta congelada (desde que não contenha açúcar e conservantes) e água de coco natural.

Não considerar nessa questão a fruta batida com leite (essa informação deverá constar na questão - Q.22- *TOMOU LEITE NÃO MATERNO?*).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.28.

28-Comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não(Passe p/Q.37)
	9 ☐ Não sabe(Passe p/Q.37)	

Refere-se à refeição de sal com consistência semissólida (sopa), pastosa (papa), que contém pedaços inteiros de alimentos e se assemelha à comida dos adultos, ou a mesma comida oferecida ao restante da família. Considere também a comida industrializada (de potinho).

Se a resposta for “**Sim**”, assinale e siga para a próxima questão - Q.29.

Se a resposta for “**Não**” ou “**Não sabe**”, assinale e pule para a questão - Q.37.

29-Quantas vezes comeu comida de sal?	1 ☐ 1 vez	2 ☐ 2 vezes
	3 ☐ 3 vezes ou mais	9 ☐ Não sabe/NA

O objetivo é verificar quantas vezes a criança recebeu comida salgada (de panela, papa ou sopa) da manhã do dia anterior até a manhã do dia da pesquisa.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.30.

30-A comida oferecida foi: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)			
1 ☐ Igual à da família?	2 ☐ Preparada só para a criança?		
3 ☐ Industrializada (de potinho)?	9 ☐ Não Sabe/NA		

Nessa questão o Entrevistador **deverá ler as alternativas de resposta, podendo assinalar mais de uma alternativa. Não leia a opção “Não sabe” para evitar que o entrevistado apressado responda sempre “Não sabe” para outras questões.**

Se a criança recebeu comida salgada 2 vezes ou mais, pode variar a forma de preparo do alimento. Por exemplo, pode ter sido oferecido no almoço uma sopa preparada “só para a criança” e no jantar “refeição igual à da família”. Portanto é importante que o entrevistador

esteja atento ao **número de vezes da Q.29**, para explorar um pouco a resposta, dizendo por exemplo:

“ - *Mas nessas 2 ou 3 vezes* [conforme o que foi respondido na Q.29] *a refeição foi “Igual a da família?”* [explorar a questão repetindo e confirmando o que foi dito na Q.30].

No caso de preenchimento de mais de uma alternativa o **Supervisor** na revisão dos questionários irá anotar na última coluna os vários códigos assinalados pelo Entrevistador. Assinale a(s) resposta(s) e siga para a próxima questão - Q.31.

31-A comida oferecida foi: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa) 1 ☐ Em pedaços? 2 ☐ Amassada? 3 ☐ Passada pela peneira? 4 ☐ Liquidificada? 9 ☐ Não sabe/NA

Nessa questão o Entrevistador deverá **ler as alternativas de resposta, podendo assinalar mais de uma resposta. Não leia a opção “Não sabe”.**

Se a criança recebeu comida salgada 2 vezes ou mais [conforme o que foi respondido na Q.29], pode variar o cardápio e a consistência do alimento (em pedaço, amassada, passada pela peneira, liquidificada), portanto é importante que o Entrevistador confirme a resposta dizendo:

“- *Mas nessas 2 ou 3 vezes* [conforme o que foi respondido na Q.29] *a refeição foi amassada?* [explorar a questão repetindo e confirmando o que foi dito na Q.31].

Mesmo no caso da criança ter recebido apenas 1 refeição (Q.29), pode acontecer de na Q.31 o acompanhante responder 2 alternativas, pois a comida foi amassada e depois liquidificada.

Assinale a(s) resposta(s) e siga para a próxima questão - Q.32.

32-A comida tinha feijão, em caldo ou grão?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
--	--

Considerar qualquer tipo de feijão.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.33.

33-A comida tinha algum tipo de carne (boi, frango, porco, peixe ou miúdos)?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
---	--

Considerar carne de boi, vaca, frango, galinha, porco, peixe, bode, carneiro e vísceras ou miúdos (fígado, coração, moela, rim, etc.).

Não considerar embutidos, como salsicha, linguiça, etc. (essa informação deverá constar na questão - Q.59. “A criança consumiu algum outro alimento? Qual?”).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.34.

34- A comida tinha arroz, macarrão, batata, polenta ou mandioca?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
---	--

Se o informante responder qualquer um desses alimentos assinale “Sim”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.35.

35- A comida tinha legumes (tomate, beterraba, chuchu ou abobrinha)?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
---	--

Se o informante responder qualquer um desses alimentos assinale “Sim”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.36.

36- A comida tinha verduras de folhas verde-escuras (agrião, almeirão, mostarda, epinafre, brócolis ou couve)?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
---	--

Se o informante responder qualquer um desses alimentos assinale “Sim”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.37.

37- Comeu cenoura, abóbora, batata doce ou batata salsa?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
---	---

Se o informante responder qualquer um desses alimentos assinale “Sim”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.38.

38- Comeu mamão, pêssgo ou manga?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
--	---

Se o informante responder qualquer um desses alimentos assinale “Sim”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.39.

39- A criança comeu ovo?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
---------------------------------	---

Considerar o ovo inteiro, só a clara ou só a gema. De galinha, pata ou codorna.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.40.

40- Comeu pão?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
-----------------------	---

Considerar qualquer tipo de pão (pão caseiro, de leite, francês, integral, industrializado, etc). Se a mãe responder que a criança consumiu cachorro quente essa informação deverá constar na questão - Q.59. “A criança consumiu algum outro alimento? Qual?”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.41.

41- Comeu biscoito salgado ou bolacha doce sem recheio?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
--	---

Considerar qualquer tipo de biscoito salgado (tipo *Cream Cracker*, Água e Sal) ou bolacha doce simples/**sem recheio** (Maria, Maisena, caseira, Coco, Leite, etc).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.42.

42-Comeu bolacha doce recheada?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer tipo de bolacha doce **com recheio** (Trakinas®, Negresco®, Bono®, Passatempo®, etc).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.43.

43-Comeu alguma comida que tinha farinha de trigo ou de milho?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer alimento que tenha sido consumido pela criança que tinha na preparação um dos tipos de farinha (trigo ou milho), por exemplo, pão, bolo, torta salgada, bolacha caseira, mingau, etc.

Explorar essa questão com a mãe.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.44.

44-Tomou iogurte natural, de fruta ou coalhada caseira?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar iogurte natural industrializado, iogurte de fruta industrializado ou iogurte feito em casa (coalhada).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.45.

45-Tomou iogurte tipo “danoninho”?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar “Danoninho®”, iogurte tipo “*petit suisse*” (Batavinho®, etc).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.46.

46-Tomou refrigerante?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer tipo de refrigerante (*light*, *diet*, tradicional).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.47.

47-Tomou suco industrializado ou água de coco de caixinha?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar aqui os sucos artificiais em pó (Tang®, Clight®, etc), os sucos ou água de coco em embalagem tipo “longa vida”/caixinha, suco a base de soja (ADES®, Sollys®, etc) e os sucos artificiais de garrafa tipo pet (Tampico®).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.48.

48-Comeu salgadinho tipo “chips”?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer tipo de salgadinho de pacote tipo “chips”, Elma Chips®, amendoim salgado, etc.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.49.

49-Comeu doces (bala, chiclete, chocolate ou sorvete)?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer tipo de doce como balas, chicletes, chocolate ou sorvete. Não considerar aqui doces de frutas ou geleias naturais (morango, uva ou abóbora).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.50.

50-Comeu algum alimento frito?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
---------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer alimento frito (batata frita, banana frita, carne frita, linguiça frita). Não considerar batata frita de pacotinho, colocar na questão – Q. 48 “Comeu salgadinho tipo “chips”?”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.51.

51-Tomou café?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Refere-se a qualquer tipo de café oferecido nas últimas 24 horas. Considere também café com leite.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.52.

52-Recebeu alimento adoçado com açúcar, açúcar mascavo ou adoçante?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer líquido ou alimento (leite, chá, água, mingau, fruta, sucos, etc) adoçado com açúcar, açúcar mascavo ou adoçante artificial oferecido nas últimas 24 horas.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.53.

53- Recebeu alimento adoçado com mel ou melado de cana?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer líquido ou alimento (leite, chá, água, mingau, fruta, sucos, etc) adoçado com mel ou melado de cana oferecido nas últimas 24 horas.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.54.

54-Quantas vezes a criança lanchou (pão, biscoito, bolacha, frutas, iogurte) desde ontem de manhã até hoje de manhã?	1 ☐ 1vez	2 ☐ 2 vezes
	3 ☐ 3 vezes	4 ☐ 4 vezes ou mais
	5 ☐ nenhuma	9 ☐ Não sabe

O objetivo é verificar quantos lanches a criança fez nas últimas 24 horas.

Pergunte à mãe quantas vezes a criança lanchou desde ontem de manhã até hoje de manhã. Dê exemplos de alimentos que podem ter sido dados à criança como lanches (pão, biscoito, bolacha, frutas, bolos simples, iogurte) e ajude a mãe lembrar quantas vezes a criança lanchou, pergunte na parte da manhã o que ela comeu? E após o almoço? E na parte da tarde? E após a janta? E antes de dormir? Considere aqui só os lanches, não incluir o leite não materno e as refeições de sal.

Se a criança não lanchou ou só comeu refeição de sal, leite na mamadeira ou copinho ou leite materno assinale a opção “Nenhuma”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.55.

55-Usou mamadeira ou chuquinha?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

A questão procura verificar se algum alimento (leite materno, outro leite, sopa, papa, água, suco, etc) foi dado à criança por meio de mamadeira ou chuquinha.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.56.

56-Usou chupeta (bico)?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
-------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

A questão procura verificar se a criança usou chupeta/bico **desde a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista.**

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.57.

57-Fez uso de suplemento de ferro (sulfato ferroso)?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Perguntar para a mãe se a criança tomou sulfato ferroso ou outro medicamento com ferro **desde a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista.**

Nas unidades de saúde é comum a criança receber sulfato ferroso, mas outros nomes comerciais também podem ser citados pelas mães (Neutrofer®, Noripurum®, Ferrini® ou Fer-in-sol®). Os dois primeiros nomes são mais comuns.

Caso a mãe responda o nome comercial do medicamento ou você fique com dúvidas anote no campo Observações.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.58.

58-Fez uso de multimistura?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Perguntar para a mãe se foi colocada multimistura em qualquer alimento dado para a criança (leite, mingau, fruta, vitamina, comida salgada, etc) **desde a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista.**

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.59.

59-A criança consumiu algum outro alimento? Qual? Especifique: _____	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Perguntar para a mãe se foi dado algum outro alimento para a criança **desde a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista. Se a mãe responder SIM, pergunte qual alimento e anote.**

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.60.

60-Recebe o leite do governo (Leite das Crianças)?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

O objetivo dessa questão é saber se a criança está inscrita no Programa Leite das Crianças do governo do estado do Paraná.

Nessa questão perguntar se a criança recebe o leite do governo, independente se ela tomou ou não desde a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.61 **somente se o acompanhante da criança for a mãe. Se o acompanhante não for a mãe da criança faça a revisão do questionário antes de encerrar a entrevista.**

QUESTÕES 61 À 67
INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE DA CRIANÇA

Fazer as perguntas abaixo quando o acompanhante for a mãe da criança

61-Nome completo da mãe:

Anotar o nome completo da mãe da criança (nome e todos os sobrenomes) e siga para a próxima questão – Q.62.

62-Qual é a idade da Sra? _____ (Anos completos)
--

Anotar a **idade da mãe** em anos completos.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.63.

63-Esta criança é o seu primeiro filho?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)	9 ☐ Não sabe
--	--------------------------------	---	-------------------------------------

No caso da mãe responder não, considere apenas filhos nascidos vivos.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.64.

64-A Sra. sabe ler e escrever?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
---------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Se a mãe responder que sabe um pouco, procure saber se ela consegue ler ou escrever uma carta. Se ela responder que sabe escrever uma carta, assinale “Sim”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.65.

65-Qual a última série que cursou com aprovação? (Assinale abaixo)																	
Nunca estudou	☐	1ª	☐	2ª	☐	3ª	☐	4ª	☐	5ª	☐	6ª	☐	7ª	☐	8ª	☐
Ensino Fundamental																	
1º	☐	2º	☐	3º	☐							Incompleto	☐	Completo	☐		
Ensino Médio					Ensino Superior												

Assinale o quadradinho correspondente ao último ano (série) que a mãe cursou com **aprovação (passou de ano)**. Preste atenção no nível do ensino correspondente – ensino fundamental (antigo primeiro grau); ensino médio (antigo colegial), superior incompleto, superior completo.

1º grau (1ª à 9ª série, primário, ginásio) - corresponde ao **Ensino Fundamental**.

2º grau (1º ao 3º ano Colegial) - corresponde ao **Ensino Médio**.

3º grau (faculdade) - corresponde ao **Ensino Superior**.

Exemplos de situações que podem ocorrer:

Exemplo 1: Se a mãe responder: “-*Estudei até a 5ª série*”.

Pergunte: “-*Mas a Sra. chegou a terminar a 5ª série?*”

Se a mãe responder **SIM** anote: **5ª** série do Ensino Fundamental

Se a mãe responder **NÃO** anote: **4ª** série do Ensino Fundamental

Exemplo 2: A mãe respondeu: “-*Estou estudando, estou frequentando o 3º ano do Ensino Médio*”.

Anote o último ano que a mãe concluiu com aprovação. No caso desse exemplo o **último ano concluído** foi o **2º ano** do Ensino Médio.

Em alguns casos, a mãe poderá utilizar a nova nomenclatura do **Ensino Fundamental (1º ao 9º ano)** ao invés de **1ª à 8ª série**. Nesta situação, considere a antiga classificação. Assim, se ela disser: “-*Completei o 9º ano*” considere que completou a **8ª série**.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.66.

66-Sobre o trabalho, neste momento a Sra: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	1 ☐ Está trabalhando fora?
	2 ☐ Não está trabalhando fora?
	3 ☐ Está em licença maternidade?

Nessa questão o Entrevistador **deverá ler as alternativas de resposta. Assinale apenas uma alternativa.**

Trabalhar fora de casa significa que a mãe exerce uma atividade remunerada fora de casa. Ela recebe um salário pelo trabalho que desempenha.

Não trabalhar fora significa que a mãe permanece em casa realizando atividades remuneradas ou não.

Licença maternidade é o afastamento remunerado do trabalho por 4 meses (em alguns locais, 6 meses) que as gestantes têm direito, quando possuem registro em carteira de trabalho.

Exemplos de preenchimento:

Exemplo 1: Se a mãe responder:

“- Não estou trabalhando fora, mas faço um bico como diarista” 1 ☒ Está trabalhando fora

Exemplo 2: Se a mãe responder:

“- Faço bico em casa costurando para uma confecção” 2 ☒ Não está trabalhando fora

Exemplo 3: Se a mãe responder:

“- Sou registrada como Empregada Doméstica estou de Licença Maternidade, 2 vezes por semana vou à casa da patroa para lavar as roupas, e ela me paga por fora”.

1 ☒ Está trabalhando fora

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.67.

67-A Sra. mora com o pai da criança?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não
--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Perguntar para a mãe se ela mora junto com o pai da criança, na mesma casa.

Observações:

Esse campo deve ser utilizado para anotações de acontecimentos durante a entrevista, dúvidas do entrevistador, anotações de algumas falas do informante que podem ajudar o Supervisor a decidir sobre o preenchimento de alguma questão.

Encerramento da Entrevista

Antes de liberar a mãe/acompanhante, **revise rapidamente o preenchimento** de todo o questionário, observando as questões que não foram assinaladas. Verifique se seguiu corretamente as instruções de pulo, ou se esqueceu de aplicar alguma questão. No caso de **rasura circule a resposta correta.**

Após revisar o preenchimento, esclarecer e corrigir alguma questão, encerre a entrevista e agradeça a colaboração da mãe/acompanhante.

Não esqueça de entregar para a mãe/acompanhante a filipeta (papel) com as informações sobre a pesquisa e o Ambulatório de Nutrição.

A Equipe da Coordenação agradece a colaboração e deseja a todos um ótimo trabalho!!!

05-Nome completo da criança:	NomeCrian _____
06-Data de nascimento desta criança: ____/____/____ (Anote da Caderneta de Saúde da Criança) ☐ Não há informação (Encerre a entrevista)	DataNasc ____/____/____
07-Qual o peso desta criança ao nascer? ☐ ☐ ☐ ☐ Gramas (Anote da Caderneta de Saúde da Criança) ☐ Não sabe	IdadeCrian _____
08-Sexo da criança: 1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino	PesoNas _____
09-A Sra. é a mãe dessa criança? 1 ☐ Sim (Passe p/Q.11) 2 ☐ Não	Sexo _____
10-O que o (a) Sr.(a) é da criança? 1 ☐ Pai 2 ☐ Avô(ó) 3 ☐ Tio(a) 4 ☐ Outro (especifique: _____) 9 ☐ Não se aplica	Mae _____
11-A criança mora nesta cidade? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	Parent _____
12-Em que município está criança nasceu? 1 ☐ Guarapuava 2 ☐ Outro (Anote o nome) _____ 9 ☐ Não sabe	MoraCid _____
13-Em que hospital esta criança nasceu? 1(Anote o nome) _____ 2 ☐ Nasceu em casa 9 ☐ Não sabe	MunicNasc _____
14-Qual foi o tipo de parto? 1 ☐ Normal 2 ☐ Fórceps 3 ☐ Cesárea 9 ☐ Não sabe	Hospit _____
15-A criança mamou no peito na primeira hora de vida, logo após o parto? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe	TipoParto _____
16-A criança mamou no peito alguma vez na vida? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe	Mam1aHr _____
17-Onde costumam levar a criança para consultar? (Assinale apenas uma alternativa) 1 ☐ Serviço particular ou Convênio ☐ Rede pública: _____ (Anote o nome) 9 ☐ Não sabe/NA	MamAlgVez _____
Q.17. Se rede pública(Não preencher): 2 ☐ UBS 3 ☐ PACS/ESF 4 ☐ Outro	Consulta _____

-O (A) Senhor (a) pode me dizer quais alimentos esta criança tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã? Eu vou falar o nome de cada alimento e o (a) Sr. (a) me responde sim ou não.			
18-Tomou leite do peito?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não (Passe p/Q.20)	9 ☐ Não sabe (Passe p/Q.20)
19-Quantas vezes?	_____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais)		9 ☐ Não sabe/NA
20-Tomou água?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
21-Tomou chá?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
22-Tomou leite não materno?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não (Passe p/Q.25)	9 ☐ Não sabe(Passe p/Q.25)
23-Qual leite? (Não leia, espere a mãe falar qual leite e se necessário assinale mais de 1 alternativa)			
1 ☐ Leite de saquinho 2 ☐ Leite longa vida/caixinha 3 ☐ Leite de vaca in natura			
4 ☐ Leite em pó comum (incluindo Leite Ninho) 6 ☐ Leite do governo			
5 ☐ Fórmula infantil (NAN, Nestogeno ou outro tipo especial) 7 ☐ Leite de outros animais (cabra)			
9 ☐ Não sabe/NA			
Pergunte e anote o nome/marca que a mãe falar: _____			
Leite fortificado com ferro (Não perguntar para mãe e não preencher): 1 ☐ Sim 2 ☐ Não			
24-Quantas vezes tomou leite não materno?			
1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes 4 ☐ 4 vezes 5 ☐ 5 vezes ou mais 9 ☐ Não sabe/NA			
25-Tomou mingau doce ou salgado?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
26-Comeu fruta em pedaço ou amassada?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
27-Tomou suco de fruta natural ou água de coco natural?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não sabe
28-Comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não(Passe p/Q.37)	
	9 ☐ Não sabe(Passe p/Q.37)		
29-Quantas vezes comeu comida de sal?	1 ☐ 1 vez	2 ☐ 2 vezes	
	3 ☐ 3 vezes ou mais	9 ☐ Não sabe/NA	
30-A comida oferecida foi: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)			
1 ☐ Igual à da família? 2 ☐ Preparada só para a criança?			
3 ☐ Industrializada (de potinho)? 9 ☐ Não Sabe/NA			

31-A comida oferecida foi: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa) 1 ☐ Em pedaços? 2 ☐ Amassada? 3 ☐ Passada pela peneira? 4 ☐ Liquidificada? 9 ☐ Não sabe/NA			Consisten ____
32- A comida tinha feijão, em caldo ou grão?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
33- A comida tinha algum tipo de carne (boi, frango, porco, peixe ou miúdos)?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
34- A comida tinha arroz, macarrão, batata, polenta ou mandioca?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
35- A comida tinha legumes (tomate, beterraba, chuchu ou abobrinha)?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
36- A comida tinha verduras de folhas verde-escuras (agrião, almeirão, mostarda, espinafre, brócolis ou couve)?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe/NA
37- Comeu cenoura, abóbora, batata doce ou batata salsa?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
38- Comeu mamão, pêssago ou manga?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
39- A criança comeu ovo?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
40- Comeu pão?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
41- Comeu biscoito salgado ou bolacha doce sem recheio?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
42- Comeu bolacha doce recheada?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
43- Comeu alguma comida que tinha farinha de trigo ou de milho?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
44- Tomou iogurte natural, de fruta ou coalhada caseira ?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
45- Tomou iogurte tipo "danoninho"?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
46- Tomou refrigerante?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
47- Tomou suco industrializado ou água de coco de caixinha?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
48- Comeu salgadinho tipo "chips"?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
49- Comeu doces (bala, chiclete, chocolate ou sorvete)?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
50- Comeu algum alimento frito?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
51- Tomou café?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
52- Recebeu alimento adoçado com açúcar, açúcar mascavo ou adoçante?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
53- Recebeu alimento adoçado com mel ou melado de cana?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
54- Quantas vezes a criança lanchou (pão, biscoito, bolacha, frutas, iogurte) desde ontem de manhã até hoje de manhã?			1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes 4 ☐ 4 vezes ou mais 5 ☐ nenhuma 9 ☐ Não sabe
55- Usou mamadeira ou chuquinha?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
56- Usou chupeta (bico)?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
57- Fez uso de suplemento de ferro (sulfato ferroso)?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
58- Fez uso de multimistura?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
59- A criança consumiu algum outro alimento? Qual? Especifique: _____			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe
60- Recebe o leite do governo (Leite das Crianças)?			1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe

Feijao ____
Carne ____
Arroz ____
Legume ____
Verdura ____
Cenoura ____
Mamão ____
Ovo ____
Pão ____
BolaSRech ____
BolaRech ____
Farinha ____
Iogurt ____
Danon ____
Refrig ____
SucoInd ____
Salgadinh ____
Doce ____
AlimFrito ____
Café ____
AlimAdoc ____
Mel ____
Lanche ____
Mamãd ____
Chupeta ____
SuplemFe ____
Multim ____
OutroAlim ____
ProgLeite ____

Fazer as perguntas abaixo quando o acompanhante for a mãe da criança			
61- Nome completo da mãe:			NomeMae _____
62- Qual é a idade da Sra? _____ (Anos completos)			IdadeMae _____
63- Esta criança é o seu primeiro filho?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos) 9 ☐ Não sabe		PrimFilho ____
64- A Sra. sabe ler e escrever?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não sabe		SabLerEsc ____
65- Qual a última série que cursou com aprovação? (Assinale abaixo) Nunca estudou ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ 4ª ☐ 5ª ☐ 6ª ☐ 7ª ☐ 8ª ☐ Ensino Fundamental 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ Incompleto ☐ Completo ☐ Ensino Médio Ensino Superior			AnosEstud ____
66- Sobre o trabalho, neste momento a Sra: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	1 ☐ Está trabalhando fora? 2 ☐ Não está trabalhando fora? 3 ☐ Está em licença maternidade?		Trabalh ____
67- A Sra. mora com o pai da criança?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não		MoraPai ____
Observações:			

APÊNDICE C - Filipetas de informações da pesquisa para mães/acompanhantes

INFORMAÇÕES DA PESQUISA

Caso você tenha alguma dúvida sobre a pesquisa que participou e queira mais informações você pode entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, a nutricionista Paula Chuproski Saldan, no Departamento de Nutrição da UNICENTRO, no campus CEDETEG, na Rua Simeão Camargo Varela de Sá, número 03, Vila Carli, de segunda a sexta-feira, pelos telefones 3629-8182 ou 9946-8763 ou pelo e-mail: pchuproski@unicentro.br

Você também pode agendar uma consulta gratuita para sua criança no Ambulatório de Nutrição da UNICENTRO pelo telefone 3629-8133. O Ambulatório de Nutrição funciona de terça a sexta-feira no período da manhã. O Ambulatório de Nutrição também fica no campus CEDETEG na Rua Simeão Camargo Varela de Sá, número 03, Vila Carli.

ANEXO A – Questionário do projeto AMAMUNIC

INSTITUTO DE SAÚDE/ SES-SP
Projeto Amamentação e Municípios - 2010

Nº _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)	☐ RECUSA
01-DATA: ____/____/____ 02-ENTREVISTADOR: _____ 03-MUNICÍPIO: _____ 04-UF: _____		
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____ 06-ÁREA ☐ Urbana ☐ Rural		
07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____ ☐ Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)		
08- SEXO DA CRIANÇA:		1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino
09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?		1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro ou nenhum parentesco
10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não
<p>- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)</p>		
11-TOMOU LEITE DE PEITO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q. 13) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q. 13)
12-QUANTAS VEZES?		_____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 ☐ Não sabe
13-TOMOU ÁGUA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
14-TOMOU CHÁ?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
15-TOMOU OUTRO LEITE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/Q.17) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 17)
16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE (Leia as alternativas e assinale apenas uma) 1 ☐ Só durante o dia? 2 ☐ Só à noite? 3 ☐ De dia e de noite? 9 ☐ Não Sabe		
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)		1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q.26) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q.26)
20-QUANTAS VEZES? 1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes ou mais 9 ☐ Não Sabe		
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa) 1 ☐ Igual à da família? 2 ☐ Preparada só para a criança? 3 ☐ Industrializada (de potinho)? 9 ☐ Não Sabe
Q.21 — — — (Código para Digitação)		
22-ESSA COMIDA FOI (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa) 1 ☐ Em pedaços? 2 ☐ Amassada? 3 ☐ Passada pela peneira? 4 ☐ Liquidificada? 9 ☐ Não Sabe
Q.22 — — — — (Código para Digitação)		
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
<p>ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: “- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA”:</p>		
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
28-TOMOU REFRIGERANTE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
29-TOMOU CAFÉ?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
33-USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
34-USOU CHUPETA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anotar o nome) 9 ☐ Não Sabe	
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anotar o nome)	
998 ☐ Nasceu em casa 9 ☐ Não Sabe	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Q.36 ☐ HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança) </div>	
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 ☐ Normal 2 ☐ Fórceps 3 ☐ Cesárea 9 ☐ Não Sabe
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q.43)
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 ☐ Sim, inteira 2 ☐ Sim, algumas partes 3 ☐ Não leu [Outros acompanhantes]: 9 ☐ Não é a mãe (PASSE P/ Q.41)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42) </div>	
41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 46 E 47) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	PARA MENINO (página 56 E 57) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
42-NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 48 E 49) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	PARA MENINO (página 58 E 59) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g (Se necessário, anote da Caderneta) 9999 ☐ Não Sabe	
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)	
1 ☐ Serviço Particular ou Convênio 2 ☐ Rede Pública: _____ (Anotar o nome) 9 ☐ Não Sabe/Não se aplica	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Q.44 → Se REDE PÚBLICA especificar: 2 ☐ UBS 3 ☐ PACS/PSF 4 ☐ Outros (Código para Digitação) </div>	

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49) </div>	
45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?	
_____ Anotar em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 ☐ Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)] 999 ☐ Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA	
46-MAMOU NO PEITO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55) </div>	
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)	
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
52-A SRA. SABE LER E ESCRIVER?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)	54-E GRAU? (Assinale abaixo)
0 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐
0 ☐ SEM ESCOLARIDADE	1 ☐ ENSINO FUNDAMENTAL 2 ☐ ENSINO MÉDIO 3 ☐ SUPERIOR
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Q. 53 Q.54 (Código para Digitação) </div>	
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	
1 ☐ Está trabalhando fora 2 ☐ Não está trabalhando fora 3 ☐ Está sob Licença Maternidade	
Observações:	

ANEXO B – Ofício de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 253/2012

Ribeirão Preto, 11 de junho de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 11 de junho de 2012.

Protocolo CAAE: 01980312.0.0000.5393

Projeto: Práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade.

Pesquisadores: Débora Falleiros de Mello
Paula Chuproski Saldan

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Débora Falleiros de Mello
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C - Cobertura da Campanha de Vacinação contra Poliomielite 2012 em Guarapuava
 SI-PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

Página 1 de 1