**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Alimentação de crianças menores de 18 meses
atendidas pelo PSF em dois municípios de São
Paulo**

Fernanda Ferreira Marcolino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Marina Ferreira Rea

São Paulo
2010

Alimentação de crianças menores de 18 meses atendidas pelo PSF em dois municípios de São Paulo

Fernanda Ferreira Marcolino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Marina Ferreira Rea

São Paulo
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

- À Dr^a Marina Ferreira Rea, minha orientadora, por aceitar este desafio, por compartilhar a sua experiência, pela sua escuta e ensinamentos.
- Aos meus pais, Carmem e Celso, que sempre me ensinaram o valor do trabalho e do estudo.
- À minha irmã Juliana, pelo exemplo profissional e pelas “aulas” desde a idade pré-escolar.
- À Dr^a Tereza Setsuko Toma, a qual considero minha co-orientadora, por sua paciência e prontidão em atender às minhas dúvidas e angústias.
- À Prof^a Dra Marly Augusto Cardoso, por confiar no meu trabalho e aceitar ser a minha orientadora acadêmica por um ano.
- À Prof^a Maria Helena D'Aquino Benício, que com sua paciência e entusiasmo, me encorajou a incluir os dados do Programa Bolsa Família.
- À Tereza Cristina Oliveira e Oliveira e Vanessa Martins, pela ajuda na análise do banco de dados e as conversas no Instituto de Saúde.
- Às amigas que conquistei no mestrado, Adriana Cezaretto, Camila Barros, Gabriela Vedovato, Josiane Steluti e Tatiane Bottan, por tornarem esse período mais divertido.
- Aos Secretários de Saúde de Itapira e Peruíbe e toda a equipe local por permitirem a realização dos projetos nesses municípios.
- Às mães e famílias entrevistadas.
- Aos entrevistadores de Itapira e Peruíbe.

RESUMO

MARCOLINO FF. **Alimentação de crianças menores de 18 meses atendidas pelo PSF em dois municípios de São Paulo** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Introdução: A alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução oportuna de alimentos complementares. O conhecimento dessas práticas fornece subsídios para melhor direcionar ações de promoção da alimentação. **Objetivo:** Avaliar as práticas de alimentação de crianças menores de 18 meses de idade atendidas pelo PSF de Itapira e Peruíbe, SP. **Métodos:** Estudo transversal com 783 cuidadores entrevistados no domicílio em 2007. Informações sócio-demográficas, de saúde e de práticas alimentares obtidas por questionário semi-estruturado. Avaliação das práticas alimentares com enfoque no uso dos novos indicadores da OMS e recebimento ou não do benefício do Programa Bolsa Família (PBF). Análise estatística por meio de frequências simples, teste de qui-quadrado de Pearson e análise de regressão logística bivariada. **Resultados:** O aleitamento materno esteve mais presente em Peruíbe do que Itapira, tanto o *aleitamento materno exclusivo* entre os menores de 6 meses (41,3% x 21,6%; $p=0,003$) como a *amamentação continuada com um ano de idade* (65% x 39,8%; $p = 0,001$). Houve introdução precoce de fruta e papa salgada nas duas localidades. Os indicadores da OMS *introdução de sólidos e semi-sólidos*, *diversidade mínima da dieta*, *frequência mínima de refeições* e *dieta mínima aceitável* alcançaram alta frequência de adequação em ambos os municípios. Entre as crianças de 6 a 17 meses, o consumo diário de frutas, legumes e verduras, carnes e ovos e o consumo habitual de salgadinhos/frituras e refrigerante estiveram presentes em cerca de 50% das dietas. Comportamentos de alimentação responsiva, como um adulto alimentar ou assistir à criança e ter um prato separado para sua alimentação, foram referidos por mais de 75% das mães. Não foi encontrada associação entre qualquer tipo de alimento consumido pelas crianças entre 6 e 17 meses e o recebimento do PBF em ambos os municípios. **Conclusões:** As práticas alimentares das crianças menores de 18 meses estão aquém das recomendações. Os indicadores da OMS devem incluir outros aspectos da alimentação e serem analisados em conjunto para análise fidedigna das práticas alimentares infantis. Os resultados apontam a necessidade de readequar os programas de promoção de práticas alimentares infantis a todas as famílias atendidas pelo PSF, em particular no que se refere ao aleitamento materno, à introdução precoce de alimentos e à qualidade da dieta.

Descritores: alimentação complementar, saúde da criança, aleitamento materno, indicadores, São Paulo.

ABSTRACT

MARCOLINO FF. **Feeding children younger than 18 months cared by Brazilian Family Health Program (PSF) in two cities in São Paulo** [Master thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Introduction: Appropriate infant feeding encompasses the practice of breastfeeding, and timely complementary feeding. Knowing these practices provides support for a better guidance of infant and young child feeding promotion. **Objective:** Assess the feeding practices of children younger than 18 months cared by Brazilian Family Health Program (PSF) of Itapira and Peruíbe, SP. **Methods:** Cross-sectional study with 783 caregivers interviewed at home in 2007. Socio-demographic, health, and feeding practices data obtained through a semistructured questionnaire. Assessment of feeding practices with WHO new indicators as references, as well as have received or not the Family Grant Program (Programa Bolsa Família – PBF). Statistical analysis through simple frequencies, Pearson's chi-square, and bivariate logistic regression. **Results:** Breastfeeding was more prevalent in Peruíbe than in Itapira, either *exclusive breastfeeding* among infants younger than 6 months (41.3% x 21.6%; $p=0.003$), and *continued breastfeeding at 1 year* (65% x 39.8%; $p = 0.001$). It was found an early introduction of fruits and semi-solid food in both localities. WHO indicators, such as *introduction of solid, semi-solid or soft foods, minimum dietary diversity, minimum meal frequency* and *minimum acceptable diet* achieved high rates of appropriateness in both localities. Among 6-7-month-old infants the daily ingestion of fruit, vegetables and greens, meat and eggs, and the ordinary ingestion of chips/fries, and carbonated beverages were present in about 50% of the diets. Responsive feeding behavior, showing adequate infant-caregiver relationship during meals, was referred by 75% of mothers. It was not found any association between any kind of food ingested by 6- to-17-month old infants and the granting of the PBF in both cities. **Conclusions:** The feeding practices of infants younger than 18 months are behind the recommendations. The WHO indicators must include other feeding aspects and be analysed as a whole for a reliable analysis of the infant and young child feeding practices. The results point to the need of readjusting the programs which promote infant feeding practices for all families cared by the PSF, particularly referring to breastfeeding, early introduction of foods, and diet quality.

Descriptors: complementary feeding, child health, breastfeeding, indicators, São Paulo.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	ALIMENTAÇÃO INFANTIL: BASES CONCEITUAIS	11
1.2	PRÁTICAS ALIMENTARES.....	16
1.3	INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL E DA CRIANÇA PEQUENA.....	18
1.4	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	19
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3	METODOLOGIA	25
3.1	LOCAL DE ESTUDO	25
3.2	DESENHO DO ESTUDO	26
3.3	GRUPO DE ESTUDO	27
3.4	COLETA DE DADOS	30
3.5	SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO	30
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	37
4	RESULTADOS	38
4.1	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	38
4.2	PRÁTICAS ALIMENTARES	44
4.2.1	Tipos de Alimentos	44
4.2.2	Frequência de Consumo de Alimentos	53
4.2.3	Consistência da Dieta	56
4.2.4	Cuidados Psicossociais	59
4.2.5	Higiene	65

4.3	INDICADORES DE PRÁTICAS ALIMENTARES INFANTIS E DA CRIANÇA PEQUENA	66
4.4	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	72
4.4.1	Características das Famílias Elegíveis para o Programa Bolsa Família	72
4.4.2	Análise Exploratória sobre a Influência do Programa Bolsa Família nas Práticas Alimentares	76
5	DISCUSSÃO	79
5.1	POPULAÇÃO DE ESTUDO	79
5.2	PRÁTICAS ALIMENTARES E INDICADORES	80
5.3	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	108
6	CONCLUSÕES	117
7	REFERÊNCIAS	120
	ANEXOS	133
	Anexo 1 – Questionário de entrevista com mãe ou cuidador	133
	Anexo 2 – Cartão de consistência da papa ou comida salgada	144
	Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido	145
	Anexo 4 – Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa as FSP/USP	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo sexo e idade. Itapira e Peruíbe, 2007.	38
Tabela 2.	Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características do entrevistado. Itapira e Peruíbe, 2007..	39
Tabela 3.	Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Itapira e Peruíbe, 2007.	41
Tabela 4.	Características sócio-demográficas de famílias de crianças entre zero e 17 meses (média e desvio padrão – DP). Itapira e Peruíbe, 2007.	43
Tabela 5.	Distribuição de crianças de zero a 5 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo consumo de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.	45
Tabela 6.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo consumo de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.	49
Tabela 7.	Distribuição de crianças de 6 a 17 assistidas pelo Programa Saúde da Família segundo consumo diário de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.	54
Tabela 8.	Distribuição de crianças de 6 a 8 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo preparo e consistência da papa salgada. Itapira e Peruíbe, 2007. ..	57
Tabela 9.	Distribuição de crianças de 9 a 11 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo preparo e consistência da papa salgada. Itapira e Peruíbe, 2007. ..	58
Tabela 10.	Distribuição de crianças de 12 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo preparo e consistência da papa salgada. Itapira e Peruíbe, 2007. ..	59
Tabela 11.	Distribuição de crianças de zero a 5 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo cuidados psicossociais. Itapira e Peruíbe, 2007.	61

Tabela 12.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo cuidados psicossociais. Itapira e Peruíbe, 2007.	63
Tabela 13.	Distribuição do número e proporção de crianças de zero a 17 assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo hábito do cuidador em lavar as mãos. Itapira e Peruíbe, 2007.	66
Tabela 14.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família com diversidade mínima da dieta, segundo faixa etária. Itapira e Peruíbe, 2007.	67
Tabela 15.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família com frequência mínima de refeições, segundo faixa etária e condição de aleitamento. Itapira e Peruíbe, 2007.	68
Tabela 16.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família com dieta mínima aceitável, segundo faixa etária e condição de aleitamento. Itapira e Peruíbe, 2007.	68
Tabela 17.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses não amamentadas e assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo frequência de refeições lácteas adequadas e faixa etária. Itapira e Peruíbe, 2007.	70
Tabela 18.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses elegíveis para o Programa Bolsa Família e assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Itapira e Peruíbe, 2007.	73
Tabela 19.	Características sócio-demográficas de famílias de crianças entre 6 e 17 meses elegíveis para o Programa Bolsa Família e assistidas pelo Programa Saúde da Família (média e desvio padrão - DP). Itapira e Peruíbe, 2007.....	76
Tabela 20.	Análise bivariada entre consumo de alimentos e recebimento do benefício Bolsa Família de crianças entre 6 e 17 meses elegíveis para o PBF e assistidas pelo Programa Saúde da Família. Itapira e Peruíbe, SP, 2007.	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Diagrama do processo de seleção da população estudada em Itapira.	28
Figura 2.	Diagrama do processo de seleção da população estudada em Peruíbe.	29
Figura 3.	Distribuição de crianças de zero a 5 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo de leite não materno. Itapira e Peruíbe, 2007.	47
Figura 4.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo de leite materno. Itapira e Peruíbe, 2007.	52
Figura 5.	Distribuição de crianças de 6 a 8 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo diário de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.	55
Figura 6.	Distribuição de crianças de 9 a 11 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo diário de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.	55
Figura 7.	Distribuição de crianças de 12 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo diário de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.	56
Figura 8.	Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo hábito de comer pedaços de alimentos com as mãos. Itapira e Peruíbe, 2007.	65
Figura 9.	Distribuição de crianças de 6 a 18 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados com ferro e faixa etária. Itapira e Peruíbe, 2007.	69
Figura 10.	Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo alimentação por mamadeira e faixa etária. Itapira e Peruíbe, 2007.	71

1. INTRODUÇÃO

1.1. ALIMENTAÇÃO INFANTIL: BASES CONCEITUAIS

Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o leite materno (MS, 2002a).

Em 2001, na 54^a Assembléia Mundial de Saúde, recomendou-se a duração ótima do aleitamento materno exclusivo em 6 meses, visto os inúmeros benefícios da amamentação para o bebê e para a mãe e os riscos potenciais da introdução precoce de alimentos complementares antes de 180 dias (WHA, 2001).

Revisão sistemática de KRAMER E KAKUMA (2004) revelou que crianças amamentadas exclusivamente até os 6 meses adoecem menos de diarreia, devido ao efeito protetor contra infecções intestinais, e apresentam menor risco de déficit de crescimento. Outros estudos ainda revelam a redução da mortalidade em crianças amamentadas (WHO, 2000a), a proteção do leite materno contra infecções respiratórias (CÉSAR et al., 1999), redução do risco de alergias e asma (VAN ODIJK et al., 2003), além de evidências sugerindo o seu benefício a longo prazo na redução do risco de hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade (HORTA et al., 2007).

A partir dos 6 meses de idade, além das necessidades nutricionais não serem supridas pelo leite materno, a criança atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico capaz de receber outros alimentos. Assim, deve-se iniciar a alimentação complementar, definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno (WHO, 1998a).

A introdução de alimentos complementares antes do momento recomendado aumenta a morbimortalidade infantil, por reduzir a ingestão de fatores de proteção do leite materno e poder representar uma fonte de contaminação, além de, muitas vezes, ser nutricionalmente inferior a este tipo de leite e interferir na absorção de nutrientes (WHO, 1998a). Também se observa associação com o desenvolvimento de doenças atópicas (SAARINEN e KAJOSSARI, 1995) e de diabetes mellitus tipo 1 (MACEDO et al., 1999). Por outro lado, introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, porque o crescimento da criança para ou se retarda e os riscos de desnutrição e de deficiência de micronutrientes aumentam (WHO, 1998a).

A criança deve ter uma dieta variada para atender suas necessidades nutricionais, contendo alimentos de todos os grupos alimentares, como cereais, raízes e tubérculos, frutas, hortaliças, carnes e ovos, leguminosas, óleos e gorduras. É importante assegurar a oferta, se possível diária, de alimentos de origem animal ricos em ferro (carne e peixes) e de frutas e vegetais, particularmente os ricos em vitamina A (PAHO/WHO, 2003).

A variedade da dieta assegura o suprimento de micronutrientes, favorece a formação de bons hábitos alimentares e evita monotonia alimentar (WHO, 1998a). Recomenda-se oferecer às crianças alimentos com baixos teores de açúcar e de sal, visto que futuramente elas tenderão a preferir os alimentos da maneira como eles foram apresentados inicialmente (WHO, 2000b). Também se deve evitar o consumo de bebidas de baixo valor nutritivo, como chás, cafés, sucos industrializados e refrigerantes, por dificultar a absorção de micronutrientes e reduzir o apetite da criança (PAHO/WHO, 2003).

Ao iniciar a alimentação complementar, recomenda-se a ingestão de alimentos semi-sólidos e macios, como purês, devendo ser amassados com o garfo e nunca peneirados ou liquidificados. Alimentos muito diluídos ou ralos, como sopas, possuem baixa densidade energética, comprometendo a ingestão adequada de nutrientes pela criança, e por isso devem ser desaconselhados (MS, 2002a). A consistência e a variedade da dieta deve ser aumentada gradativamente, respeitando-se as habilidades da criança (PAHO/WHO, 2003). A partir dos 8 meses, a criança pode receber alguns alimentos consumidos pela família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos e sem condimentos picantes (MS, 2002a). Aos 10 meses, a criança já deve estar recebendo alimentos mastigáveis para reduzir o risco de dificuldades na alimentação no futuro (NORTHSTONE et al., 2001). Aos 12 meses, a maioria das crianças pode receber o mesmo tipo de alimento consumido pela família, desde que sejam nutricionalmente adequados (PAHO/WHO, 2003).

A quantidade de alimentos complementares inicialmente oferecidos deve ser pequena e aumentada gradativamente com a idade da criança, mantendo o aleitamento materno. A quantidade e a frequência dos alimentos oferecidos devem basear-se na aceitação da criança, que varia segundo a necessidade individual, o volume de leite materno ingerido e a densidade dos alimentos complementares. A continuação da amamentação após o primeiro ano de vida oferece importante aporte nutricional e proteção à saúde da criança (PAHO/WHO, 2003).

Quanto à frequência das refeições, recomenda-se que crianças amamentadas realizem duas a três refeições com alimentos complementares por dia dos 6 aos 8 meses de idade; e três a quatro vezes por dia dos 9 aos 24 meses. Lanches nutritivos intermediários podem ser consumidos uma a duas vezes ao dia (PAHO/WHO, 2003).

A incidência de diarreia aumenta no segundo semestre de vida, quando a ingestão de alimentos complementares é iniciada (PAHO/WHO, 2003). Assim, o cuidado com as práticas de higiene durante o preparo dos alimentos é fundamental para evitar a contaminação dos mesmos (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

Práticas seguras de higiene e manejo dos alimentos complementares incluem: lavar as mãos antes de preparar e de oferecer o alimento à criança, e também após o uso do banheiro e troca de fraldas; usar alimentos frescos e guardá-los em local seguro; preparar o alimento em quantidade suficiente para apenas uma refeição e servi-lo imediatamente após o preparo; manter limpos os utensílios e as superfícies para o preparo e administração dos

alimentos; alimentar a criança com o auxílio de copo ou xícara, colher e prato, evitando mamadeiras; não dar à criança restos da refeição anterior; e, ao usar geladeira, limpá-la regularmente e jogar fora os alimentos estragados (WHO, 2000b).

Os cuidadores de crianças menores de dois anos devem utilizar a prática de alimentação responsiva, que usa os princípios de cuidados psicossociais ao alimentar a criança, visto que a alimentação complementar não inclui apenas o que se come, mas também quando, como e onde se come (ENGLE et al., 2000). A prática inclui alimentar ou assistir às crianças, quando estas se alimentam sozinhas; respeitar e responder aos sinais de fome e saciedade; alimentar a criança lenta e pacientemente, jamais forçando-a a comer; minimizar as distrações durante a refeição; experimentar diferentes combinações, sabores, texturas e métodos de encorajamento para a criança comer. Além disso, deve-se considerar que as refeições devem ser prazerosas, um momento de aprendizagem e de troca amorosa entre a criança e quem a está alimentando, por meio de contato visual, toques, sorrisos e conversa (PAHO/WHO, 2003).

Alguns estudos que analisaram o comportamento da alimentação como componente da prática alimentar apontaram efeitos positivos no crescimento infantil (PAHO/WHO, 2003). Além disso, MOORE et al. (2006) observaram que o incentivo para a criança alimentar-se sozinha, atitudes responsivas da criança e do cuidador, ações ativas da criança e interação social durante a refeição estão relacionados com maior ingestão alimentar.

1.2. PRÁTICAS ALIMENTARES

A partir da década de 80, a promoção da amamentação teve avanços importantes, elevando a mediana de aleitamento materno de 2,5 meses (em 1975) à 9,9 meses (em 1999) (REA, 2003). Entretanto, a promoção da alimentação complementar despertou progresso apenas na última década. Novos conhecimentos adquiridos tornaram ultrapassados conceitos e recomendações que fizeram parte da prática pediátrica por muito tempo (MONTE e GIUGLIANI, 2004), como a rigidez de horários de mamadas, a espera de mais de 6 horas pos-parto para a primeira refeição do recém-nascido e introdução da alimentação complementar aos 4 meses de idade, e que ainda se refletem nas práticas alimentares atuais das crianças, como evidenciado em alguns estudos.

A análise do Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos, realizado nas cidades de Rio de Janeiro, Goiânia, Campinas, Ouro Preto e Curitiba nos anos de 1996 e 1997, encontrou baixa ingestão de leite materno a partir do 6º mês e pouca participação de leguminosas, verduras, legumes e carne na dieta das crianças entre seis e 24 meses. Em contrapartida, houve grande participação de leite e derivados, açúcar, espessantes e cereais. Apesar da adequação das calorias da dieta, a densidade energética mostrou-se baixa, o que pode estar relacionado não apenas ao tipo de alimento consumido, mas também à consistência inadequada dos mesmos (MS, 2002a).

Outros pesquisadores encontraram dados semelhantes nas práticas alimentares de crianças pequenas. Em Salvador, OLIVEIRA et al. (2005) analisaram a dieta de crianças menores de dois anos e encontraram substituição do leite materno pelo leite de vaca acrescido de farináceos e açúcar, além da introdução precoce de alimentos complementares e baixo consumo de carnes, leguminosas, verduras e legumes.

Os resultados apresentados por SALDIVA et al. (2007), referentes a 136 municípios do Estado de São Paulo, mostraram que a probabilidade de crianças receberem sopas, aos 6 meses de idade, é de 78% e refeições baseadas somente em leites e mingaus é de 82%, ao passo que a probabilidade de receber comida de panela é de 39%. Em relação à consistência da dieta de crianças menores de um ano, PARADA et al. (2007) detectaram alguns problemas nas práticas alimentares de crianças do município de Botucatu (SP), como o oferecimento de alimentos sólidos e pastosos precocemente e a manutenção da oferta de sopa a crianças que deveriam estar recebendo alimentação sólida. SOUZA et al. (1999) encontraram dados semelhantes no município de São Paulo, no que diz respeito ao desmame precoce e valorização do leite de vaca, que muitas vezes substitui ou complementa a refeição salgada. Esses estudos sinalizam inadequação do consumo alimentar da criança, indicando a possibilidade de não se alcançar o aporte necessário de nutrientes em uma fase caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento acelerados.

É importante ressaltar que, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada em 2002-2003, o perfil da disponibilidade

domiciliar de alimentos varia conforme o rendimento monetário mensal *per capita* das famílias. A disponibilidade de grupos de alimentos que incluem carnes, leite e derivados, frutas, verduras e legumes tende a aumentar de forma uniforme com o nível de rendimento familiar, enquanto a dos grupos dos feijões, raízes e tubérculos mostra tendência inversa (IBGE, 2004).

1.3. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL E DA CRIANÇA PEQUENA

Em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o documento “*Indicators for assessing breastfeeding practices*”, o qual focava as práticas de aleitamento materno e apenas um indicador quanto à introdução da alimentação complementar oportuna (WHO, 1991). Em 2008 a OMS divulgou o documento “*Indicators for assessing infant and young child feeding practices*”, com o objetivo de preencher a lacuna na avaliação de crianças de 6 a 24 meses, e com isso, fornecer subsídios para mensurar e melhorar as práticas alimentares nessa fase crítica, e conseqüentemente o estado nutricional, a saúde e o desenvolvimento das crianças (WHO, 2008).

O documento apresenta 8 indicadores centrais e 7 opcionais para avaliar a alimentação de crianças de zero a 24 meses, no que se refere à qualidade e freqüência de alimentos consumidos e à idade em que isso ocorre. Foram elaborados para serem usados em programas nacionais ou

pesquisas de base populacional, sendo que programas locais ou regionais podem acrescentar indicadores mais específicos de acordo com seus objetivos (WHO, 2008).

RUEL et al. (2003) propõem ainda a avaliação atenta a outros aspectos da alimentação infantil, como os cuidados de higiene no preparo e armazenamento da alimentação e os cuidados psicossociais na oferta da refeição. Alguns estudos, como de ENGLE et al. (2000) e ENGLE (2002), exploram os componentes do comportamento alimentar adequado; entretanto, ainda não há indicadores validados para essas práticas.

1.4. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Sabe-se que a disponibilidade de alimentos no domicílio passa pelo poder aquisitivo das famílias (IBGE, 2004), e que este influencia o estado de saúde e nutrição das crianças (MONTEIRO et al., 2009). Neste sentido, destaca-se o Programa Bolsa Alimentação, o qual foi um programa de transferência condicionada de renda criado em 2001, destinado à promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos de idade, mediante a complementação da renda familiar para melhoria da alimentação (MS, 2001a).

Em 2003 foi instituído o Programa Bolsa Família (PBF), sob a gestão do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que unificou a administração e o controle dos programas anteriores de

transferência de renda do Governo Federal: Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Auxílio-Gás e Cartão Alimentação (MDS, 2006; FONSECA e VIANA, 2007). O PBF é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza e tem como objetivos promover a segurança alimentar e nutricional, promover o alívio imediato da pobreza e reforçar o direito de acesso das famílias aos serviços básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social (MDS, 2009a).

A gestão do PBF é compartilhada entre a União, estados e municípios, que trabalham em conjunto para gerir, aperfeiçoar, implementar, ampliar e fiscalizar o Programa, visto que as três esferas de governo têm responsabilidades no combate à pobreza e à desigualdade (MS, 2007c).

Para receber o benefício, a família tem que atender aos requisitos do Programa, ou seja, estar incluída no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) e ter renda mensal per capita de até R\$ 70,00, consideradas famílias extremamente pobres, ou renda per capita de até R\$140,00 com criança ou adolescente menor de 15 anos, que são as famílias pobres (MDS, 2009a). Desde a sua implantação, o critério de renda para recebimento do benefício sofreu alteração. Até 2005, famílias pobres eram aquelas com renda mensal per capita de até R\$100,00 e extremamente pobres até R\$50,00; entre 2006 e 2008 vigorou o critério de R\$120,00 para pobres e R\$60,00 para extremamente pobres, até alcançar os valores atuais de R\$140,00 e R\$70,00 (MDS, 2006; MDS, 2009a; SOARES et al., 2009).

A partir das informações do CadÚnico é realizado o processo de análise de forma automatizada, priorizando as famílias com menor renda (MDS, 2008). Entretanto, é importante lembrar que existem cotas de beneficiários por município baseadas nas estimativas do número de pobres de cada um, a fim de que as prefeituras, teoricamente, selecionem os mais pobres para receber o benefício (SOARES et al., 2009).

Em 2006, o PBF atingiu a sua plena expansão e meta de cobertura de 11 milhões de famílias e a manteve até o ano de 2009. Entretanto, sabe-se que há famílias elegíveis que não são beneficiadas, enquanto outras não elegíveis recebem o benefício. Assim, com o atual sistema de focalização, o PBF deveria aumentar o número de benefícios para, pelo menos, 15 milhões visando cobrir toda a população altamente vulnerável à pobreza (SOARES et al., 2009).

Ao ingressarem no PBF, as famílias assumem compromissos ou “condicionalidades” com a saúde e a educação de seus integrantes, especialmente de crianças, adolescentes e gestantes, para permanecerem no programa. Em relação à saúde, a gestante deve comparecer às consultas de pré-natal e participar de atividades educativas sobre aleitamento materno, alimentação saudável na gestação e preparo para o parto; as mães ou responsáveis pelas crianças menores de 7 anos devem levar a criança à unidade de saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, participar de atividades educativas sobre aleitamento materno, alimentação e saúde da criança e cumprir o calendário vacinal (MS, 2007c).

As famílias beneficiárias devem ser assistidas por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou por uma Unidade Básica de Saúde, afim de facilitar o cumprimento das condicionalidades (MS, 2007c). Como prática do trabalho das ESF, cabe aos profissionais de saúde, em especial aos agentes comunitários de saúde, que no dia-a-dia estão em contato direto com as famílias, contribuir com o PBF, identificando as famílias elegíveis e promovendo a saúde e a alimentação saudável (MS, 2007a).

As “condicionalidades” são de responsabilidade do poder público, o qual deve oferecer esses serviços com qualidade a todos os cidadãos e acompanhar o seu cumprimento para identificar dificuldades de acesso e buscar as famílias mais vulneráveis (MDS, 2009a), o que está em consonância com o direito de todos os brasileiros aos serviços de saúde, garantido na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A influência do benefício do PBF na alimentação começou a ser estudada recentemente. Pesquisa realizada em amostra representativa de cinco mil domicílios do país conduzida no ano de 2007 revelou aumento no consumo dos alimentos a partir do PBF. Entretanto, as famílias referiram aumento no consumo de diversos grupos alimentares, incluindo aqueles de alta densidade de energia e baixo valor nutritivo, como os biscoitos, as gorduras e os açúcares; e aumento menos expressivo no consumo de frutas e vegetais. (IBASE, 2008; SEGALL-CORREA e SALLES-COSTA, 2008). Considerando que a criança partilha dos alimentos disponíveis na família, o benefício do PBF pode favorecer não só o consumo de alimentos

apropriados como também alimentos inadequados e com baixo valor nutritivo.

Tendo em vista a importância da alimentação complementar adequada e oportuna, justifica-se conhecer as práticas alimentares de crianças menores de 18 meses que possam direcionar ações de promoção da alimentação complementar ótima no nosso meio. Sabendo-se que existem políticas públicas no país, implementadas à nível municipal, de transferência de renda a pessoas de baixo poder aquisitivo, justifica-se avaliar se estes recursos estão sendo direcionados à melhora da alimentação infantil.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar as práticas de alimentação complementar de crianças menores de 18 meses de idade atendidas pelo PSF em Itapira e Peruíbe, SP.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar as práticas alimentares infantis de dois municípios paulistas (Itapira e Peruíbe).
- Avaliar as práticas alimentares aplicando os novos indicadores de avaliação de práticas alimentares infantis da OMS, no que se refere à qualidade e frequência da dieta.
- Avaliar as práticas alimentares quanto à consistência da dieta, frequência, idade de introdução, tipos de alimentos, higiene, cuidados psicossociais e, em caráter exploratório, recebimento ou não do benefício do Programa Bolsa Família.

3. METODOLOGIA

3.1. LOCAL DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada em dois municípios do Estado de São Paulo: Itapira e Peruíbe. Estes municípios estudados atenderam aos seguintes critérios de seleção: contar com um Hospital Amigo da Criança, serem relativamente próximo da capital e serem semelhantes em relação ao tamanho populacional, número de nascimentos, mortalidade infantil e número de equipes do Programa Saúde da Família.

Itapira localiza-se a 150 km de São Paulo, tem população de 68.256 habitantes (2008), e apresentou renda per capita média de R\$356,36 no ano 2000ⁱ. No ano de 2005, apresentou 803 nascimentos (sendo $\frac{2}{3}$ na Maternidade Municipal, credenciada como Hospital Amigo da Criança), taxa de mortalidade infantil de 17,4 por 1000 nascidos vivosⁱⁱ e contava com 10 equipes de PSF e 7 Unidades Básicas de Saúde, representando aproximadamente 75% de cobertura de PSF na área urbana, onde se concentram 92% da populaçãoⁱⁱⁱ. Inquérito realizado em 2002 com 380 crianças menores de um ano, durante o Dia Nacional de Vacinação, revelou prevalência de aleitamento materno exclusivo de 32,1% aos 4 meses e

ⁱ SEADE – www.seade.gov.br/produtos/perfil

ⁱⁱ DATASUS – www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Itapira_Geral.xls

ⁱⁱⁱ Plano Municipal de Saúde de Itapira; 2005.

21,3% aos 6 meses; 42,4% das crianças entre 9 e 12 meses eram amamentadas^{iv}.

Peruíbe fica no litoral sul e se localiza a 150 km da capital paulista, com 68.227 habitantes (2008), sendo 98% na área urbana, com renda per capita média de R\$311,53 no ano 2000^v. No ano de 2005 foram registrados 1.131 nascimentos (sendo quase todos na Maternidade Municipal Amiga da Criança), a taxa de mortalidade infantil foi de 20,3 e contava com 8 equipes de PSF e 10 Unidades Básicas de Saúde, representando 42,5% de cobertura do PSF^{vi}. Inquérito realizado com 865 crianças menores de um ano em 2004, durante o Dia Nacional de Vacinação, mostrou prevalência de amamentação exclusiva de 61% e 49% aos 4 e 6 meses de idade, respectivamente; e amamentação entre 9 e 12 meses em 65,5% das crianças^{vii}.

3.2. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, parte do Projeto “Aperfeiçoamento das competências sobre alimentação apropriada de crianças menores de dois anos de idade”, financiado pelo CNPq (processo CNPq 402278/2005-4).

^{iv} Dados não publicados, fornecidos por Saldiva SRDM, pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

^v SEADE – www.seade.gov.br/produtos/perfil

^{vi} DATASUS – www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Peruibe_Geral.xls

^{vii} Dados não publicados, fornecidos por Prigenzi AM, coordenadora do Banco de Leite Humano de Perúibe.

3.3. GRUPO DE ESTUDO

A população estudada é composta por todas as crianças menores de 18 meses pertencentes aos dois municípios paulistas e atendidas pelo Programa Saúde da Família, conforme critérios de inclusão abaixo, totalizando 783 participantes.

Critérios de inclusão: (1) a criança ser menor de 18 meses de idade; (2) a família ser assistida pelo PSF na área urbana; (3) a mãe ou cuidador consentir em participar do estudo.

Critérios de exclusão: (1) a criança ter problemas de saúde que exigem cuidados específicos sobre alimentação e nutrição, tais como doenças cardíaca, renal, hepática, metabólicas e malformações congênitas; (2) a criança ter tido episódio grave de doença ou estar internada no momento da entrevista; (3) a família ser assistida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As Figuras 1 e 2 ilustram o processo de seleção da população de estudo, a partir dos dados dos municípios. Observa-se que a estimativa de crianças menores de 18 meses atendidas pelo PSF na área urbana foi superior ao número fornecido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que este reflete a cobertura real do PSF, já que são os ACS que cadastram as famílias no Programa.

As perdas (101 crianças em Itapira e 104 em Peruíbe) se deram por: (1) mudança de endereço da família (71,3% em Itapira e 67,3% em Peruíbe); (2) endereço não encontrado (4,0% em Itapira e 30,8% em Peruíbe); (3)

recusa do cuidador em participar do estudo (24,7% em Itapira e 1,9% em Peruíbe).

Figura 1. Diagrama do processo de seleção da população estudada em Itapira.

* População residente em 2005.

Fonte: DATASUS - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>

Figura 2. Diagrama do processo de seleção da população estudada em Peruíbe.

* População residente em 2005.

Fonte: DATASUS - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>

3.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em 2007 por meio de questionário semi-estruturado com entrevistas no domicílio. O questionário incluiu perguntas relativas a dados sócio-econômicos e demográficos, de saúde e práticas alimentares atuais e pregressas (ANEXO 1).

O instrumento foi pré-testado e acompanhado por um manual detalhado de instruções. Todos os entrevistadores foram treinados e os dados checados por um supervisor habilitado e com reaplicação de 10% dos questionários e formulários.

3.5. SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

Para a realização deste estudo, selecionou-se algumas variáveis do banco de dados criado a partir das entrevistas realizadas.

Para caracterizar a população estudada foram incluídos dados de:

- identificação da criança: idade e sexo;
- identificação da mãe: idade, cor, escolaridade (em anos de estudos completos), local de nascimento e ocupação;
- perfil sócio-demográfico da família: presença de companheiro no domicílio, número de pessoas no domicílio, recebimento do benefício Bolsa Família, recebimento de cesta básica, acesso à convênio de

saúde, renda familiar, estrutura da moradia (casa de alvenaria), local da moradia (cortiço ou favela), saneamento básico e bens materiais.

Para descrição das práticas alimentares selecionou-se as variáveis referentes aos tipos de alimentos consumidos, frequência de consumo, consistência da dieta, higiene das mãos, cuidados psicossociais e indicadores de práticas alimentares infantis da OMS.

Tipos de alimentos: consumo habitual de leite materno, leite não materno, água, chá, suco, fruta, fruta amarela ou alaranjada, papa salgada, lanche entre as refeições, salgadinho ou fritura, refrigerante, doce e alimentos que compõem a papa salgada (carnes ou ovos, legumes e verduras, cereais e massas, raízes e tubérculos, leguminosas, verduras verde-escuras e legumes amarelos ou alaranjados) entre crianças de zero a 17 meses.

Frequência de consumo de alimentos: consumo diário de frutas, verduras, legumes, carnes ou ovos entre crianças de 6 a 17 meses.

Consistência da dieta: forma de preparo e adequação da consistência da papa salgada de crianças de 6 a 17 meses, conforme identificado pelo cartão de consistência (ANEXO 2). Para a faixa etária de 6 a 8 meses, considerou-se a figura 2 do cartão como consistência adequada, para a faixa de 9 a 11 meses as figuras 2 e 3 e para a última faixa etária (entre 12 e 17 meses) considerou-se a figura 3.

Cuidados psicossociais: comportamento alimentar de crianças de 6 a 17 meses em relação ao acompanhamento de um adulto para auxiliar à refeição, uso de prato próprio e oferta de pedaços de alimentos para comer

com as mãos, explorados por meio de perguntas fechadas. O comportamento das mães de crianças de zero a 17 meses para identificar o momento de alimentar a criança, o momento que ela está satisfeita e o que fazer para a criança comer a comida salgada foram explorados por meio de perguntas abertas, sendo possível mais de uma resposta por mãe e ausência de resposta por aquelas que não souberam responder. As respostas foram categorizadas pela pesquisadora por temas definidos a partir das maiores frequências de ocorrência.

Higiene: hábito das mães de crianças de zero a 17 meses de lavar as mãos. A pergunta foi realizada de forma aberta, ou seja, o entrevistador aguardou as respostas espontâneas da mãe e não leu as opções que se desejava investigar.

Indicadores de práticas alimentares infantis e da criança pequena: utilizou-se como referência os indicadores de avaliação de práticas alimentares infantis e da criança pequena propostos pela OMS (2008). Embora a OMS indique a coleta referente ao dia anterior, neste estudo algumas variáveis não se referem à alimentação do dia anterior da criança, mas ao consumo habitual dela. Além disso, a faixa etária estudada será de 6 a 17 meses e não até 23 meses de idade, como proposto pela OMS. Assim, de acordo com os dados disponíveis, alguns dos indicadores da OMS foram adaptados, como segue:

Indicadores centrais:

- Amamentação continuada com um ano de idade: proporção de crianças de 12 a 15 meses que recebem leite materno.

- Introdução de alimentos sólidos e semi-sólidos: proporção de crianças de 6 a 8 meses de idade as quais recebem alimentos sólidos ou pastosos.
- Diversidade mínima da dieta: proporção de crianças de 6 a 17 meses de idade as quais recebem alimentos de 4 ou mais grupos alimentares, sendo os grupos: (1) cereais, raízes e tubérculos, (2) leguminosas, (3) leite não materno, (4) carnes ou ovos, (5) frutas, (6) verduras e legumes, (7) legumes amarelos ou alaranjados e verduras verde-escuras (ricos em vitamina A).
- Frequência mínima de refeições: proporção de crianças de 6 a 17 meses de idade, amamentadas ou não, as quais recebem alimentos sólidos ou semi-sólidos (incluindo refeições a base de leite para crianças não amamentadas) em número de vezes mínimo ou maior. A frequência mínima recomendada para crianças de 6 a 8 meses amamentadas é de 2 vezes ao dia, para crianças de 9 a 17 meses amamentadas é de 3 vezes ao dia e para as crianças de 6 a 17 meses não amamentadas é de 4 vezes ao dia.
- Dieta mínima aceitável: proporção de crianças entre 6 e 17 meses de idade as quais recebem uma dieta mínima aceitável. Para as crianças amamentadas utiliza-se os critérios dos 2 indicadores anteriores, ou seja, aquelas que tem diversidade mínima da dieta e frequência mínima de refeições. Para aquelas não amamentadas os critérios são: ter recebido pelo menos 2 refeições de leite, ter diversidade

mínima da dieta não incluindo refeições de leite e ter frequência mínima de refeições.

- Consumo de alimentos fontes de ferro ou fortificados com ferro: proporção de crianças entre 6 e 17 meses de idade as quais recebem alimentos fontes de ferro ou alimentos fortificados com ferro que foram especialmente formulados para crianças. Considerou-se o consumo diário de carne como *alimento fonte de ferro* e consumo de fórmulas infantis e leite de vaca fortificado com ferro como *alimentos fortificados com ferro*.

Indicadores opcionais:

- Aleitamento materno em idade apropriada: proporção de crianças entre zero e 17 meses de idade as quais são apropriadamente amamentadas. Este indicador é dividido em 2 frações: (1) proporção de crianças de zero a 5 meses que recebem apenas leite materno (aleitamento materno exclusivo); (2) proporção de crianças de 6 a 17 meses que recebem leite materno, bem como alimentos sólidos ou semi-sólidos.
- Frequência de refeições lácteas para crianças não amamentadas: proporção de crianças não amamentadas entre 6 e 17 meses de idade as quais recebem pelo menos duas refeições lácteas.
- Alimentação por mamadeira: proporção de crianças de zero a 17 meses que são alimentadas com mamadeira.

Para análise exploratória de associação da alimentação complementar com o recebimento do benefício do PBF foram selecionadas

as crianças de 6 a 17 meses com critério de renda para o recebimento do PBF em vigor durante a coleta de dados – renda per capita até R\$120,00, totalizando uma amostra de 214 crianças, sendo 72 de Itapira e 142 de Peruíbe. O valor de renda per capita não incluiu o valor recebido do benefício do PBF. Explorou-se a associação do consumo habitual de salgadinhos ou frituras, doces, refrigerantes e do consumo diário de frutas, verduras, legumes, carnes ou ovos com o recebimento ou não do PBF pela família da criança. A informação sobre o cadastramento e recebimento do PBF foi referida pelo entrevistado, sendo que se considerou que a família não estava recebendo efetivamente o benefício, quando esta, apesar de afirmar que estava cadastrada, referiu que não recebia nenhum valor monetário do PBF.

A prática da amamentação entre menores de 6 meses de idade não foi explorada neste estudo, visto que esta temática, com a mesma população de referência, foi abordada na tese de doutorado de TOMA (2008).

3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados no programa Epi Info 6.0 e checados quanto à sua consistência. Para a análise estatística utilizou-se o programa SPSS®, versão 13.0. Análises descritivas foram feitas por médias e desvios-padrão de variáveis quantitativas, freqüências simples das variáveis qualitativas e cálculo dos indicadores de alimentação infantil da OMS. Os dados dos dois municípios foram comparados pelo teste *t* de Student (para médias), teste do qui-quadrado (para proporções) e teste exato de Fisher (para proporções), quando necessário. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$.

Para a associação entre o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família com adequação da alimentação complementar utilizou-se análise de regressão logística bivariada, apresentando os respectivos valores de Odds Ratio (razão de chance), intervalo de confiança de 95% e valores de *p* resultantes da análise bivariada entre a variável independente (recebimento do benefício PBF) e as variáveis de desfecho relacionadas ao consumo de alimentos. Ajustou-se o modelo pela variável “renda per capita”, a qual se mostrou variável de confusão e descrita na literatura como associada ao poder de compra e consumo de alimentos, especialmente de frutas, hortaliças e carnes (IBGE, 2004; CLARO et al., 2007).

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos considerados para a execução desta pesquisa foram:

- Consentimento livre e esclarecido individual das mães ou responsáveis das crianças selecionadas para o estudo: todos os sujeitos receberam uma descrição clara sobre os objetivos do estudo e os procedimentos a que foram submetidos. Após completa compreensão das informações, aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 3), estando livres para declinar de sua participação em qualquer período do estudo.
- Confidencialidade: as crianças foram identificadas por uma série numérica e as informações individuais serão mantidas em sigilo.
- Encaminhamento a serviços de saúde: Crianças desnutridas e/ou doentes no momento da entrevista com a mãe ou cuidador foram referidas aos serviços de saúde para receberem o cuidado apropriado.
- Devolução dos resultados: feita por meio de um seminário destinado aos trabalhadores e gestores do PSF e por outros meios sugeridos pelos participantes do projeto.
- Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (ANEXO 4).

4. RESULTADOS

Os resultados a seguir referem-se a 427 crianças de zero a 17 meses cadastradas no Programa de Saúde da Família do município de Itapira e 356 de Peruíbe, totalizando 783 crianças estudadas.

4.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

A tabela 1 mostra a distribuição das crianças segundo sexo e idade. Observa-se não haver diferença por sexo, mas maior proporção de crianças menores de 6 meses no município de Itapira e, conseqüentemente, maior proporção entre 12 e 17 meses em Peruíbe.

Tabela 1. Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo sexo e idade. Itapira e Peruíbe, 2007.

Características da criança	Itapira (n=427)		Peruíbe (n=356)		p	Total (n=783)	
	n	%	n	%		n	%
Sexo							
Feminino	195	45,7	178	50,0	0,227	373	47,6
Masculino	232	54,3	178	50,0		410	52,4
Idade (meses)							
0 – 5	125	29,3	75	21,1	0,027	200	25,5
6 – 11	164	38,4	146	41,0		310	39,6
12 – 17	138	32,3	135	37,9		273	34,9

As características do cuidador da criança podem ser observadas na Tabela 2. Ressalta-se que nos dois municípios, a mãe foi o principal entrevistado (99,8% em Itapira e 99,4% em Peruíbe). Sendo assim, ao longo

deste trabalho, a pessoa entrevistada será referida como “mãe”. Em relação à localidade de nascimento, nota-se que 82,0% das mães de Peruíbe não são naturais daquele município, que 66,9% se declararam não brancas e que 42,1% trabalham, com diferença estatística significativa em relação à Itapira.

Tabela 2. Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características do entrevistado. Itapira e Peruíbe, 2007.

Características da mãe	Itapira (n=427)		Peruíbe (n=356)		p	Total (n=783)	
	n	%	n	%		n	%
Entrevistado							
Mãe	426	99,8	354	99,4	0,594 ^a	780	99,6
Outra pessoa	1	0,2	2	0,6		3	0,4
Idade (anos)							
< 20	59	13,8	65	18,3	0,100	124	15,8
20 –29	252	59,0	185	52,0		437	55,8
≥ 30	116	27,2	106	29,8		222	28,4
Nasceu no município que mora atualmente							
Sim	295	69,1	64	18,0	<0,001	359	45,8
Não	132	30,9	292	82,0		424	54,2
Cor ^b							
Branca	252	59,2	118	33,1	<0,001	370	47,3
Não branca	174	40,8	238	66,9		412	52,7
Trabalha							
Sim	222	52,0	150	42,1	0,006	372	47,5
Não	205	48,0	206	57,9		411	52,5

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

b. 1 indivíduo sem informação para a variável cor.

A tabela 3 apresenta as características sócio-demográficas das famílias das crianças e evidencia a pior condição dos moradores de Peruíbe. Há menor proporção de famílias de Peruíbe com convênio saúde (8,7% x

30,9%), recebendo cesta básica (11,8% x 33,0%), morando em casas de alvenaria (91,9% x 99,8%), com rede de esgoto no domicílio (51,4% x 99,3%), com água encanada na cozinha (91,9% x 99,3%) e com bens materiais (geladeira: 91,3% x 97,4%; rádio: 78,1% x 91,6%; televisão: 94,7% x 98,1%; telefone fixo: 27,0% x 48,7% e telefone celular: 59,0% x 73,1%), apresentando diferença estatisticamente significativa, além de haver mais famílias morando em cortiço ou favela (4,2% x 1,2%). Tendo em vista a situação pior deste município há mais famílias cadastradas no PBF (39,6% x 22,0%; $p<0,001$), entretanto, quando se avalia o número de famílias que estavam efetivamente recebendo o benefício, a proporção entre os 2 municípios não apresenta diferença significativa, sendo 23,4% em Peruíbe e 19,1% em Itapira ($p=0,139$).

Em relação ao cuidador da criança, observa-se diferença entre os dois municípios, sendo que em Peruíbe 71,9% das crianças tem somente a mãe como cuidadora e em Itapira há 61,6% ($p<0,001$).

Tabela 3. Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Itapira e Peruíbe, 2007.

Características sócio-demográficas	Itapira (n=427)		Peruíbe (n=356)		p	Total (n=783)	
	n	%	n	%		n	%
Cuidador							
Só a mãe	263	61,6	256	71,9	<0,001	519	66,3
Mãe e outra pessoa	50	11,7	61	17,1		111	14,2
Outros	114	26,7	39	11,0		153	19,5
Mãe mora com companheiro							
Sim	342	80,1	251	70,5	0,002	593	75,7
Não	85	19,9	105	29,5		190	24,3
Mãe mora com pais ou sogros							
Sim	123	28,8	86	24,2	0,143	209	26,7
Não	304	71,2	270	75,8		574	73,3
Família cadastrada no Programa Bolsa Família							
Sim	94	22,0	141	39,6	<0,001	235	30,0
Não	333	78,0	215	60,4		548	70,0
Família recebe cesta básica							
Sim	141	33,0	42	11,8	<0,001	183	23,4
Não	286	67,0	314	88,2		600	76,6
Família tem convênio saúde							
Sim	132	30,9	31	8,7	<0,001	163	20,8
Não	295	69,1	325	91,3		620	79,2
Mora em cortiço ou favela							
Sim	5	1,2	15	4,2	0,007	20	2,6
Não	422	98,8	341	95,8		763	97,4
Casa de alvenaria							
Sim	426	99,8	327	91,9	<0,001	753	96,2
Não	1	0,2	29	8,1		30	3,8
Banheiro no domicílio							
Sim	397	93,0	323	90,7	0,250	720	92,0
Não	30	7,0	33	9,3		63	8,0
Rede de esgoto							
Sim	424	99,3	183	51,4	<0,001	607	77,5
Não	3	0,7	173	48,6		176	22,5

Tabela 3 (continuação). Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Itapira e Peruíbe, 2007.

Características sócio-demográficas	Itapira (n=427)		Peruíbe (n=356)		p	Total (n=783)	
	n	%	n	%		n	%
Água encanada na cozinha							
Sim	424	99,3	327	91,9	<0,001	751	95,9
Não	3	0,7	29	8,1		32	4,1
Fogão							
Sim	426	99,8	356	100,0	1,000 ^a	782	99,9
Não	1	0,2	0	0,0		1	0,1
Geladeira							
Sim	416	97,4	325	91,3	<0,001	741	94,6
Não	11	2,6	31	8,7		42	5,4
Rádio							
Sim	391	91,6	278	78,1	<0,001	669	85,4
Não	36	8,4	78	21,9		114	14,6
Televisão							
Sim	419	98,1	337	94,7	0,008	756	96,6
Não	8	1,9	19	5,3		27	3,4
Telefone fixo							
Sim	208	48,7	96	27,0	<0,001	304	38,8
Não	219	51,3	260	73,0		479	61,2
Telefone celular							
Sim	312	73,1	210	59,0	<0,001	522	66,7
Não	115	26,9	146	41,0		261	33,3

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

As variáveis numéricas do perfil sócio-demográfico familiar também apresentaram significância estatística entre os municípios e pior situação em Peruíbe (Tabela 4), com menor média de trabalhadores por domicílio (1,39 x 1,60), menor renda per capita (R\$145,82 x R\$ 255,51), menor número de dormitórios no domicílio (1,58 x 2,19) e maior número de pessoas por dormitório (3,57 x 2,41). As mães das crianças de Peruíbe apresentaram

maior média de número de filhos (2,49 x 1,95) e menor escolaridade média (8,01 x 8,67).

Tabela 4. Características sócio-demográficas de famílias de crianças entre zero e 17 meses (média e desvio padrão – DP). Itapira e Peruíbe, 2007.

Características sócio-demográficas	Itapira (n=427)	Peruíbe (n=356)	p	Total (n=783)
	Média (DP)	Média (DP)		Média (DP)
Número de moradores	4,67 (1,68)	4,94 (1,86)	0,330	4,79 (1,77)
Número de trabalhadores	1,60 (0,89)	1,39 (0,85)	0,001	1,51 (0,88)
Renda per capita (R\$) ^a	255,51 (208,64)	145,82 (111,46)	<0,001	205,60 (179,80)
Número de dormitórios	2,19 (0,89)	1,58 (0,82)	<0,001	1,92 (0,91)
Número de pessoas/dormitório	2,41 (1,19)	3,57 (1,72)	<0,001	2,94 (1,56)
Escolaridade materna	8,67 (2,81)	8,01 (2,97)	0,002	8,37 (2,90)
Número de filhos	1,95 (1,18)	2,49 (1,80)	<0,001	2,19 (1,52)

a. 5 famílias sem informação para a variável renda.

Itapira e Peruíbe apresentaram diferenças sócio-demográficas importantes, sendo este último com a pior situação. Considerando que tais características divergentes podem refletir o perfil das práticas alimentares das crianças, os dados a seguir serão apresentados por município.

4.2. PRÁTICAS ALIMENTARES

As práticas alimentares das crianças serão separadas em menores de 6 meses de idade (entre zero e cinco meses) e entre 6 e 17 meses de idade, visto que há diferentes recomendações para cada faixa etária.

4.2.1. Tipos de Alimentos

4.2.1.1. Consumo entre Crianças Menores de 6 Meses de Idade

O consumo de alimentos habituais das crianças menores de 6 meses pode ser observado na Tabela 5. Há maior proporção de crianças de Peruíbe que consome leite materno (97,3%) em relação à Itapira (84,0%) com diferença estatisticamente significativa ($p=0,004$). Logo a situação se inverte no consumo de leite não materno (22,7% x 42,4%; $p=0,005$) e chá (21,3% x 41,6% $p=0,003$).

Os demais alimentos, exceto os cereais, não apresentam diferenças entre os dois municípios, mas destaca-se a introdução precoce de sólidos, como fruta (21,3% em Peruíbe e 28,0% em Itapira), papa salgada (13,3% em Peruíbe e 24,0% em Itapira) e dos alimentos que compõem a papa, como carnes, ovos, cereais, tubérculos, leguminosas, verduras e legumes. Atenção especial deve ser dada à ocorrência, embora em pequena

proporção, de consumo de salgadinhos ou frituras (3,2%), doces (2,4%) e refrigerantes (4,0%) pelas crianças de Itapira antes dos 6 meses de idade.

Tabela 5. Distribuição de crianças de zero a 5 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo consumo de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.

Alimento	Itapira (n=125)		Peruíbe (n=75)		p	Total (n=200)	
	n	%	n	%		n	%
Leite materno							
Sim	105	84,0	73	97,3	0,004	178	89,0
Não	20	16,0	2	2,7		22	11,0
Leite não materno							
Sim	53	42,4	17	22,7	0,005	70	35,0
Não	72	57,6	58	77,3		130	65,0
Água							
Sim	75	60,0	38	50,7	0,197	113	56,5
Não	50	40,0	37	49,3		87	43,5
Chá							
Sim	52	41,6	16	21,3	0,003	68	34,0
Não	73	58,4	59	78,7		132	66,0
Suco							
Sim	38	30,4	18	24,0	0,329	56	28,0
Não	87	69,6	57	76,0		144	72,0
Fruta							
Sim	35	28,0	16	21,3	0,295	51	25,5
Não	90	72,0	59	78,7		149	74,5
Lanche							
Sim	18	14,4	5	6,7	0,097	23	11,5
Não	107	85,6	70	93,3		177	88,5
Papa salgada							
Sim	30	24,0	10	13,3	0,068	40	20,0
Não	95	76,0	65	86,7		160	80,0

Tabela 5 (continuação). Distribuição de crianças de zero a 5 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo consumo de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.

Alimento	Itapira (n=125)		Peruíbe (n=75)		p	Total (n=200)	
	n	%	n	%		n	%
Carnes ou ovos							
Sim	15	12,0	5	6,7	0,224	20	10,0
Não	110	88,0	70	93,3		180	90,0
Legumes e verduras							
Sim	26	20,8	8	10,7	0,065	34	17,0
Não	99	79,2	67	89,3		166	83,0
Leguminosas							
Sim	27	21,6	9	12,0	0,087	36	18,0
Não	98	78,4	66	88,0		164	82,0
Cereais e massas							
Sim	20	16,0	3	4,0	0,011	23	11,5
Não	105	84,0	72	96,0		177	88,5
Tubérculos							
Sim	25	20,0	9	12,0	0,145	34	17,0
Não	100	80,0	66	88,0		166	83,0
Salgadinho ou fritura							
Sim	4	3,2	0	0,0	0,299 ^a	4	2,0
Não	121	96,8	75	100,0		196	98,0
Refrigerante							
Sim	5	4,0	0	0,0	0,159 ^a	5	2,5
Não	120	96,0	75	100,0		195	97,5
Doce							
Sim	3	2,4	0	0,0	0,293 ^a	3	1,5
Não	122	97,6	75	100,0		197	98,5

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

Na Figura 3 observa-se que o consumo de leite não materno não apresenta diferença estatística entre os 2 municípios na faixa etária de 0 a 1 mês e de 2 a 3 meses. Mas na faixa etária de 4 a 5 meses há aumento expressivo em Itapira (71,7%) com diferença estatística significativa entre os

dois municípios ($p < 0,001$). Conforme aumenta a faixa etária em Itapira há aumento do consumo de leite não materno, já as variações entre as faixas etárias de Peruíbe se devem à flutuação amostral.

Figura 3. Distribuição de crianças de zero a 5 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo de leite não materno. Itapira e Peruíbe, 2007.

* $p < 0,05$

O consumo de papa salgada não apresenta diferença estatística entre os dois municípios na faixa etária de 0 a 5 meses (Tabela 5). Entretanto, quando se estratifica por idade, diferenças podem ser observadas entre 4 e 5 meses. O consumo desta preparação apresenta-se ausente entre os

menores de 2 meses, pouco expressivo entre 2 e 3 meses (2,2% em Itapira e 2,7% em Peruíbe; $p=1,000$) e concentrado entre 4 e 5 meses, com frequência de 54,7% em Itapira e 29,0% em Peruíbe ($p = 0,022$).

4.2.1.2. Consumo entre Crianças de 6 a 17 Meses de Idade

Assim como entre os menores de 6 meses, na Tabela 6 observa-se que em Peruíbe há maior proporção de crianças entre 6 e 17 meses que consomem leite materno (70,8% x 48,7%; $p<0,001$), enquanto o consumo de leite não materno é maior em Itapira (80,1% x 63,3%; $p <0,001$). Em Itapira, também se observa maior consumo de lanche nos intervalos (93,4% x 82,6%; $p<0,001$) e de papa salgada (99,7% x 97,5%; $p=0,032$), enquanto em Peruíbe há maior consumo de chá (54,4% x 43,4%; $p=0,008$).

Os demais alimentos que compõem a alimentação infantil, como sucos, frutas, carnes, ovos, verduras, legumes, cereais, tubérculos e leguminosas apresentam frequência expressiva e similar nas duas localidades.

O consumo de alimentos industrializados mostra-se expressivo nesta faixa etária, sendo que mais de 50% das crianças nos dois municípios consomem salgadinhos ou frituras e refrigerante e 41,4% das crianças de Itapira consomem doce em comparação com 31,0% em Peruíbe ($p=0,009$).

Tabela 6. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo consumo de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.

Alimento	Itapira (n=302)		Peruíbe (n=281)		p	Total (n=583)	
	n	%	n	%		n	%
Leite materno							
Sim	147	48,7	199	70,8	<0,001	346	59,3
Não	155	51,3	82	29,2		237	40,7
Leite não materno							
Sim	242	80,1	178	63,3	<0,001	420	72,0
Não	60	19,9	103	36,7		163	28,0
Água							
Sim	302	100,0	277	98,6	0,053 ^a	579	99,3
Não	0	0,0	4	1,4		4	0,7
Chá							
Sim	131	43,4	153	54,4	0,008	284	48,7
Não	171	56,6	128	45,6		299	51,3
Suco							
Sim	292	96,7	267	95,0	0,310	559	95,9
Não	10	3,3	14	5,0		24	4,1
Fruta							
Sim	295	97,7	273	97,2	0,687	568	97,4
Não	7	2,3	8	2,8		15	2,6
Lanche							
Sim	282	93,4	232	82,6	<0,001	514	88,2
Não	20	6,6	49	17,4		69	11,8
Papa salgada							
Sim	301	99,7	274	97,5	0,032 ^a	575	98,6
Não	1	0,3	7	2,5		8	1,4
Legumes e verduras							
Sim	287	95,0	261	92,9	0,275	548	94,0
Não	15	5,0	20	7,1		35	6,0
Carnes ou ovos							
Sim	280	92,7	257	91,5	0,574	537	92,1
Não	22	7,3	24	8,5		46	7,9

Tabela 6 (continuação). Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo consumo de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.

Alimento	Itapira (n=302)		Peruíbe (n=281)		p	Total (n=583)	
	n	%	n	%		n	%
Legumes amarelos ou alaranjados							
Sim	279	92,4	249	88,6	0,119	528	90,6
Não	23	7,6	32	11,4		55	9,4
Verdura verde-escura							
Sim	139	46,0	113	40,2	0,157	252	43,2
Não	163	54,0	168	59,8		331	53,8
Leguminosas							
Sim	290	96,0	264	94,0	0,249	554	95,0
Não	12	4,0	17	6,0		29	5,0
Cereais							
Sim	293	97,0	266	94,7	0,152	559	95,9
Não	9	3,0	15	5,3		24	4,1
Tubérculos							
Sim	297	98,3	270	96,1	0,095	567	97,3
Não	5	1,7	11	3,9		16	2,7
Salgadinho ou fritura							
Sim	176	58,3	147	52,3	0,148	323	55,4
Não	126	41,7	134	47,7		260	44,6
Refrigerante							
Sim	155	51,3	149	53,0	0,681	304	52,1
Não	147	48,7	132	47,0		279	47,9
Doce							
Sim	125	41,4	87	31,0	0,009	212	36,4
Não	177	58,6	194	69,0		371	63,6

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

Na Figura 4 observa-se queda do consumo de leite materno a partir do oitavo mês de vida em Itapira e diferenças significativas nas proporções de consumo de leite materno entre os dois municípios (8 e 9 meses:

$p=0,001$; 10 e 11 meses: $p=0,010$; 12 e 13 meses: $p=0,007$; 14 e 15 meses: $p=0,037$; 16 e 17 meses: $p=0,032$). Em Peruíbe, observa-se a queda a partir de 10 meses, mas a frequência se mantém acima de 50% até o 16º e 17º meses. Ao passo que o consumo de leite materno se mostrou maior em Peruíbe, a situação se inverte em relação ao consumo de leite não materno entre as crianças de 6 a 17 meses, como previsto. Itapira apresenta maior consumo com diferença estatística significativa entre 6 e 7 meses (77,4% x 55,6%; $p=0,022$), 8 e 9 meses (76,3% x 53,1%; $p=0,001$) e entre 16 e 17 meses (87,3% x 65,6%; $p=0,016$). Em Itapira, o consumo se mantém alto em todas as faixas etárias, sempre superiores a 70%. A frequência média de consumo de leite não materno entre as crianças de 6 a 17 meses é de 4 vezes ao dia (2,0 DP) em Itapira e de 2,8 vezes (1,6 DP) em Peruíbe ($p<0,001$).

Figura 4. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo de leite materno. Itapira e Peruíbe, 2007.

* $p < 0,05$

Como observado na Tabela 6, o consumo de papa salgada apresenta diferença estatística entre os dois municípios, entretanto, quando se estratifica por idade, essa condição apresenta-se restrita a uma determinada faixa etária. Observa-se que entre 6 e 7 meses 98,1% das crianças de Itapira consomem papa contra 86,7% de Peruíbe ($p=0,046$), e entre 8 e 9 meses 100% de Itapira e 98,0% de Peruíbe já introduziu esta preparação ($p=0,454$). A partir dos 10 meses de idade, 100% das crianças de ambos os municípios recebem este alimento. É importante observar que das 8 crianças que ainda não comiam papa salgada, 7 apresentavam 6 meses de idade.

4.2.2. Frequência de Consumo de Alimentos

A observação da frequência de consumo de frutas, verduras e legumes, carnes ou ovos revelou que apenas cerca de 50% das crianças entre 6 e 17 meses consomem tais alimentos diariamente (Tabela 7), sendo que não há diferença estatística entre os municípios.

Tabela 7. Distribuição de crianças de 6 a 17 assistidas pelo Programa Saúde da Família segundo consumo diário de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.

Consumo diário	Itapira (n=302)		Peruíbe (n=281)		p	Total (n=583)	
	n	%	n	%		n	%
Frutas							
Sim	162	53,6	136	48,4	0,260	298	51,1
Não	140	46,4	145	51,6		285	48,9
Verduras e legumes							
Sim	172	57,0	144	51,2	0,167	316	54,2
Não	130	43,0	137	48,8		267	45,8
Carne ou ovos							
Sim	154	51,0	166	59,1	0,050	320	54,9
Não	148	49,0	115	40,9		263	45,1

Quando se estratifica por faixa etária observa-se maior percentual de consumo de carne ou ovos, conforme aumenta a idade e tendendo a ser superior em Peruíbe, qual seja: de 6 a 8 meses 42,0% x 37,0% ($p=0,533$), de 9 a 11 meses 59,7% x 51,8% ($p=0,313$) e de 12 a 17 meses 67,4% x 58,7% ($p=0,136$). Já o consumo de frutas, verduras e legumes não segue esta tendência de aumento com a idade (Figuras 5, 6 e 7). Também não se observa diferença significativa entre os municípios, exceto quanto ao consumo de verduras e legumes entre as crianças de 12 a 17 meses ser menor em Peruíbe (40% x 57,2%; $p=0,004$).

Figura 5. Distribuição de crianças de 6 a 8 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo diário de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.

Figura 6. Distribuição de crianças de 9 a 11 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo diário de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.

Figura 7. Distribuição de crianças de 12 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo diário de alimentos. Itapira e Peruíbe, 2007.

* $p < 0,05$

4.2.3. Consistência da Dieta

Em relação ao preparo e consistência da papa salgada das crianças de 6 a 8 meses (Tabela 8), em Peruíbe há maior porcentagem de mães que referem amassar com o garfo (65,1% x 56,3%) e oferecem papa em consistência adequada (87,3% x 81,2%), embora não haja diferença estatística significativa. Também vale ressaltar a prática de bater a papa no liquidificador (Itapira: 17,5%; Peruíbe: 14,3%) e passar na peneira (Itapira: 6,3%; Peruíbe: 4,8%).

Tabela 8. Distribuição de crianças de 6 a 8 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo preparo e consistência da papa salgada. Itapira e Peruíbe, 2007.

Preparo e Consistência	Itapira (n= 80)		Peruíbe (n= 63)		p	Total (n=143)	
	n	%	N	%		N	%
Como prepara a papa							
Amassa com o garfo	45	56,3	41	65,1	0,771	86	60,1
Bate no liquidificador	14	17,5	9	14,3		23	16,1
Igual a do adulto	9	11,3	7	11,1		16	11,2
Passa na peneira	5	6,3	3	4,8		8	5,6
Corta em pedaços pequenos	2	2,5	0	0,0		2	1,4
Outros	5	6,3	3	4,8		8	5,6
Consistência da papa salgada							
Adequada	65	81,2	55	87,3	0,382	120	83,9
Inadequada	15	18,8	8	12,7		23	16,1

Na faixa etária de 9 a 11 meses (Tabela 9), o uso do liquidificador e da peneira é menos referido, sendo encontrado em apenas 7,2% das crianças de Itapira e 5,3% em Peruíbe. Destacam-se práticas similares entre os dois municípios, como amassar com o garfo (Itapira: 56,6%; Peruíbe: 51,3%), cortar em pedaços pequenos (Itapira: 4,8%; Peruíbe: 10,5%) e oferecer comida igual a do adulto (Itapira: 30,1%; Peruíbe: 25,0%), sendo a consistência adequada em 96,4% em Itapira e 98,7% em Peruíbe.

Tabela 9. Distribuição de crianças de 9 a 11 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo preparo e consistência da papa salgada. Itapira e Peruíbe, 2007.

Preparo e Consistência	Itapira (n= 83)		Peruíbe (n= 76)		p	Total (n=159)	
	N	%	n	%		n	%
Como prepara a papa							
Amassa com o garfo	47	56,6	39	51,3	0,147	86	54,1
Igual a do adulto	25	30,1	19	25,0		44	27,7
Corta em pedaços pequenos	4	4,8	8	10,5		12	7,5
Bate no liquidificador	4	4,8	4	5,3		5	5,0
Passa na peneira	2	2,4	0	0,0		2	1,3
Outros	1	1,2	6	7,9		7	4,4
Consistência da papa salgada							
Adequada	80	96,4	75	98,7	0,622 ^a	155	97,5
Inadequada	3	3,6	1	1,3		4	2,5

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

Entre as crianças mais velhas, de 12 a 17 meses (Tabela 10), mantém-se o padrão similar entre os municípios. Merece destaque que mais da metade destas crianças consomem preparação igual a do adulto. Em Peruíbe, 10,4% corta em pedaços pequenos e 32,6% amassa com o garfo, e em Itapira, 6,5% e 29,0% referem tais práticas, respectivamente. A consistência se mostrou adequada em 83,3% das crianças de Itapira e em 83,0% de Peruíbe.

Tabela 10. Distribuição de crianças de 12 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo preparo e consistência da papa salgada. Itapira e Peruíbe, 2007.

Preparo e Consistência	Itapira (n= 138)		Peruíbe (n= 135)		p	Total (n=273)	
	n	%	n	%		n	%
Como prepara a papa							
Igual a do adulto	82	59,4	71	52,6	0,475	153	56,0
Amassa com o garfo	40	29,0	44	32,6		84	30,8
Corta em pedaços pequenos	9	6,5	14	10,4		23	8,4
Bate no liquidificador	3	2,2	1	0,7		4	1,5
Passa na peneira	1	0,7	0	0,0		1	0,4
Outros	3	2,2	5	3,7		8	2,9
Consistência da papa salgada							
Adequada	115	83,3	112	83,0	0,935	227	83,2
Inadequada	23	16,7	23	17,0		46	16,8

4.2.4. Cuidados Psicossociais

Os cuidados psicossociais avaliados pelo comportamento da mãe de crianças menores de 6 meses estão resumidamente na Tabela 11. O choro é o principal motivo que indica o momento de alimentar a criança (65,6% em Itapira e 64,9% em Peruíbe). Seguir horário estabelecido e atender aos sinais da criança, como expressões faciais e colocar a mão na boca também foram referidos pelas mães, sem diferença entre os municípios. Apresentaram diferença estatística “sinais na mama” e “outros sinais”, como intuição da mãe e oferecer alimentação quando a criança acorda.

Ainda nesta faixa etária, 64,0% das mães de Itapira e 58,1% de Peruíbe identifica que a criança está satisfeita quando ela larga o peito ou

para de comer. A recusa da criança, ou seja, quando esta trava a boca, empurra com a mão, vira o rosto ou cospe, foi referida por 21,3% em Itapira e 32,3% em Peruíbe.

Na mesma tabela, observamos diferença estatisticamente significativa entre os municípios, em relação ao comportamento do que as mães podem fazer para que a criança coma a papa salgada. Ressalta-se que esta variável foi investigada com todas as mães, independente da introdução desta preparação na dieta da criança, entretanto 19 mães não souberam responder. Em Peruíbe, 44,3% das mães acreditam que se deva brincar com a criança para que ela coma, enquanto em Itapira somente 15,3% apontaram esta resposta ($p < 0,001$). As mães de Peruíbe também referiram “ter paciência” com maior frequência (28,6% x 5,4%; $p < 0,001$). Também foram mencionadas outras práticas consideradas *adequadas*, como não forçar, deixar a criança explorar os alimentos, comer junto com a família, amassar a comida, conversar com a criança e ter mais carinho, assim como *práticas inadequadas*, como bater no liquidificador, iniciar alimentação complementar aos 4 meses, dar comida junto com suco, forçar e não dar o peito.

Tabela 11. Distribuição de crianças de zero a 5 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo cuidados psicossociais. Itapira e Peruíbe, 2007.

Comportamento	Itapira (n= 125)		Peruíbe (n= 75)		p	Total (n=200)	
	n	%	n	%		n	%
Hora de alimentar a criança ^b							
Choro	82	65,6	48	64,9	0,916	130	65,3
Sinais da criança	43	34,4	19	25,7	0,199	62	31,2
Horário estabelecido	27	21,6	10	13,5	0,156	37	18,6
Sinais na mama	2	1,6	8	10,8	0,006^a	10	5,0
Outros	1	0,8	8	10,8	0,002^a	10	5,0
Criança está satisfeita ^b							
Larga ou para de comer	72	58,1	48	64,0	0,407	120	60,3
Recusa	40	32,3	16	21,3	0,097	56	28,1
Dorme	4	3,2	7	9,3	0,106 ^a	11	5,5
Náusea	4	3,2	2	2,7	1,000 ^a	6	3,0
Morde o peito	2	1,6	3	4,0	0,367 ^a	5	2,5
Outros	10	8,1	6	8,0	0,987	16	8,0
O que fazer para comer a papa salgada ^c							
Insistir	33	29,7	26	37,1	0,300	59	32,6
Brincar	17	15,3	31	44,3	<0,001	48	26,5
Ter paciência	6	5,4	20	28,6	<0,001	26	14,4
Variar a preparação	14	12,6	4	5,7	0,131	18	9,9
Não ter pressa	14	12,6	3	4,3	0,061	17	9,4
Incentivar	13	11,7	0	0,0	0,003	13	7,2
Ter horário	5	4,5	0	0,0	0,158 ^a	5	2,8
Não dar outros alimentos ou leite nos intervalos	2	1,8	3	4,3	0,376 ^a	5	2,8
Outras práticas inadequadas	16	14,4	6	8,6	0,241	22	12,2
Outras práticas adequadas	10	9,0	4	5,7	0,419	14	7,7
Outros ^d	12	10,8	1	1,4	0,017	13	7,2

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

b. 1 indivíduo em Itapira sem informação.

c. 19 indivíduos sem informação (14 em Itapira e 5 em Peruíbe).

d. A categoria "outros" inclui práticas com poucas especificações, as quais não foram consideradas adequadas nem inadequadas: oferecer o alimento, dar aos poucos, acostumar desde pequeno, dar de tudo um pouco, colocar pouco tempero, achar o que a criança mais gosta.

Na Tabela 12 observamos os cuidados psicossociais oferecidos pelas mães de crianças entre 6 e 17 meses. O choro da criança ainda aparece freqüente como forma de identificar que está na hora de alimentar a criança (Peruíbe: 47,1% x Itapira: 36,0%; $p=0,006$). Também se destaca a criança pedir, ter horários estabelecidos e os sinais da criança referidos pelas mães, como puxar a mãe, rodear o fogão, chupar os dedos e ficar manhosa.

Setenta e quatro por cento das mães de Itapira e 70,1% das mães de Peruíbe identificam a recusa da criança para indicar que ela está satisfeita. A criança parar de comer, falar, nausear ou regurgitar o alimento, dormir e brincar com a comida também foram referidas pelas mães. Outras formas que indicam satisfação incluem rir, arrotar, ficar contente e fazer cara feia

O hábito de brincar para fazer com que a criança coma a papa salgada também se mostrou mais freqüente entre as crianças de 6 a 17 meses de Peruíbe (45,8% x 22,0%; $p<0,001$), assim como “ter paciência” (26,7% x 10,8%; $p<0,001$). “Variar a preparação” e “não ter pressa” foram mais referidos em Itapira do que em Peruíbe, sendo 20,2% x 5,1% ($p<0,001$) e 7,2% x 2,6% ($p=0,012$), respectivamente. Não apresentaram diferenças entre os municípios outras formas *adequadas*, como deixar explorar os alimentos, ter mais carinho, não dar doces, alimentar quando a criança estiver sem sono, evitar guloseimas, amassar a comida e oferecer pedaços maiores para a criança comer com as mãos, e práticas *inadequadas*, como dar do prato da mãe, colocar sal no leite, fazer chantagem, parar de dar o peito, bater no liquidificador, forçar a comer, dar vitamina para abrir o apetite, cortar o leite e dar comida com 4 meses.

Tabela 12. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo cuidados psicossociais. Itapira e Peruíbe, 2007.

Comportamento	Itapira (n= 302)		Peruíbe (n= 281)		p	Total (n=583)	
	n	%	n	%		n	%
Hora de alimentar a criança ^a							
Choro	108	36,0	132	47,1	0,006	240	41,4
Criança pede/fala	98	32,7	81	28,9	0,330	179	30,9
Horário estabelecido	85	28,3	76	27,1	0,749	161	27,8
Sinais da criança	68	22,7	50	17,9	0,150	118	20,3
Outros	8	2,7	7	2,5	0,899	15	2,6
Criança está satisfeita ^b							
Recusa	223	74,3	197	70,1	0,255	420	72,0
Criança fala	50	16,7	37	13,2	0,237	87	15,0
Larga ou para de comer	39	13,0	37	13,2	0,952	76	13,1
Náusea	8	2,7	12	4,3	0,289	20	3,4
Brinca com a comida	6	2,0	14	5,0	0,049	20	3,4
Dorme	5	1,7	10	3,6	0,151	15	2,6
Outros	10	3,3	10	3,6	0,882	20	3,4
O que fazer para comer a papa salgada ^c							
Brincar	61	22,0	125	45,8	<0,001	186	33,8
Insistir	84	30,3	87	31,9	0,696	171	31,1
Ter paciência	30	10,8	73	26,7	<0,001	103	18,7
Variar a preparação	56	20,2	14	5,1	<0,001	70	12,7
Não ter pressa	20	7,2	7	2,6	0,012	27	4,9
Ter horário	15	5,4	10	3,7	0,324	25	4,5
Não dar outros alimentos ou leite nos intervalos	9	3,2	12	4,4	0,483	21	3,8
Incentivar	18	6,5	1	0,4	<0,001	19	3,5
Comer com a família	8	2,9	7	2,6	0,816	15	2,7
Não forçar	9	3,2	4	1,5	0,169	13	2,4
Conversar	6	2,2	7	2,6	0,754	13	2,4
Outras práticas adequadas	17	6,1	14	5,1	0,607	31	5,6
Outras práticas inadequadas	14	5,1	9	3,3	0,303	23	4,2
Outros ^d	15	5,4	12	4,4	0,580	27	4,9

a. 3 indivíduos sem informação (2 em Itapira e 1 em Peruíbe).

b. 2 indivíduos sem informação em Itapira.

c. 33 indivíduos sem informação (25 em Itapira e 8 em Peruíbe).

d. A categoria "outros" inclui práticas com poucas especificações, as quais não foram consideradas adequadas nem inadequadas: acostumar desde pequeno, dar de tudo um pouco, achar o que a criança mais gosta, diminuir o leite, ir acostumando a criança, ver o que a criança quer, pedir orientação ao pediatra, dar mais tarde.

Em relação ao comportamento alimentar investigou-se também se a criança come sozinha ou com ajuda de um adulto. Entre 6 e 8 meses de idade, todas as crianças são auxiliadas por um adulto. Na faixa etária subsequente (entre 9 e 11 meses), uma mãe em cada município (o que corresponde a 1,2% em Itapira e 1,3% em Peruíbe; $p=1,000$) referiu que a criança já come sozinha. Já entre as crianças de 12 a 17 meses, 10,1% em Itapira e 9,6% em Peruíbe ($p=0,887$) se alimentam sozinhas sem o auxílio de um adulto.

Investigando o comportamento alimentar das crianças de 6 a 17 meses, observou-se diferença estatística entre os municípios em relação à criança ter o seu próprio prato para a alimentação (Itapira: 77,4%; Peruíbe: 85,0%; $p=0,021$), sendo estas frequências constantes nas faixas etárias de 6 a 8, de 9 a 11 e de 12 a 17 meses, mas mantém significância estatística apenas na faixa de 9 a 11 meses.

A Figura 8 apresenta o comportamento das mães em oferecer pedaços de alimentos para a criança comer segurando com as mãos. Observa-se que esta prática aumenta conforme a idade da criança e apresenta frequências semelhantes nas duas localidades.

Figura 8. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo hábito de comer pedaços de alimentos com as mãos. Itapira e Peruíbe, 2007.

4.2.5. Higiene

As mães de todas as crianças estudadas foram questionadas sobre quando é importante lavar as mãos. As respostas foram espontâneas com freqüências semelhantes entre os municípios quanto a: “após usar o sanitário”, “após trocar a criança”, “antes de alimentar a criança” e “outros”, que inclui respostas como “sempre”, “antes de pegar a criança”, “antes de dar banho”, “quando fuma” e “quando limpa a casa” (Tabela 13). A importância de lavar as mãos antes de cozinhar esteve mais presente em Peruíbe (61,0% x 53,2%; $p=0,032$).

Tabela 13. Distribuição do número e proporção de crianças de zero a 17 assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo hábito do cuidador em lavar as mãos. Itapira e Peruíbe, 2007.

Hábito de lavar as mãos ^a	Itapira (n=402)		Peruíbe (n=356)		p	Total (n=758)	
	n	%	N	%		n	%
Após usar sanitário	186	46,3	182	51,1	0,182	368	48,5
Após trocar a criança	254	63,2	203	57,0	0,084	457	60,3
Antes de cozinhar	214	53,2	217	61,0	0,032	431	56,9
Antes de alimentar a criança	332	82,6	301	84,6	0,467	633	83,5
Outros	137	34,1	108	30,3	0,272	245	32,3

a. 25 indivíduos sem informação em Itapira.

4.3. INDICADORES DE PRÁTICAS ALIMENTARES INFANTIS E DA CRIANÇA PEQUENA

O primeiro indicador central da OMS refere-se à prática do aleitamento materno entre 12 e 15 meses, denominado *amamentação continuada com um ano de idade*. Das 186 crianças que se encontram nessa faixa etária (Itapira: n=83; Peruíbe: n=103), a frequência de amamentação continuada encontra-se em 65,0% em Peruíbe e 39,8% em Itapira ($p = 0,001$), similar ao apresentado na Figura 4 em outras faixas de idade.

O segundo indicador é referente à *introdução de sólidos e semi-sólidos* entre crianças de 6 a 8 meses idade. Para o qual se observa

freqüência similar entre os 2 municípios: 98,8% em Itapira e 95,7% em Peruíbe ($p = 0,334$).

A *diversidade mínima da dieta* encontra-se na Tabela 14. Observa-se adequação superior a 95% em todas as faixas etárias e independente do local. Entretanto, Itapira apresenta melhor situação na faixa etária de 6 a 11 meses (99,4% x 95,2%; $p = 0,028$), revelando que em Peruíbe ainda há 4,8% das crianças nessa faixa etária que tem dieta pouco diversificada, com consumo abaixo de 4 grupos de alimentos.

Tabela 14. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família com diversidade mínima da dieta, segundo faixa etária. Itapira e Peruíbe, 2007.

Idade (meses)	Itapira		Peruíbe		p	Total	
	N total	%	N total	%		N total	%
6 – 11	164	99,4	146	95,2	0,028^a	310	97,4
12 – 17	138	99,3	135	99,3	1,000 ^a	273	99,3
6 – 17	302	99,3	281	97,2	0,055 ^a	583	98,3

a. Teste exato de Fisher.

A *freqüência mínima de refeições* apresentada na Tabela 15 apresenta um indicador para crianças amamentadas e outro para não amamentadas, visto que o critério de número mínimo de refeições difere quanto ao tipo de aleitamento. Não se observa diferença entre os municípios, mas entre as crianças amamentadas este indicador está mais próximo de 90%, enquanto que nas não amamentadas chega a 100%.

Tabela 15. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família com frequência mínima de refeições, segundo faixa etária e condição de aleitamento. Itapira e Peruíbe, 2007.

Idade (meses)	Itapira		Peruíbe		p	Total	
	N total	%	N total	%		N total	%
Amamentadas							
6 – 11	96	90,6	114	86,8	0,391	210	88,6
12 – 17	51	96,1	85	88,2	0,210 ^a	136	91,2
6 – 17	147	92,5	199	87,4	0,126	346	89,6
Não amamentadas							
6 – 11	68	100,0	32	100,0		100	100,0
12 – 17	87	100,0	50	98,0	0,365 ^a	137	99,3
6 – 17	155	100,0	82	98,8	0,346 ^a	237	99,6

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

Assim como no indicador anterior, a Tabela 16 apresenta a *dieta mínima aceitável* subdividida em duas frações: crianças amamentadas e não amamentadas. Sendo este indicador derivado dos dois indicadores anteriores, o seu padrão se assemelha com a *frequência mínima de dieta*, ou seja, sem diferença entre os municípios, mas com valores próximos a 100% para as crianças não amamentadas e 90% para as amamentadas.

Tabela 16. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família com dieta mínima aceitável, segundo faixa etária e condição de aleitamento. Itapira e Peruíbe, 2007.

Idade (meses)	Itapira		Peruíbe		p	Total	
	N total	%	N total	%		N total	%
Amamentadas							
6 – 11	96	90,6	114	86,8	0,391	210	88,6
12 – 17	51	94,1	85	87,1	0,190	136	89,7
6 – 17	147	91,8	199	86,9	0,149	346	89,0
Não amamentadas							
6 – 11	68	100,0	32	96,9	0,320 ^a	100	99,0
12 – 17	87	100,0	50	98,0	0,365 ^a	137	99,3
6 – 17	155	100,0	82	97,6	0,119 ^a	237	99,2

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

O último indicador central apresentado refere-se ao *consumo de alimentos rico em ferro ou fortificados com ferro* (Figura 9). O município de Peruíbe apresenta melhor condição em todas as faixas etárias (6 a 11 meses: 57,4% x 50,0%; 12 a 17 meses: 71,1% x 62,3%), mas com diferença estatística apenas quando não se estratifica por faixa etária (64,1% x 55,6%; $p = 0,038$).

Figura 9. Distribuição de crianças de 6 a 18 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados com ferro e faixa etária. Itapira e Peruíbe, 2007.

* $p < 0,05$

O indicador opcional que se refere ao *aleitamento materno em idade apropriada* apresenta diferença estatisticamente significativa nas duas frações definidas, encontrando-se Peruíbe com os melhores indicadores, o que é condizente com as maiores freqüência de consumo de leite materno conforme visto na Tabela 6 e Figura 4. Entre as crianças de zero a 5 meses, 21,6% de Itapira e 41,3% de Peruíbe ($p = 0,003$) estavam em condição apropriada de amamentação, ou seja, em aleitamento materno exclusivo. Entre as crianças de 6 a 17 meses, 48,3% de Itapira e 69,8% de Peruíbe ($p < 0,001$) consumiam sólidos e semi-sólidos em adição ao aleitamento materno.

Na Tabela 17 encontra-se o indicador *freqüência de refeições lácteas para crianças não amamentadas*, no qual se observa valores ligeiramente superiores em Itapira, mas sem significância estatística, apesar da maior freqüência de crianças que consomem leite não materno neste município.

Tabela 17. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses não amamentadas e assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo freqüência de refeições lácteas adequadas e faixa etária. Itapira e Peruíbe, 2007.

Idade (meses)	Itapira		Peruíbe		p	Total	
	N total	%	N total	%		N total	%
6 – 11	68	100,0	32	96,9	0,320 ^a	100	99,0
12 – 17	87	94,3	50	94,0	1,000 ^a	137	94,2
6 – 17	155	96,9	82	95,1	0,501 ^a	237	96,2

a. Teste exato de Fisher.

O indicador *alimentação por mamadeira* apresenta valores superiores para Itapira em todas as faixas etárias e com significância estatística (Figura 10). A partir dos 6 meses de idade a frequência de uso de mamadeira em Itapira ultrapassa 70% (6 a 11 meses: $p < 0,001$; 12 a 17 meses: $p = 0,003$) e entre as crianças de zero a 17 meses também se observa grande diferença entre as localidades ($p < 0,001$).

Figura 10. Distribuição de crianças de zero a 17 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família (%), segundo alimentação por mamadeira e faixa etária. Itapira e Peruíbe, 2007.

* $p < 0,05$

4.4. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Os resultados encontrados quanto ao recebimento do benefício do PBF foram analisados de forma exploratória realizada com as famílias de crianças de 6 a 17 meses e de baixa renda, ou seja, aquelas elegíveis para o PBF – com renda inferior ou igual a R\$120,00 per capita, totalizando 72 de Itapira e 142 de Peruíbe, o que representa 50,5% e 23,8%, respectivamente, do total de crianças nessa faixa etária estudada em cada município.

4.4.1. Características das Famílias Elegíveis para o Programa Bolsa Família

Analisando as famílias elegíveis para o PBF, observa-se que diferenças sócio-demográficas entre os municípios permanecem (Tabela 18). Peruíbe ainda apresenta piores condições em relação a receber cesta básica (11,3% x 26,4%; $p=0,005$), morar em casa de alvenaria (85,9% x 100,0%; $p=0,001$) e possuir geladeira (86,6% x 95,8%; $p=0,036$). O acesso a rede de esgoto no domicílio é a principal diferença encontrada, pois está presente em quase a totalidade das famílias de Itapira (98,6%) e apenas em 43,7% das famílias de Peruíbe ($p < 0,001$).

Observou-se que nem todas as famílias elegíveis para o PBF estavam cadastradas ou recebiam o benefício. Nas duas localidades encontrou-se proporção semelhante no que se refere ao cadastro das famílias para o

recebimento do PBF, sendo 62,5% (n=45) entre as famílias elegíveis de Itapira e 58,5% (n=83) de Peruíbe. Entretanto, o recebimento efetivo do benefício mostrou diferença estatisticamente significativa entre os dois municípios (p=0,011). Em Peruíbe, a cobertura do programa foi de 37,3%, ou seja, das 142 crianças entre 6 e 17 meses pertencentes às famílias elegíveis, 53 estavam recebendo o PBF. Em Itapira observou-se cobertura de 55,6% (n=40).

Enquanto famílias elegíveis não recebiam o benefício, foram identificadas famílias não elegíveis que estavam recebendo, o que representa 36,5% (n=23) dos beneficiários em Itapira e 17,2% (n=11) em Peruíbe.

Tabela 18. Distribuição de crianças de 6 a 17 meses elegíveis para o Programa Bolsa Família e assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Itapira e Peruíbe, 2007.

Características sócio-demográficas	Itapira (n=72)		Peruíbe (n=142)		p	Total (n=214)	
	n	%	n	%		n	%
Cuidador							
Só a mãe	51	70,8	109	76,8	0,300	160	74,8
Mãe e outra pessoa	7	9,7	22	15,5		29	13,6
Outros	14	19,4	11	7,7		25	11,7
Mãe mora com companheiro							
Sim	50	69,4	91	64,1	0,435	141	65,9
Não	22	30,6	51	35,9		73	34,1
Mãe mora com pais ou sogros							
Sim	18	25,0	39	20,4	0,445	47	22,0
Não	54	75,0	113	79,6		167	78,0
Família cadastrada no PBF							
Sim	45	62,5	83	58,5	0,568	128	59,8
Não	27	37,5	59	41,5		86	40,2

Tabela 18 (continuação). Distribuição de crianças de 6 a 17 meses elegíveis para o PBF e assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Itapira e Peruíbe, 2007.

Características sócio-demográficas	Itapira (n=72)		Peruíbe (n=142)		p	Total (n=214)	
	n	%	n	%		n	%
Família recebe benefício do PBF							
Sim	40	55,6	53	37,3	0,011	93	43,5
Não	32	44,4	89	62,7		121	56,5
Família recebe cesta básica							
Sim	19	26,4	16	11,3	0,005	35	16,4
Não	53	73,6	126	88,7		179	83,6
Família tem convênio saúde							
Sim	2	2,8	2	1,4	0,604 ^a	4	1,9
Não	70	97,2	140	98,6		210	98,1
Mora em cortiço ou favela							
Sim	1	1,4	10	7,0	0,104 ^a	11	5,1
Não	71	98,6	132	93,0		203	94,9
Casa de alvenaria							
Sim	72	100,0	122	85,9	0,001	194	90,7
Não	0	0,0	20	14,1		20	9,3
Banheiro no domicílio							
Sim	65	90,3	122	85,9	0,364	187	87,4
Não	7	9,7	20	14,1		27	12,6
Rede de esgoto							
Sim	71	98,6	62	43,7	<0,001	133	62,1
Não	1	1,4	80	56,3		81	37,9
Água encanada na cozinha							
Sim	69	95,8	125	88,0	0,064	194	90,7
Não	3	4,2	17	12,0		20	9,3
Fogão							
Sim	72	100,0	142	100,0		214	100,0
Não	0	0,0	0	0,0		0	0,0
Geladeira							
Sim	69	95,8	123	86,6	0,036	192	89,7
Não	3	4,2	19	13,4		22	10,3

Tabela 18 (continuação). Distribuição de crianças de 6 a 17 meses elegíveis para o PBF e assistidas pelo Programa Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Itapira e Peruíbe, 2007.

Características sócio-demográficas	Itapira (n=72)		Peruíbe (n=142)		p	Total (n=214)	
	n	%	n	%		n	%
Rádio							
Sim	58	80,6	109	76,8	0,526	167	78,0
Não	14	19,4	33	23,2		47	22,0
Televisão							
Sim	70	97,2	134	94,4	0,501	204	95,3
Não	2	2,8	8	5,6		10	4,7
Telefone fixo							
Sim	17	23,6	21	14,8	0,111	38	17,8
Não	55	76,4	121	85,2		176	82,2
Telefone celular							
Sim	50	69,4	80	56,3	0,064	130	60,7
Não	22	30,6	62	43,7		84	39,3

a. Teste exato de Fisher. Os demais valores de p são teste qui-quadrado de Pearson.

O perfil sócio-demográfico dessas famílias é semelhante em relação à renda per capita (já que todas são de baixa renda), número de moradores, número de trabalhadores, escolaridade materna e número de filhos, conforme Tabela 19. Entretanto, Itapira apresenta maior número de dormitórios por domicílio (2,15 x 1,42) e menor número de pessoas por dormitório (3,04 x 4,34), revelando melhor situação de moradia.

Tabela 19. Características sócio-demográficas de famílias de crianças entre 6 e 17 meses elegíveis para o Programa Bolsa Família e assistidas pelo Programa Saúde da Família (média e desvio padrão - DP). Itapira e Peruíbe, 2007.

Características sócio-demográficas	Itapira (n=72)	Peruíbe (n=142)	p	Total (n=214)
	Média DP)	Média (DP)		Média (DP)
Número de moradores	5,65 (1,97)	5,56 (1,94)	0,751	5,59 (1,94)
Número de trabalhadores	1,15 (0,74)	1,19 (0,71)	0,722	1,18 (0,72)
Renda per capita (R\$)	69,27 (37,00)	69,34 (32,15)	0,989	69,32 (33,77)
Número de dormitórios	2,15 (1,10)	1,42 (0,75)	<0,001	1,66 (0,94)
Número de pessoas/dormitório	3,04 (1,45)	4,34 (1,84)	<0,001	3,90 (1,82)
Escolaridade materna	7,00 (2,97)	6,96 (2,98)	0,935	6,98 (2,97)
Número de filhos	2,72 (1,43)	3,19 (2,09)	0,089	3,03 (1,90)

4.4.2. Análise Exploratória sobre a influência do Programa Bolsa Família nas Práticas Alimentares

As análises de regressão logística estão apresentadas na Tabela 20, com os respectivos valores de Odds Ratio, intervalo de confiança de 95% e valores de p resultantes da análise bivariada entre a variável independente

(recebimento do benefício) e as variáveis de desfecho relacionadas ao consumo de alimentos.

Os resultados estão apresentados por município, visto que há diferenças sócio-demográficas entre Itapira e Peruíbe, conforme apresentado nas Tabelas 18 e 19.

Vale destacar que não foi encontrada associação entre nenhum tipo de alimento consumido pelas crianças entre 6 e 17 meses e o recebimento do benefício do PBF em ambos os municípios. Sendo assim, o consumo diário de carne ou ovos, frutas, verduras e legumes e o consumo habitual de fritura ou salgadinho, doces e refrigerante pelas crianças de famílias beneficiadas se mostrou estatisticamente igual ao consumo das crianças de famílias não beneficiadas.

Tabela 20. Análise bivariada entre consumo de alimentos e recebimento do benefício Bolsa Família de crianças entre 6 e 17 meses elegíveis para o PBF e assistidas pelo Programa Saúde da Família. Itapira e Peruíbe, SP, 2007.

Bolsa Família	Itapira				Peruíbe			
	Sim (%)	ORb	ORa	p (Wald)	Sim (%)	ORb	ORa	p (Wald)
Sim	47,5	1,16 (0,46-2,96)	1,17 (0,46-3,02)	0,740	58,5	1,58 (0,79-3,13)	1,82 (0,89-3,71)	0,102
Não	43,8	1,00	1,00		47,2	1,00	1,00	
Consumo diário de carnes e ovos								
Sim	32,5	0,62 (0,24-1,62)	0,64 (0,24-1,68)	0,360	47,2	1,31 (0,66-2,61)	1,44 (0,71-2,90)	0,314
Não	43,8	1,00	1,00		40,4	1,00	1,00	
Consumo diário de verduras e legumes								
Sim	35,0	0,69 (0,27-1,80)	0,76 (0,29-2,02)	0,584	43,4	1,13 (0,57-2,25)	1,24 (0,61-2,52)	0,548
Não	43,8	1,00	1,00		40,4	1,00	1,00	
Consumo diário de frutas								
Sim	72,5	1,20 (0,43-3,32)	1,16 (0,41-3,26)	0,770	62,3	1,23 (0,61-2,47)	1,24 (0,61-2,52)	0,554
Não	68,8	1,00	1,00		57,3	1,00	1,00	
Consumo de frituras ou salgadinho								
Sim	62,5	1,00 (0,38-2,61)	0,90 (0,34-2,14)	0,903	58,5	1,20 (0,61-2,39)	1,21 (0,60-2,43)	0,602
Não	62,5	1,00	1,00		53,9	1,00	1,00	
Consumo de refrigerante								
Sim	47,5	0,70 (0,28-1,79)	0,70 (0,27-1,80)	0,460	30,2	0,73 (0,36-1,52)	0,73 (0,35-1,53)	0,404
Não	56,2	1,00	1,00		37,1	1,00	1,00	
Consumo de doce								

ORb: Odds Ratio bruta.

ORa: Odds Ratio ajustada por renda.

5. DISCUSSÃO

5.1. POPULAÇÃO DE ESTUDO

O número de indivíduos estudados esteve aquém do estimado para a população de crianças menores de 18 meses, segundo a porcentagem de cobertura do PSF na área urbana de Itapira e Peruíbe. Isso pode ser explicado pela diferença que há entre os dados de crianças cadastradas informadas pelos ACS e a estimativa de cobertura.

No Brasil, o PSF adota uma estimativa para o cálculo da população coberta a partir de um parâmetro nacional único: o número médio estimado de pessoas acompanhadas por uma equipe de saúde da família (ESF), que é de 3.450 pessoas, multiplicado pelo número de ESF (MS, 2001b). Assim o parâmetro estimado pode não corresponder à população realmente atendida.

AQUINO e BARRETO (2008) investigaram, em todos os municípios brasileiros com PSF, a adequação do uso de indicador de cobertura do PSF, o qual consiste no “número estimado de pessoas acompanhadas dividido pela população total do município”, e sua correlação e concordância com o percentual da população cadastrada, obtido pela “razão entre o número de pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o total da população do município”. Observou-se que, em nível nacional, a partir do ano 2000, o indicador de cobertura constituiu-se como boa

estimativa da cobertura efetiva. Entretanto, entre os municípios com menos de 100 mil habitantes, como Itapira e Peruíbe, os coeficientes de correlação foram de magnitude inferior, refletindo que a estimativa de cobertura estava acima dos valores de população cadastrada.

O indicador de cobertura do PSF estima a cobertura potencial, mas o cadastramento da população e a mensuração das famílias acompanhadas expressam a apropriação do território de sua atuação para realização de ações de saúde pelas equipes, devendo, assim, ser entendidos como expressão da cobertura real do programa (AQUINO e BARRETO, 2008).

Sendo assim, apesar do número de crianças estudadas apresentar-se menor do que a estimativa de cobertura, isso não caracteriza uma amostra, mas sim a real população de crianças menores de 18 meses atendidas pela PSF na área urbana de Itapira e Peruíbe.

5.2. PRÁTICAS ALIMENTARES E INDICADORES

O avanço na promoção da alimentação infantil adequada tem sido observado nos últimos anos, embora as práticas alimentares apresentem-se aquém das recomendações contidas nos indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde, conforme constatado neste estudo.

Observam-se diferenças significativas na frequência de aleitamento materno e no consumo alimentar entre os dois municípios. Isso vai ao encontro dos achados de VENANCIO et al. (2002) sobre as diferenças

importantes entre os municípios do Estado de São Paulo, o que justificaria a realização de levantamentos locais.

Amamentação continuada com um ano de idade

Em relação ao indicador *amamentação continuada com um ano de idade*, que compreende crianças entre 12 e 15 meses, Itapira apresenta pior situação. Entretanto, comparando com inquérito anterior realizado neste município, pode-se observar melhora na frequência de *amamentação continuada*. Em 1999, AUDI et al. encontraram 34,5% das crianças entre 9 e 11 meses mamando no peito, e atualmente há 54,2% de crianças entre 8 e 9 meses e 46,2% entre 10 e 11 meses em aleitamento materno.

Peruíbe destaca-se com 65,0% das crianças entre 12 e 15 meses em amamentação, situando-se acima da prevalência nacional apresentada na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006, que revelou aleitamento materno presente em 47,5% das crianças nesta mesma faixa etária e reduzindo gradativamente com o aumento da idade (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Já Itapira, com frequência de 39,8%, situa-se abaixo desta prevalência.

Pesquisas demográficas e de saúde realizadas em outros países da América Latina apresentam diferentes prevalências de amamentação continuada, com 30,1% para crianças de 12 a 17 meses na República Dominicana (CESDEM, 2008), 52,3% e 75,8% para crianças de 12 a 15 meses da Colômbia e do Peru, respectivamente (INEI, 2005; OJEDA et al., 2006). Apesar das diferenças apresentadas entre os dois municípios e a

comparação com pesquisas da América Latina, onde nem sempre as faixas etárias são as mesmas consideradas, a situação de *amamentação continuada*, tanto em Peruíbe como em Itapira, é notadamente superior à encontrada em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, o qual revelou prevalência de 13,6% de aleitamento materno entre crianças de 12 a 14 meses (FOX et al., 2004).

Nas idades não compreendidas por este indicador, como o segundo semestre de vida e 16 e 17 meses, observa-se que Peruíbe mantém frequência de *amamentação continuada* superior ao observado em estudos com amostras nacionais (SEGALL-CORRÊA et al., 2009; MS, 2009a). Entretanto, é inferior ao encontrado nas pesquisas demográficas e de saúde nos países africanos, com mais de 90% das crianças entre 6 e 11 meses em aleitamento materno (MARRIOTT et al., 2007).

Além dos inúmeros benefícios da amamentação nos primeiros 6 meses de vida, o leite materno ainda oferece vantagens para a criança depois da entrada de outros alimentos. Do ponto de vista nutricional, pode contribuir com 35 a 40% da necessidade energética no segundo ano de vida, além de ser fonte importante de ácidos graxos essenciais, vitamina A, cálcio e riboflavina (DEWEY e BROWN, 2003). Outros estudos demonstram que a maior duração da amamentação está associada com maior crescimento linear, redução de doenças crônicas na infância e melhores resultados cognitivos (PAHO/WHO, 2003). Assim, nota-se a importância de promover a amamentação até dois anos ou mais, especialmente em Itapira.

Introdução de sólidos e semi-sólidos

O indicador *introdução de sólidos e semi-sólidos* para crianças de 6 a 8 meses idade mostrou-se com alta frequência nos dois municípios (98,8% em Itapira e 95,7% em Peruíbe) e ligeiramente superior ao encontrado em estudos latino-americanos, como na Colômbia (83,5%) e República Dominicana (92,3%) (OJEDA et al., 2006; CESDEM, 2008;).

Nesta faixa etária, a introdução da alimentação complementar se faz necessária para suprir as necessidades nutricionais e progressivamente estimular hábitos alimentares à criança, aproximando-a de novos sabores, cores, aromas e texturas (MS, 2009b). Entretanto o indicador não faz a distinção para o tipo de preparação e considera qualquer alimento nesta consistência.

Como já mencionado, é importante estar atento tanto à introdução precoce como a tardia da alimentação complementar. A introdução de papa salgada entre os 4 e 5 meses esteve mais presente entre as crianças de Itapira (54,7%) e acima de valores encontrados em pesquisas nacionais. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, que investigou o hábito de crianças menores de um ano de idade, revelou que 30,8% das crianças do município de São Paulo apresentaram o consumo de papa salgada entre 3 e 5 meses de vida (MS, 2009a). A PNDS mostrou 20,5% da amostra de crianças brasileira de 4 a 5 meses amamentadas consumindo este tipo de preparação (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Do ponto de vista nutricional, a introdução precoce de alimentos é desvantajosa, pois diminui a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes do leite materno, além de aumentar o risco de contaminação e de reações alérgicas (MS, 2002a). Da mesma forma que a introdução precoce da alimentação complementar é prejudicial à saúde da criança, a introdução tardia também é desfavorável, visto que as necessidades energéticas do lactente não serão atendidas somente com o leite materno, levando à desaceleração do crescimento da criança e aumento do risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes (MS, 2002a). Não foi o caso dos municípios estudados, onde, o consumo da papa salgada entre 6 e 7 meses esteve presente em 98,1% da alimentação das crianças de Itapira e em 86,7% de Peruíbe. Dados da PNDS 2006 chamam a atenção sobre este assunto, pois no Brasil entre 16 e 17 meses, ainda 15,4% das crianças amamentadas não haviam consumido papa salgada nas últimas 24 horas, como seria esperado (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Já neste estudo, a partir dos 10 meses de idade, todas as mães referiam que a criança consumia comida salgada.

Diversidade da Dieta

Ambos os municípios alcançaram adequação de *diversidade mínima da dieta* superior a 97% entre 6 e 17 meses. Pelo fato do leite materno não ser considerado um grupo alimentar para o cálculo do indicador, a OMS (2008) não recomenda a comparação de *diversidade mínima* entre

populações com diferentes prevalências de amamentação continuada, como no caso de Itapira e Peruíbe.

Entre as crianças peruanas de 6 a 23 meses a diversidade adequada alcançou 94%, já na República Dominicana 82,9% das crianças tiveram diversidade adequada da dieta (INEI, 2006; CESDEM, 2008). Entretanto esses estudos são anteriores à publicação dos indicadores da OMS e consideram a diversidade mínima como o consumo de pelo menos três grupos alimentares para crianças amamentadas e não quatro grupos, como preconizado.

O critério de “no mínimo 4 grupos alimentares”, adotado pela OMS (2008), se baseia na probabilidade de que desta forma as crianças consumam pelo menos um alimento de origem animal, uma fruta ou hortaliça e um alimento básico (cereal, raiz ou tubérculo). Entretanto, as atuais recomendações nacionais e internacionais consideram que todos os grupos alimentares devem estar presentes na alimentação diária da criança (PAHO/WHO, 2003; MS, 2009b).

Observa-se que o consumo diário de frutas e hortaliças entre as crianças acima de 6 meses apresenta-se próximo a 50% em ambos os municípios. Outros autores encontraram consumo superior, como o levantamento do Ministério de Saúde (2009a), que revelou, no município de São Paulo, consumo destes alimentos por 73,8% das crianças entre 6 e 8 meses e 84,7% entre 9 e 11 meses; SALDIVA et al. (2007) verificaram em uma amostra de 24.448 crianças entre 6 e 11 meses no Estado de São Paulo que 87% consumiram frutas. Estudo norte-americano também

mostrou maior consumo de frutas e hortaliças, acima de 66% entre os maiores de 7 meses, entretanto observa-se que as papas industrializadas perfazem mais de 50% deste consumo, especialmente entre o 7º e 8º mês, em detrimento do consumo de frutas e hortaliças frescas (FOX et al., 2004).

Estudo realizado em Madagascar com crianças de 6 a 23 meses investigou a diversidade da dieta, considerando 8 grupos alimentares (os mesmos propostos pela OMS (2008) mais o grupo de óleos e gorduras), considerando um ponto no escore para cada grupo alimentar consumido, podendo variar de zero a oito. Encontrou que 50% das crianças consumiam frutas e hortaliças a partir do escore 2, carnes a partir do escore 4 e leguminosas, sementes, leite e derivados, ovos e frutas e hortaliças ricas em vitamina A a partir do escore 6 (MOURSI et al., 2008). Assim como neste estudo, observa-se que mesmo alcançando-se o consumo de 4 grupos alimentares, há uma parcela da população que não consome alguns alimentos importantes da dieta infantil.

A atual recomendação do Ministério da Saúde (2009b) reforça o consumo diário de frutas e legumes da estação e ricas em vitamina A. Neste estudo observou-se consumo habitual de legumes amarelos ou alaranjados, ricos em vitamina A, superior a 80%; entretanto o consumo das verduras verde-escuras, também fonte desta vitamina, é pouco comum entre as crianças estudadas (40,2% em Peruíbe e 46,0% em Itapira).

DE PEE et al. (1998) concluem que para melhorar o aporte de vitamina A, pode-se estimular o consumo de frutas e legumes alaranjados, visto que o consumo de alimentos como mamão, manga e abóbora é mais

efetivo que as verduras verde-escuras para melhorar o nível de vitamina A. Além disso, as frutas são mais aceitas, pois em muitas culturas os vegetais folhosos são mais difíceis de serem introduzidos na alimentação da criança.

O indicador *diversidade mínima* considera o consumo de alimentos recomendados às crianças pequenas. Entretanto, também é importante ampliar o olhar para o consumo de outros alimentos, pois apesar deste estudo apresentar bons resultados em relação à *diversidade mínima*, destacou-se o consumo de alimentos inadequados para a idade.

Observou-se alto consumo dos alimentos industrializados investigados, com porcentagem superior a 50% para consumo de refrigerantes, salgadinhos e frituras; e de 31% e 41,4% para doces. Sabe-se que a recomendação é evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes nos primeiros anos de vida (MS, 2002a).

Pelo fato deste estudo ter questionado o consumo habitual destes alimentos, encontram-se proporções superiores ao revelado em estudo de prevalência nacional que investigou o consumo no dia anterior, no qual 4,3% das crianças paulistanas entre 6 e 8 meses e 12,7% entre 9 e 11 meses consumiram refrigerante (MS, 2009a). Entretanto, outros estudos que também utilizaram o recordatório de 24 horas revelaram alto consumo de doces. OLIVEIRA et al. (2005) avaliaram a dieta de crianças menores de 2 anos de Salvador e mostraram que o consumo de açúcar esteve presente em 79,5% das dietas das crianças no segundo semestre de vida e em 89,1%

no segundo ano. Na Colômbia, 34,9% das crianças entre 6 e 23 meses consumiram doces no dia anterior à entrevista (OJEDA et al., 2005).

O consumo desses tipos de alimentos está associado ao excesso de peso na infância, que pode perdurar até a idade adulta, além de dislipidemias, hipertensão arterial, deficiência de micronutrientes e alergias (OVERBY et al., 2003; DUBOIS et al., 2007; MS, 2009b). Além disso, quando a criança consome alimentos com grande concentração de açúcar freqüentemente, ela tem um consumo menor de frutas, hortaliças e carnes. (OVERBY et al., 2003; BREKKE et al., 2007).

O consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura é facilitado pela relação inversa preço e densidade energética, além da alta palatabilidade (DREWNOWSKI e SPECTER; 2004). Outros fatores também estão associados ao maior consumo de doces entre as crianças, como a baixa escolaridade e idade materna (BREKKE et al., 2007; DUBOIS et al., 2007). Considerando que as mães das crianças deste estudo não apresentam alta escolaridade e renda, esses fatores podem ter contribuído para o maior consumo de doces, refrigerantes e salgadinhos nos municípios estudados.

O alto consumo de alimentos não recomendados às crianças menores de dois anos não pode ser visto apenas como uma questão de falta de informação dos cuidadores. Segundo ROTTENBERG e DE VARGAS (2004) e SALVE (2008), a visão das mães de crianças pequenas sobre o consumo destes tipos de alimentos é ambivalente, pois os consideram “besteiras”, já que podem fazer mal à saúde e inadequados do ponto de vista nutricional, mas ainda são incorporados aos hábitos alimentares das crianças, o que

pode ser justificado pelo estímulo do *marketing* das indústrias e *status* embutido no valor simbólico destes alimentos.

Frequência mínima de refeições

O indicador de frequência mínima das refeições se propõe como a *proxy* do consumo energético (WHO, 2008). Este indicador é alcançado por quase todas as crianças não amamentadas estudadas, visto que os lanches entre as refeições são considerados no cálculo do indicador, e este está presente na dieta de mais de 80% das crianças.

Por outro lado, deve-se ter atenção especial com as crianças amamentadas, especialmente em Peruíbe, as quais apresentam frequência mínima inferior às não amamentadas. Assim, ao se estimular a prática da amamentação continuada deve-se considerar que esta não venha em detrimento da frequência de oferta de alimentos sólidos e semi-sólidos, podendo acarretar déficit energético.

Apesar da diferença entre as crianças amamentadas e não amamentadas, estudos de países da América Latina revelam porcentagem inferior de adequação a este indicador entre as crianças de 6 a 23 meses, sendo 70% no Peru e 40,9% na República Dominicana (INEI, 2006; CESDEM, 2008).

Dieta mínima aceitável

O indicador *dieta mínima aceitável* é muito semelhante ao indicador anterior, visto que, neste estudo, a frequência foi condição limitante para se

alcançar uma dieta aceitável. Seguindo o mesmo padrão, mas com proporções inferiores, as pesquisas demográficas e de saúde da República Dominicana e do Peru encontraram 37,4% e 67,0%, respectivamente, das crianças com dieta mínima aceitável, sendo que entre as crianças peruanas houve diferença importante entre as amamentadas (44%) e as não amamentadas (77%) (INEI, 2006; CESDEM, 2008).

Consumo de alimentos fontes de ferro ou fortificados com ferro

As frequências do indicador de *consumo de alimentos fontes de ferro ou fortificados com ferro* (55,6% em Itapira e 64,1% em Peruíbe) são alcançadas essencialmente pelo consumo diário de carne, visto que na faixa etária empregada no indicador (6 a 17 meses) 51,0% das crianças de Itapira e 59,1% de Peruíbe consumiam este alimento diariamente.

Os dados da PNDS 2006 revelam para o país situação pior em relação ao consumo de carne comparando ao encontrado neste estudo, visto que entre 6 e 11 meses de idade apenas 17% consumiam este alimento diariamente, e entre 12 e 17 meses, 25%. Estudos em países da América Latina, como Peru, Colômbia e República Dominicana mostram maior consumo deste grupo alimentar, em torno de 40% aos 6 meses e aumentando gradativamente até cerca de 90% aos 19 meses (OJEDA et al., 2005, INEI, 2006; CESDEM, 2008).

Recomenda-se o consumo de carnes e ovos diariamente ou com a maior frequência possível, devido ao seu conteúdo nutricional, com destaque para o ferro e zinco (PAHO/OMS, 2003). Sabe-se que a carência desses

nutrientes leva a problemas nutricionais em muitos países subdesenvolvidos (DEWEY e BROWN, 2003). Como estratégias para melhorar este déficit nutricional podem ser usadas a suplementação de micronutrientes, a fortificação de alimentos e a melhora da qualidade da dieta, com medidas tais como: redução do consumo de polifenóis, abundantes nos chás e café, pois inibem a absorção de ferro; aumento do consumo de potencializadores da absorção de ferro e zinco, como o ácido ascórbico e outros ácidos cítricos (cítrico, málico, tartárico e láctico); e inclusão de proteínas animais nas refeições, pois são alimentos-fonte, além de promoverem a absorção do ferro e zinco de alimentos vegetais (GIBSON et al., 1998).

Em relação à qualidade da dieta, os dados deste estudo chamam a atenção para o consumo de carne, visto que ainda 41% das crianças maiores de 6 meses em Peruíbe e 49% em Itapira não consumiam este alimento diariamente. Outro dado importante refere-se ao fato das crianças de Peruíbe apresentarem consumo diário de carne ligeiramente superior em relação à Itapira (não significativo), apesar do município apresentar pior condição socioeconômica e este grupo alimentar ser considerado mais caro. Apesar deste estudo não ter investigado o tipo de carne ofertada, pode-se pensar na maior disponibilidade de peixes por se tratar de uma região litorânea.

Apesar de haver poucas pesquisas de representatividade nacional que indique a situação da carência de ferro, sabe-se que este é um problema de grande magnitude (MS, 2007b). Amostra da PNDS 2006, composta por 1.090 crianças de 6 a 23 meses das cinco regiões do país,

revelou prevalência de 24,1% de anemia (VANNUCCHI et al., 2009), o que representa, segundo a OMS (2001), um problema moderado de saúde pública.

O conjunto de estratégias voltadas para controle e redução da anemia por deficiência de ferro no país inclui a orientação nutricional, a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (MS, 2005).

Em 2002 o Brasil adotou a fortificação universal das farinhas de trigo e milho com 4,2 mg de ferro e 150 µg de ácido fólico para cada 100g de farinha, o que corresponde a 30% da Ingestão Dietética de Referência (IDR). Estabeleceu-se a fortificação com ácido fólico com o objetivo de redução dos defeitos de tubo neural (MS, 2002b).

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de ferro para crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. As Unidades Básicas de Saúde distribuem os suplementos às mulheres e responsáveis pelas crianças atendidas pelo programa e devem orientá-los acerca de uma alimentação saudável e sobre a importância do consumo de alimentos ricos em ferro, incluindo informações sobre alimentos facilitadores ou dificultadores da absorção deste mineral (MS, 2005).

A suplementação nutricional deve ser considerada quando se encontra grande dificuldade em suprir as necessidades de micronutrientes com o consumo de alimentos caseiros, como é o caso observado em pesquisas nacionais e neste estudo. Esta estratégia é vantajosa no sentido

que a dose e a forma do nutriente podem ser específicas para assegurar absorção da quantidade adequada, mas há a desvantagem de risco accidental na dosagem, custo e risco de baixa adesão dos cuidadores por receio a reações adversas (DEWEY e BROWN, 2003).

Este estudo mensurou o consumo de leites fortificados, mas não de outros alimentos fortificados já disponíveis no país, como os derivados de farinha de trigo e milho, cereais infantis, biscoitos, engrossantes, achocolatados e queijo tipo *petit suisse*, pois, exceto o consumo de leite, não houve detalhamento do alimento consumido e sim se o grupo alimentar fazia parte da dieta da criança. A informação sobre o uso de suplementos de micronutrientes não foi investigada.

Aleitamento materno em idade apropriada

A primeira fração do indicador de *aleitamento materno em idade apropriada*, que se refere ao aleitamento materno exclusivo (AME) entre menores de 6 meses, mostra que ambos os municípios apresentam frequências menores do que o encontrado em estudos anteriores nas mesmas localidades. Segundo dados coletados durante o Dia Nacional de Vacinação, em 1999, Itapira apresentou prevalência de 30,1% (AUDI et al., 2003). Os dados de 2004 em Peruíbe foram de 49%^{viii}. Estes estudos diferenciam-se do atual por englobar indivíduos que buscaram o serviço de saúde para vacinação em dia de campanha tanto da área urbana como da rural e não somente aquelas atendidas pelo PSF.

^{viii} Dados não publicados, fornecidos por Prigenzi AM, coordenadora do Banco de Leite Humano de Peruíbe.

Peruíbe, com 41,3% de AME, apresenta frequência ligeiramente superior à prevalência da capital paulistana, de 39,1% revelada na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (MS, 2009a) e da prevalência nacional, de 39,8% apresentada na PNDS 2006 (SEGALL-CORREA et. al, 2009). Já Itapira, com 21,6% de crianças menores de 6 meses em AME, apresenta situação mais preocupante.

Apesar de Peruíbe apresentar melhor situação em relação ao aleitamento materno exclusivo, observa-se que há introdução precoce de outros líquidos, como água, chá, suco e leite não materno (de 21,3% a 50,7%) na alimentação das crianças menores de 6 meses.

Analisando a mesma população deste estudo, TOMA (2008) verificou que fatores como morar com o companheiro, não ter enfrentado dificuldade para amamentar, deixar a criança largar sozinha o peito quando satisfeita e ser mais crítica em relação ao atendimento recebido nas consultas em UBS foram condições que contribuíram para a não introdução de outros leites ou alimentos complementares nos seis primeiros meses de vida.

Outros países da América Latina alcançaram prevalências superiores de aleitamento materno exclusivo na faixa etária recomendada: Colômbia com 46,8% e Peru com 62,8% (OJEDA et al., 2005; INEI, 2006).

A segunda fração do indicador, referente à amamentação complementada com sólidos e semi-sólidos entre crianças de 6 a 17 meses é muito similar à frequência de crianças que consomem leite materno nesta idade, visto que apenas 3 crianças em Peruíbe e 1 em Itapira, todas com 6

meses de idade, consumiam leite materno, mas ainda não comiam sólidos e semi-sólidos.

A PNDS não apresenta este indicador na faixa etária de 6 a 17 meses, mas observa-se que mesmo em faixas menores, a prevalência nacional, de 63,2% entre 6 e 7 meses até 44,6% entre 16 e 17 meses de idade (SEGALL-CORREA et al., 2009), é inferior ao valor do indicador encontrado em Peruíbe (69,8%), assim como já apresentado com o indicador de *amamentação continuada*.

Frequência de refeições lácteas

O indicador de *frequência de refeições lácteas* é alcançado por mais de 94% das crianças entre 6 e 17 meses, visto que a frequência média de consumo deste alimento é superior a 2 (mínimo proposto pela OMS) em ambos os municípios (4 em Itapira e 2,8 em Peruíbe).

O consumo de leite não materno é frequente entre as crianças estudadas, com destaque para Itapira. À medida que o consumo de leite materno reduz com o aumento da idade, o de leite não materno se torna mais presente na dieta das crianças, alcançando 63,3% em Peruíbe e 80,1% em Itapira entre 6 e 17 meses.

Sabe-se que o leite de vaca, em pó ou fluido, é um competidor do leite materno, e que sua introdução precoce marca o início do processo de desmame que leva ao fim do aleitamento materno, independente de outros alimentos (SOUZA et al., 1999). Se houve maior consumo de leite não materno em Itapira, espera-se menor frequência de aleitamento materno.

Ainda no segundo semestre de vida, mais de 70% das crianças de Itapira apresentam consumo de leite não materno, assim como foi encontrado no estudo de SALDIVA et al. (2007), com 77% das crianças paulistas nesta faixa etária consumindo este alimento. Mesmo entre crianças amamentadas, a frequência de consumo de leite não materno também se mostrou alta em amostra nacional, variando de 53,0% a 68,3% entre 6 e 17 meses, dependendo da faixa etária estudada (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Em países com baixa prevalência de aleitamento materno, o consumo de outros leites ultrapassa 85% ainda no início do segundo semestre de vida, como é o caso dos Estados Unidos com 82,2% das crianças entre 7 e 8 meses consumindo fórmula infantil (FOX et al., 2004).

Alimentação por mamadeira

O indicador *alimentação por mamadeira* apresenta valores condizentes com o fato de encontrar maior frequência de aleitamento materno em Perúbe e maior frequência de consumo de leite não materno em Itapira, ou seja, o indicador em Itapira é notadamente maior do que em Perúbe (72,6% x 53,7%).

Em 1999 o uso da mamadeira em Itapira esteve presente como forma de alimentar as crianças menores de 12 meses em 47,6% (AUDI et al., 2003), sendo uma prevalência inferior à encontrada no mesmo município neste estudo.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno revelou que a *alimentação por mamadeira* esteve presente em 64,8% das crianças

menores de um ano no município de São Paulo (MS, 2009a). Apesar do indicador da OMS não agrupar as crianças por esta faixa etária (de 0 a 11 meses), observa-se que os dados de São Paulo são superiores ao encontrado em Peruíbe. A PNDS 2006 mostrou que, mesmo entre as crianças amamentadas, é alta a prevalência do uso de mamadeira no país, sendo superior a 50% entre os menores de 24 meses (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Assim como evidenciado com o consumo de leite não materno, outros estudos apontam que as maiores prevalências de uso de mamadeira ocorrem em países com prevalências de aleitamento materno mais baixas, como o caso da República Dominicana com 77,4% das crianças menores de 6 meses fazendo uso de mamadeira e alcançando 84,4% na faixa etária de 12 a 17 meses (CESDEM, 2008). O oposto ocorre com o Peru, com aleitamento materno em melhor situação do que a encontrada neste estudo, onde a *alimentação por mamadeira* é de 26,4% no primeiro semestre de vida (INEI, 2006). Dados da pesquisa demográfica e de saúde (DHS) de 2005 da Colômbia revelam freqüências similares ao indicador de Peruíbe (OJEDA et al., 2005), apesar deste município apresentar freqüências de aleitamento materno ligeiramente superiores.

O uso da mamadeira, apesar de estar muito presente em nosso meio, é prejudicial à saúde da criança por ser uma importante fonte de contaminação, interferir negativamente no desenvolvimento orofacial, além de ser um obstáculo ao aleitamento materno (WHO, 1998b; CARRASCOZA et al., 2006). Estudo recente realizado em Porto Alegre por FRANÇA et al.

(2008) com crianças menores de 1 mês de idade sugere que o uso de mamadeira influencia negativamente na técnica de amamentação adequada e conseqüentemente no esvaziamento efetivo da mama.

Indicadores de práticas alimentares infantis e da criança pequena

Anterior à publicação dos indicadores das OMS (2009), RUEL et al. (2003) propuseram uma série de possíveis indicadores para mensurar aspectos essenciais da alimentação infantil: (1) aleitamento materno; (2) adequação energética da alimentação complementar; (3) adequação de nutrientes da alimentação complementar; (4) preparo e armazenamento seguros da alimentação complementar; (5) cuidados psicossociais e comportamento durante a alimentação.

Os indicadores da OMS (2008) contemplaram, de forma mais sintetizada, os três primeiros aspectos apresentados por RUEL et al. (2003), possibilitando avaliar algumas dimensões da alimentação infantil e utilizar em larga escala (ARIMOND et al., 2008). Entretanto, um dos problemas para mensurar as práticas alimentares surge do fato de que os comportamentos são inter-relacionados e difíceis de resumir em uma ou poucas variáveis (RUEL et al., 2003). Com isso, pode-se questionar se há um reflexo fidedigno da boa qualidade da dieta, já que esta apresenta múltiplos aspectos que não são considerados na montagem do indicador.

Outras dimensões da alimentação infantil adequada, como a consistência dos alimentos e a prática da alimentação responsiva,

necessitam de medidas mais complexas (ARIMOND et al., 2008) e assim como os cuidados de higiene ainda não apresentam indicadores validados.

A OMS (2008) destaca que seus indicadores devem ser analisados em conjunto, e nunca isoladamente, devido aos aspectos multidimensionais que envolvem a alimentação adequada, especialmente na faixa etária entre 6 e 23 meses.

Consistência da dieta

A consistência da papa/comida salgada se mostrou como um dos pontos positivos da dieta das crianças de Itapira e Peruíbe, visto termos encontrado resultados de adequação superior a 80% nas faixas etárias exploradas.

Entretanto, observando a faixa entre 6 e 8 meses, a inadequação na forma de preparo está presente em 23,8% das crianças de Itapira e 19,1% de Peruíbe, representadas pelo uso do liquidificador e da peneira no preparo das refeições, o que deixa a preparação mais líquida.

A viscosidade dos alimentos complementares está relacionada a sua densidade energética, assim, a partir do sexto mês, a criança deve receber alimentos pastosos para garantir o aporte nutricional adequado (MS, 2002a; PAHO/WHO, 2003). A pequena capacidade gástrica das crianças pequenas (30g/kg de peso) as impede de atingir as necessidades energéticas por meio dos alimentos complementares diluídos, como sopas (MS, 2002a; DEWEY e BROWN, 2003).

Estudo realizado por SALDIVA et al. (2007) no Estado de São Paulo revelou que 78% das crianças entre 6 e 11 meses consumiam sopa, que segundo a metodologia do estudo poderia ser uma preparação líquida ou pastosa. A denominação da papa salgada como “sopa” ainda parece muito utilizada no cotidiano profissional e de cuidadores de crianças, o que pode remeter à uma preparação líquida. Assim, aconselha-se substituí-la por “papa”, pois o ideal é que a preparação seja pastosa, como foi discutido anteriormente.

Estudo conduzido na Índia com crianças de 6 a 24 meses avaliou a consistência da dieta mostrando cartões com figuras às mães. A porcentagem de adequação de consistência foi de 32%, bem inferior ao encontrado em nosso estudo. Também se avaliou o conhecimento das mães sobre a alimentação complementar e observou-se que apenas 25,5% sabiam qual deveria ser a consistência adequada dos alimentos para a criança, sendo este conhecimento significativamente maior entre as mães com maior escolaridade (AGGARWAL et al., 2008).

Na faixa etária entre 9 e 11 meses encontrou-se a maior frequência de consistência adequada, superior a 96%. Destaca-se que esta é uma fase crítica da alimentação complementar, pois além dos alimentos pastosos, devem ser introduzidos alimentos em pedaços. Segundo NORTHSTONEY et al. (2001), se os alimentos em pedaços não são introduzidos antes dos 10 meses de idade há maior risco de dificuldades alimentares no futuro.

Além da consistência da papa, referida pela mãe por meio da observação de figuras (ANEXO 2), a forma de preparo também revela dados

importantes. Apesar da consistência adequada em 83% das papas das crianças de 12 a 17 meses, também se observa a prática de amassar a comida com o garfo, presente em 29,0% e 32,6% no preparo das refeições salgadas de crianças de Itapira e Peruíbe, respectivamente. Esta prática pode deixar a comida em consistência muito pastosa, enquanto que a recomendação para o segundo ano de vida é que os alimentos ofertados sejam semelhantes ao do adulto (PAHO/WHO; 2003).

Segundo RUEL et al. (2003), há dificuldades em se avaliar precisamente a consistência da dieta; entretanto, avaliações mais simples, como verificar se a dieta é mais espessa ou muito líquida pode ser útil em pesquisas de nível populacional. Acredita-se que, além da avaliação utilizando figuras com três tipos de consistências (líquida, pastosa e em pedaços), o questionamento sobre a forma de preparo também é um método simples de ser aplicado e que complementa os dados de adequação da dieta da criança.

Cuidados Psicossociais

Os princípios do cuidado psicossocial estão intimamente relacionados à chamada “alimentação responsiva” (PELTO et al., 2003). Três princípios fundamentais devem ser aplicados para que se tenha uma alimentação adequada: (1) perceber e interpretar os sinais de fome e saciedade da criança; (2) responder adequadamente e prontamente; (3) interagir com a criança, oferecendo suporte a ela, alimentando-a devagar e pacientemente, encorajando-a a comer, utilizando estratégias variadas quando a criança

recusa o alimento e mantendo um ambiente protetor. (ENGLE et al. 2000; PELTO et al., 2003; RUEL et al., 2003). A interação do cuidador com a criança exerce forte influência no comportamento alimentar da criança e na sua ingestão de nutrientes (RUEL et al., 2003; VIEIRA et al., 2004).

Alguns pontos dos cuidados psicossociais recomendados foram contemplados neste estudo, e estão de acordo com indicadores propostos por RUEL et al. (2003), como *ter um adulto alimentando diretamente ou assistindo à criança*, que alcançou quase a totalidade das crianças menores de 12 meses e cerca de 90% daquelas entre 12 e 17 meses. Também se destaca a adequação de 85% das crianças maiores de 6 meses de Peruíbe de *comer em prato separado*. Já a prática de *oferecer pedaços de alimentos para a criança comer com as mãos* aparece mais freqüente a partir do 9 meses de idade e não no início da alimentação complementar, como seria recomendado.

Questões referentes aos sinais de fome, saciedade e insistência para a criança se alimentar foram investigadas, entretanto foram difíceis de mensurar, visto a complexidade dos aspectos psicossociais e o envolvimento de questões subjetivas. Algumas práticas são evidentes que não são adequadas, mas outras dependem de como se interpreta o dado.

O choro foi referido como o principal sinal para alimentar a criança, sendo mais freqüente nos menores de 6 meses de idade. Estudos analisados por PELTO et al. (2003) revelam que as famílias respondem rapidamente ao choro da criança, interpretando-o como fome, sendo que às vezes este sinal pode ser por outro desconforto.

Em relação aos sinais de fome, observou-se que cerca de 28% das mães de crianças maiores de 6 meses consideram “a hora da comida”, ou seja, um horário estabelecido e não um sinal da criança para alimentá-la. A frequência da alimentação da criança está muitas vezes relacionada com as refeições da família, assim os horários em que a refeição é oferecida à criança podem estar relacionados não com a sua fome, mas com os horários dos adultos (PELTO et al. 2003), o que revela um comportamento mais controlador e não responsivo.

A recusa da criança foi um sinal de saciedade identificado por 72% das mães de crianças entre 6 e 17 meses. Entretanto, esta informação não é precisa e pode levar a diversas interpretações, como desde um comportamento responsivo da mãe, que interpreta adequadamente o sinal de saciedade da criança, até mesmo que o sinal de recusa é devido à falta de estímulo da mãe para que a criança continue a comer.

Cerca de 30% das mães revelam que se deve insistir para que a criança coma a refeição salgada, o que dependendo do entendimento dela, pode significar práticas responsivas, como o encorajamento, estímulos e interação, ou até mesmo uma prática desaconselhada, como a alimentação forçada.

Também se destaca que 45% das mães de Peruíbe referiram que se deve brincar com a criança durante a refeição. Entretanto, esta prática pode ser executada de diversas formas, seja negativa, como distraindo a criança para que ela não perceba o que está comendo, ou seja positiva, como um

momento de troca, amor, conversa com a criança e aprendizagem sobre a alimentação.

PELTO et al. (2003) discutem que poucos estudos relatam assistência inadequada do cuidador, evidenciado nos extremos, quando a criança se alimenta sozinha com uma mamadeira ou quando se força a alimentação. Isso revela o quanto é difícil julgar se há o equilíbrio em como a comida é oferecida à criança.

Pesquisas sobre o comportamento alimentar utilizam métodos qualitativos ou observação estruturada da interação do cuidador com a criança no ambiente doméstico. Entretanto, esses métodos não são aplicáveis em larga escala. RUEL et al. (2003) propõem o desenvolvimento de questionários validados e fidedignos para avaliar os conhecimentos ou comportamentos habituais dos pais, o que proporcionará o uso de indicadores para monitoramento e avaliação do comportamento alimentar adequado.

Recentemente THOMPSON et al. (2009) desenvolveram um questionário que avalia os diversos pontos do comportamento durante a alimentação de crianças menores de 24 meses americanas afro-descendentes. Os autores se basearam em estudos etnográficos e questionários já desenvolvidos para crianças mais velhas e identificaram cinco estilos dominantes de alimentação: *laissez-faire*, controlador, restritivo, responsivo e indulgente. Para cada estilo de alimentação foram explorados aspectos relevantes, como a quantidade e qualidade da dieta, saciedade, atenção e interação durante a refeição, o que resultou em um instrumento

composto por 44 questões sobre o conhecimento da mãe e 57 questões sobre seu comportamento.

Apesar do questionário de THOMPSON et al. (2009) representar uma metodologia avançada para mensurar os estilos de alimentação, alguns comportamentos foram comuns e precisam ser melhor avaliados, pois não auxiliaram na identificação de um estilo de alimentação, como assistir televisão enquanto alimenta a criança, encorajar a criança a comer e conversar com a criança para encorajá-la a comer. Assim como discutido anteriormente, este estudo também apresentou comportamentos que precisam ser melhor explorados.

Apesar da existência de um questionário que avalia os cuidados psicossociais envolvidos na alimentação infantil, ainda são necessários outros estudos para que se possa refinar e validar o instrumento para utilizá-lo em outras populações.

Higiene

A lavagem das mãos antes de alimentar a criança foi relatada por uma proporção expressiva de mães (82,6% em Itapira e 84,6% em Peruíbe). Ressalta-se que a mãe pode achar importante lavar a mão em diversas situações, mas pode não fazê-lo, visto que a questão investigava o conhecimento dela e não necessariamente a prática. Além disso, RUEL et al. (2003) destacam que coletar informações sobre higiene está altamente sujeito a vieses sistemáticos por super-relato de boas práticas, já que grande parte dos cuidadores tem conhecimento sobre as práticas de higiene

adequada. Tendo em vista que as frequências encontradas podem não referir a prática real e estarem superestimadas, chama a atenção a porcentagem de mães que não referiu a prática de lavar as mãos após usar o sanitário e trocar a criança e antes de cozinhar (de 39,0% a 53,7%), mostrando, em ambos os municípios, que este é um aspecto da alimentação algumas vezes não valorizado pelas mães.

A importância do hábito de lavar as mãos já foi evidenciada em diversos estudos (MONTE et al., 1997; MARINO, 2007). Estudo randomizado controlado realizado com famílias paquistanesas realizou intervenção para promover o hábito regular de lavar as mãos com sabão, especialmente após usar o banheiro e trocar a criança e antes de cozinhar, se alimentar e alimentar a criança. Após 51 semanas, observou-se que as crianças menores de um ano do grupo intervenção apresentaram prevalência de diarreia 39% menor em comparação ao grupo controle (LUBY et al., 2004).

A lavagem das mãos é apenas um dos aspectos envolvidos no cuidado com a higiene dos alimentos. As boas práticas de higiene incluem ainda: armazenar os alimentos de forma segura ou servi-los imediatamente após o preparo, utilizar utensílios limpos para preparar e servir a comida, utilizar copos e pratos limpos para alimentar a criança e não utilizar mamadeira, a qual é de difícil higienização (PAHO/WHO, 2003).

Segundo a OMS (2006), cuidados adicionais de higiene também devem ser considerados, como: proteger a cozinha e os alimentos de insetos e outros animais; separar alimentos crus de alimentos cozidos,

especialmente as carnes cruas; cozinhar bem os alimentos à temperatura acima de 70°C, especialmente carnes e ovos; realizar reaquecimento adequado; manter os alimentos a temperaturas seguras, acima de 60°C ou abaixo de 5°C; não descongelar os alimentos à temperatura ambiente; utilizar água potável; selecionar alimentos frescos; e lavar frutas e hortaliças.

Considerando os diversos aspectos que envolvem a higiene com os alimentos, Ruel et al. (2003) propõem 12 indicadores para que se consiga cobrir os pontos mais relevantes. Alguns desses indicadores foram contemplados neste estudo, como a *proporção de cuidadores que referiram lavar as mãos antes de cozinhar* e a *proporção de cuidadores que referiram lavar as mãos antes de alimentar a criança*, investigados na questão sobre o hábito de lavar as mãos. O indicador *proporção de cuidadores que referiram não ter geladeira*, não foi investigado com o foco na higiene e sim na identificação do perfil sócio-demográfico da família, sendo mais freqüente em Peruíbe do que em Itapira (8,7% x 2,6%). O indicador *proporção de crianças alimentadas por mamadeira* já foi adotado pela OMS (2008) e discutido neste estudo.

Tendo em vista a abrangência dos cuidados de higiene de alimentos, Marino (2007) ressalta o papel dos profissionais de saúde, em especial os nutricionistas, de promover atividades de educação para que o indivíduo e a comunidade se apropriem das questões sobre a alimentação segura. Destaca que o trabalho educativo deve ser realizado especialmente com mães e cuidadores de crianças para que estratégias de preparo seguro dos

alimentos sejam utilizadas, visando melhora do aporte nutricional e redução do risco de doenças gastrointestinais.

5.3. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Em 2009, segundo dados do CadÚnico, Peruíbe apresentou 4.716 famílias elegíveis para o PBF e disponibilizou 3.166 benefícios, representando 67,1% de cobertura (MDS, 2009b). Valores um pouco acima da porcentagem de famílias cadastradas encontrada neste estudo (58,5%), mas contrastando com 37,3% das famílias que referiram receber efetivamente o benefício. Itapira contava com 2.221 elegíveis e 1.359 beneficiários (61,2%) (MDS, 2009b), o que revela porcentagem de cobertura semelhante à das famílias entrevistadas, com 62,5% de cadastradas e 55,6% de beneficiadas.

Apesar do intervalo de 2 anos, a divergência dos dados, especialmente em Peruíbe, não pode ser atribuída somente à melhora na cobertura, pois em 2007 já havia ocorrido a expansão do PBF. É provável que os dados divulgados pelo MDS sejam referentes às famílias cadastradas no PBF, mas que por algum motivo, como suspensão do benefício por não cumprimento das condicionalidades, não recebimento do cartão e outros, não são efetivamente beneficiárias.

Outro índice para avaliação dos programas de transferência de renda é a sua focalização, ou seja, a proporção de famílias beneficiadas que

atendem estritamente os critérios de elegibilidade. Segundo SOARES et al. (2009), que avaliaram os dados da PNAD 2006, foram observadas 49,2% de famílias beneficiadas que tinham renda per capita líquida acima do critério de elegibilidade. Os autores discutem que a renda informada na PNAD refere-se a apenas um mês do ano e não traduz com precisão a condição socioeconômica das famílias, sendo que estas caracterizadas como não-pobres podem ser na realidade bastante vulneráveis à pobreza por terem renda incerta e, portanto elegíveis ao PBF; além disso, pode haver famílias pobres, mas não elegíveis, que subdeclaram a sua renda para receber o benefício. Neste estudo encontraram-se porcentagens menores de falha de focalização (Itapira: 36,5%; Peruíbe: 17,2%), que pode ter ocorrido por omissão dos entrevistados por receio de perder o benefício.

Para analisar os resultados encontrados em relação ao Programa Bolsa Família e o consumo alimentar das crianças é importante ressaltar as limitações do estudo sobre esta temática. O estudo foi delineado para retratar as práticas alimentares das crianças menores de 18 meses e a informação sobre o cadastro e recebimento do benefício foi um dado secundário que compôs as informações sobre características sócio-demográficas da população, logo a relação entre as práticas alimentares e o PBF não foi o objetivo central. Entretanto, devido a relevância e atualidade do tema e dispondo desta informação, optou-se pela análise exploratória.

Para uma análise mais profunda do PBF deveria-se explorar outros dados que poderiam interferir no consumo alimentar e conseqüentemente modificar o resultado encontrado, como por exemplo há quanto tempo que a

família recebe o benefício e coletar informações adicionais a partir da base de dados dos municípios. Além disso, outros critérios de escolha do município deveriam ser considerados, como a densidade de famílias beneficiadas pelo PBF.

A partir da análise realizada não se observou associação entre o consumo alimentar e o recebimento do benefício do PBF. Entretanto, outros estudos sobre programas de transferência condicionada de renda implementados no Brasil, Nicarágua, México, Colômbia e países africanos demonstram que os recursos recebidos são prioritariamente utilizados para a compra de alimentos e apontam melhora no consumo alimentar das famílias beneficiadas (NIGENDA e GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2005, IBASE; 2008).

O Programa Social *Protection Network* da Nicarágua avaliou o impacto na saúde, alimentação e nutrição com melhora na qualidade dos alimentos consumidos pelas famílias beneficiadas, além de redução significativa no déficit de crescimento das crianças menores de 5 anos (NIGENDA e GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2005).

Pesquisa de âmbito nacional desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase) em 229 municípios brasileiros do Nordeste, Centro-Oeste, Norte, Sudeste e Sul, entrevistou 5 mil titulares do PBF a fim de avaliar a repercussão no programa na segurança alimentar e nutricional. Na avaliação do consumo alimentar, 73,7% das famílias referiu que o incremento da renda pelo PFB proporcionou o aumento significativo na quantidade de alimentos, 69,8% na variedade de alimentos e 62,8% na compra de alimentos que as crianças gostam (IBASE, 2008). Em relação

aos grupos alimentares, a maioria das famílias referiu maior inclusão de importantes fontes de proteína, como leite e seus derivados (68,2%) e carnes (60,9%). Entretanto, também se verificou o aumento no consumo de alimentos com alta densidade de energia e baixo valor nutritivo, como biscoitos (62,2%), gorduras (55,5%), açúcares, doces e refrigerantes (78,3%) e produtos industrializados, que incluem salgadinhos, macarrão instantâneo e enlatados (62,2%). Em contrapartida, o aumento do consumo de frutas foi relato por 54,7% dos entrevistados e o de hortaliças por 39,9%, sendo bem menos expressivo que os grupos anteriormente citados (IBASE, 2008; SEGALL-CORREA e SALLES-COSTA, 2008). No estudo aqui analisado nenhum grupo alimentar mostrou diferença no consumo de beneficiários e não beneficiários do PBF.

O mesmo estudo desenvolvido pelo Ibase apresentou uma etapa qualitativa, na qual realizou grupos focais e entrevistas com 170 titulares do PBF em 15 municípios com alta densidade de pessoas beneficiadas pelo programa e baixos patamares de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Os relatos dos grupos focais indicaram que as famílias priorizaram a compra de alimentos básicos de baixo custo, que dão saciedade e energia, como arroz, feijão, batata, óleo, macarrão, farinha de mandioca, farinha de milho, angu, café, pão, sal e açúcar. Para as famílias que consideram ter esta alimentação básica “suprida”, há a aquisição de alimentos considerados “não-essenciais”, como carnes, frutas, verduras e legumes, e ainda daqueles que satisfaçam os desejos alimentares das crianças, como biscoitos, refrigerantes, iogurtes e demais produtos industrializados (IBASE, 2008).

Tais achados são reforçados pelas famílias entrevistadas no estudo de PEREIRA et al. (2009) nos municípios com os mais baixos IDH das cinco regiões brasileiras, que também priorizam a compra de itens básicos, como arroz e feijão, e não mencionaram a compra de verduras e frutas.

LIGNANI e SALLES-COSTA (2009) constataram, por meio da análise multivariada, que quanto maior o grau de insegurança alimentar da família beneficiada pelo PBF maior a chance de aumentar o consumo de cereais e feijões, e que famílias com insegurança alimentar leve tiveram maior chance de inclusão de verduras e legumes na alimentação, revelando que, quando não há a restrição de alimentos básicos, a inclusão do valor benefício no orçamento mensal pode permitir a inclusão de alimentos mais saudáveis.

O custo foi a principal razão para o não-consumo de alimentos protéicos na pesquisa do Ibase, visto que 76,3% dos entrevistados não comeram carne na última semana devido ao alto preço desse alimento (IBASE, 2008). Neste estudo, apesar da baixa condição socioeconômica das famílias elegíveis para o PBF, o consumo diário de carne esteve presente em mais de 40% da dieta das crianças, superior até mesmo aos dados da PNDS 2006 que, em média, avaliou famílias com melhor situação socioeconômica (SEGALL-CORRÊA et al., 2009). Pode-se questionar se o acesso a esse grupo alimentar é facilitado nas duas localidades, particularmente em Peruíbe que, por estar localizado no litoral, pode ter maior oferta de pescados.

Estudo de CLARO et al. (2007) no município de São Paulo demonstrou que a participação relativa dos gastos com frutas, legumes e

verduras (FLV) tendeu a aumentar com a diminuição do preço dos mesmos, seguido pelo aumento do preço dos demais alimentos e o aumento da renda familiar. Isto indica que políticas públicas de transferência de renda seriam uma alternativa para o incremento da renda e conseqüentemente maior participação desses alimentos na dieta, entretanto as famílias podem gastá-lo com outras despesas e não promover a mudança significativa na participação de FLV na dieta (BLISARD et al., 2004).

Políticas para redução de preço de FLV, como por exemplo, o subsídio de preço, são ações aparentemente viáveis e apresentam maior propensão a obter resultados imediatos e efetivos, visto que afetam de forma direta e direcionada a escolha dos consumidores (CLARO et al., 2007).

Em Itapira e Peruíbe, mesmo controlando a renda, não houve diferença no consumo de frutas, legumes, verduras, carne ou ovos, salgadinhos ou frituras, doces e refrigerantes entre as crianças de famílias beneficiárias e não beneficiárias.

Além de razões econômicas, são conhecidos outros fatores que interferem na escolha dos alimentos, como a disseminação de propagandas de produtos concentrados em energia e de baixo valor nutricional e os preços relativamente acessíveis desses alimentos, os valores simbólicos da alimentação e os conflitos que se impõem para pais e mães diante das demandas das crianças (SEGALL-CORREA e SALLES-COSTA, 2008).

No estudo do Ibase (2008) as famílias beneficiadas revelaram que os limitantes para o consumo de legumes e verduras são diversos, pois 43,2% justificam a ausência destes alimentos porque não têm o costume de comer;

32,2% porque são caros; e 17,6%, porque não é do gosto da família, reforçando que a questão financeira não é a principal barreira de acesso à alimentação adequada das crianças.

Estudo de intervenção realizado em um distrito pobre do município de São Paulo, com o objetivo de promover o consumo de frutas e hortaliças e utilizando ações de educação nutricional, apontou resultados positivos na aquisição desses alimentos pelas famílias, evidenciando que os preços elevados e a ausência de equipamentos eficientes de comercialização são obstáculos transponíveis (JAIME et al., 2007).

Isso pode auxiliar no entendimento dos resultados encontrados neste estudo em que se pese desconhecermos características culturais dos dois municípios, visto que um localiza-se em região litorânea e outra no interior do Estado de São Paulo, o que pode influenciar na disponibilidade dos alimentos na região e nos hábitos e costumes alimentares da população em geral. Com o incremento do PBF os gastos não são necessariamente direcionados aos alimentos estudados e capazes de modificar o consumo de frutas, hortaliças, carnes ou ovos, salgadinhos ou frituras, doces e refrigerantes.

As escolhas dos alimentos das famílias beneficiadas pelo PBF seguem a tendência do padrão de consumo alimentar nas últimas três décadas no Brasil, o qual apresentou aumento de até 400% no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, além do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças e aumento sistemático no teor de gorduras totais saturadas da dieta (LEVY-COSTA et

al., 2005). Isto significa um aumento nos riscos à saúde de um grupo populacional já muito vulnerável (SEGALL-CORREA e SALLES-COSTA, 2008).

Diferentemente, a avaliação do Programa *Oportunidades*, o qual está em vigor desde 1997 no México e apresenta objetivos e condicionalidades semelhantes ao programa brasileiro, revelou melhora no consumo de frutas, vegetais e carnes pelas famílias beneficiadas, contrária à tendência mexicana de aumento de açúcares e gorduras e redução de cereais, frutas e vegetais na dieta (HODDINOTT e SKOUFIAS, 2003). Tal achado sugere que a participação em atividades educacionais de saúde e nutrição assume um importante papel no impacto positivo do programa (FERNALD et al., 2008).

SEGALL-CORREA e SALLES-COSTA (2008) apontam que o recebimento do benefício deve-se somar ao desenvolvimento de programas direcionados para a educação alimentar, promovendo o consumo de frutas e hortaliças e redução de açúcares no momento da compra dos alimentos que farão parte do cardápio diário das famílias. Tal apontamento é reforçado pelos documentos legais que regulamentam o PBF, que destacam a promoção de atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável como atribuição da Secretaria Municipal de Saúde (MS/MDS, 2004).

Para auxiliar no desenvolvimento dessas ações no âmbito da alimentação infantil, o Ministério da Saúde disponibiliza materiais de apoio aos profissionais, como o Guia alimentar para crianças menores de 2 anos (MS, 2002a), o Guia prático de preparo de alimentos para crianças que não

podem ser amamentadas (MS, 2004) e, mais recentemente, o Caderno de Atenção Básica - Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar (MS, 2009b).

A partir do exposto, deve-se fortalecer a promoção de alimentação complementar adequada não somente direcionada às famílias beneficiadas, mas sim a toda população que usufrui do Sistema Único de Saúde, visto que essas ações devem fazer parte da Atenção Básica à Saúde e já devem ser rotineiramente ofertadas pelo município (MS, 2007a).

Com o objetivo de promover o desenvolvimento das famílias beneficiárias e contribuir para que elas superem a situação de vulnerabilidade e alcancem a segurança alimentar e nutricional (MDS, 2006), o município pode incluir atividades além do Setor Saúde, como os programas de âmbito intersetorial que integram a Estratégia Fome Zero.

6. CONCLUSÕES

As práticas alimentares das crianças menores de 18 meses atendidas pelo PSF da área urbana de Itapira e Peruíbe estão aquém das recomendações nacionais e internacionais (PAHO/WHO, 2003; MS, 2009b).

As mulheres de Peruíbe amamentam mais do que as de Itapira, observando-se maior frequência de aleitamento materno exclusivo e continuado, até mesmo superior às prevalências nacionais. Como obstáculos à amamentação, identificou-se alta frequência de uso de mamadeira, consumo de leite não materno e introdução precoce da alimentação complementar, tanto em um como no outro município.

Em relação à alimentação complementar a partir dos 6 meses de idade, observou-se inadequação nos dois municípios, com baixo consumo de frutas, verduras, legumes e carnes e expressivo consumo de alimentos de baixo valor nutritivo (doces, refrigerantes, salgadinhos e frituras). Entretanto, os valores expressos pelos indicadores da OMS de *introdução de sólidos e semi-sólidos, diversidade mínima da dieta, frequência mínima e dieta mínima aceitável*, que se referem à alimentação complementar, alcançaram altas proporções, o que leva a questionar se tais indicadores refletem a boa qualidade da dieta, visto que múltiplos aspectos da alimentação infantil e da criança pequena não são contemplados na construção do indicador.

A consistência da dieta foi um dos pontos positivos da alimentação de crianças entre 6 e 17 meses. Entretanto, no início da alimentação complementar ainda encontra-se o uso da peneira e liquidificador para preparar a papa salgada.

Comportamentos relativos à alimentação responsiva, como um adulto alimentar ou assistir à criança e ter um prato separado para alimentação da criança, estiveram presentes na população estudada. Entretanto, houve dificuldade em mensurar e avaliar outros cuidados psicossociais adequados, especialmente aqueles relativos aos sinais de fome, saciedade e insistência para a criança comer, visto a complexidade e subjetividade da temática e o fato de ainda não dispormos de indicadores validados. Sugere-se adaptação e validação do questionário de estilo de alimentação infantil, desenvolvido por THOMPSON et al. (2009) para que se possa identificar o comportamento e conhecimento das mães e posteriormente desenvolver indicadores que contemplem os diversos aspectos dos cuidados psicossociais.

Os dados sobre hábitos de lavar as mãos após usar o banheiro, após trocar a criança e antes de cozinhar indicam que as questões relativas à higiene precisam ser reforçadas junto a esta população.

Nosso estudo sugere que para melhor análise das práticas alimentares infantis e das crianças pequenas, os indicadores da OMS (2008) devem ser analisados em conjunto e ainda incluir outras dimensões da alimentação, como consumo de alimentos não recomendados, frequência de consumo de frutas, legumes e verduras, consistência da dieta, cuidados

psicossociais e higiene, as quais não estão presentes nos novos indicadores propostos.

Na análise exploratória realizada do PBF, não houve diferença no consumo de frutas, legumes, verduras, carne, doces, refrigerante, salgadinhos e frituras entre as crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família. Assim, embora com dados exploratórios, podemos afirmar que o incremento na renda por meio do benefício do PBF não foi necessariamente direcionado à aquisição de alimentos capazes de modificar o consumo de frutas, hortaliças, carnes ou ovos, salgadinhos ou frituras, doces e refrigerantes.

Os resultados apontam para a necessidade de readequar os programas de promoção de práticas alimentares infantis, em particular no que se refere ao aleitamento materno, à introdução precoce de alimentos (anterior ao sexto mês de vida) e à qualidade da dieta ofertada. As ações devem ser voltadas não só às famílias de baixa renda ou beneficiárias do Programa Bolsa Família, mas a todas aquelas atendidas pelo Programa Saúde da Família, considerando, além das práticas atuais, os aspectos culturais e valores simbólicos da alimentação para cada comunidade.

7. REFERÊNCIAS

1. Aggarwal A, Verma S, Faridi MMA, Dayachand. Complementary feeding - reasons for inappropriateness in timing, quantity and consistency. *Indian J Pediatr.* 2008;75(1):49-53.
2. Aquino R, Barreto ML. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(4):905-14.
3. Arimond M, Daelmans B, Dewey K. Indicators for feeding practices in children. *Lancet.* 2008;371:541-2.
4. Audi CAF, Corrêa AMS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003;3(1):85-93.
5. Blisard N, Stewart H, Jolliffe D. Low-income households' expenditures on fruits and vegetables. Washington: United States Department of Agriculture; 2004. (Agricultural Economic Report, 833).
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
7. Brekke HK, Odijk JV, Ludvigsson J. Predictors and dietary consequences of frequent intake of high-sugar, low-nutrient food in 1-yearold children participating in the ABIS study. *Br J Nutr.* 2007;97:176-81.

8. Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes ABA. Consequências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito. *J Pediatr*. 2006;82(5):395-7.
9. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ*. 1999;318:1316-20.
10. CESDEM – Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta demográfica y de salud República Dominicana 2007. Santo Domingo: CESDEM; 2008.
11. Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, Monteiro CA. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):557-64.
12. De Pee S, West CE, Permaesih D, Martuti S, Muhilal, Joseph GAJ Hautvast JG. Orange fruit is more effective than are dark-green, leafy vegetables in increasing serum concentrations of retinol and b-carotene in schoolchildren in Indonesia. *Am J Clin Nutr*. 1998;68(5):1058-67.
13. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull*. 2003;24(1):5-28.
14. Drewnowski A., Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr*. 2004;79(1):6-16.
15. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. *J Am Diet Assoc*. 2007;107:924-34.

16. Engle PL. Infant feeding styles: barriers and opportunities for good nutrition in India. *Nutr Rev.* 2002;60(5):S109-14.
17. Engle PL, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proc Nutr Soc.* 2000;59:25-35.
18. Fernald LCH, Hou X, Gertler PJ. *Oportunidades* program participation and body mass index, blood pressure, and self-reported health in Mexican adults. *Prev Chronic Dis* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 15 out 2009];5(3). Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jul/07_0069.htm.
19. Fonseca AMM, Viana ALD. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2007;12(6):1505-12.
20. Fox MK, PAC S, Devaney B, Jankowski L. Feeding infants and toddlers study: what foods are infants and toddlers eating? *J Am Diet Assoc.* 2004;104(suppl 1):S22-S30.
21. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Espírito Santo LC, Köhler CV et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):607-14.
22. Gibson RS, Ferguson EL, J Lehrfeld J. Complementary foods for infant feeding in developing countries: their nutrient adequacy and improvement. *Eur J Clin Nutr.* 1998;52(10):764-70.
23. Hoddinott J, Skoufias E. The impact of PROGRESA on food consumption. *Food Nutr Bull.* 2003;24(4):379-80.

24. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
25. IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional: relatório síntese. Rio de Janeiro; 2008.
26. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.
27. INEI - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2005. Lima: INEI; 2006.
28. Jaime PC, Machado FMS, Westphal MF, Monteiro CA. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):154
29. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Adv Exp Med Biol. 2004; 554:63-77.
30. Levy-Costa R, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev Saúde Pública. 2005;39(4):530-40.

31. Lignani JB, Salles-Costa R. Participação do Programa Bolsa Família nas modificações do consumo alimentar de famílias beneficiadas pelo programa. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Biblioteca Virtual do Programa Bolsa Família; 2009 [acesso em 27 out 2009]. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/publications/mds/28P.pdf>
32. Luby SP, Agboatwalla M, Painter J, Altaf A, Billhimer WL, Hoekstra RM. Effect of Intensive handwashing promotion on childhood diarrhea in high-risk communities in Pakistan: a randomized controlled trial. JAMA. 2004;291(21):2547-54.
33. Macedo CLD, Ferreira MC, Naujorks AA, Costa FJB da, David HC, Nascimento LL, et al. Aleitamento Materno e Diabetes Mellitus do Tipo 1. Arq Bras Endocrinol Metab. 1999;43(5):360-5.
34. Marino DD. Water and food safety in the developing world: global implications for health and nutrition of infants and young children. J Am Diet Assoc. 2007;107:1930-4.
35. Marriott BM, Campbell L, Hirsch E, Wilson D. Preliminary data from demographic and health surveys on infant feeding in 20 developing countries. J Nutr. 2007;137:518S-523S.
36. MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Bolsa Família: guia do gestor. Brasília, DF; 2006.
37. MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Bolsa Família. Brasília, DF; 2008.

- 38.MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Bolsa Família: transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde e à educação. Brasília, DF; 2009a.
- 39.MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF; 2009b [acesso em 08 nov 2009]. Informações Cadastro Único. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizsrch.asp>
- 40.Monte CMG, Ashworth A, Nations MK, Lima AA, Barreto A, Huttly SRA. Designing educational messages to improve weaning food hygiene practices of families living in poverty. Soc Sci Med. 1997;44(10):1453-64.
- 41.Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar de crianças em aleitamento materno. J Ped. 2004 Supl 5;80:S131-S141.
- 42.Monteiro CA, Conde WL, Konno SC, Lima ALL, Silva ACF, Benicio MAD. Avaliação antropométrica do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos. In: 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: Ministério da Saúde; 2009.
- 43.Moore AC, Akhter S, Aboud FE. Responsive complementary feeding in rural Bangladesh. Social Science & Medicine. 2006;62:1917-30.
- 44.Moursi MM, Arimond M, Dewey KG, Trèche S, Ruel MT, Delpeuch F. Dietary diversity is a good predictor of the micronutrient density of the diet of 6- to 23-month-old children in Madagascar. J. Nutr. 2008;138:2448–53.

- 45.MS - Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: "Bolsa-Alimentação" e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 set 2001a; Seção1:3.
- 46.MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa da Saúde da Família. Brasília (DF); 2001b.
- 47.MS - Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF; 2002a. (Serie A. Normas e manuais técnicos nº 107).
- 48.MS - Ministério da Saúde. Resolução - RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002. Aprova o regulamento técnico para fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico. Diário Oficial União. 18 dez 2002b;Seção 1:58-9.
- 49.MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças que não podem ser amamentadas. Brasília, DF; 2004.
- 50.MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília, DF; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

51. MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde. Brasília, DF; 2007a.
52. MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Carências de micronutrientes. Brasília, DF; 2007b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 20).
53. MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde. 2ª ed. Brasília, DF; 2007c.
54. MS - 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; 2009a.
55. MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF; 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 23).

56. MS/MDS - Ministério da Saúde, Ministério Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria Interministerial nº 2.509 de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Diário Oficial União. 22 nov 2004;Seção 1:1
57. Nigenda G, González-Robledo LM. Lessons offered by Latin American cash transfer programmes, Mexico's *Oportunidades* and Nicaragua's SPN. London: DFID Health Systems Resource Centre; 2005.
58. Northstone K, Emmett P, Nethersole F, ALSPAC Study Team. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Dietet*. 2001;14:43-54.
59. Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH. Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia; 2005.
60. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev Nutr*. 2005;18(4):459-69.
61. OMS – Organização Mundial de Saúde. Cinco chaves para uma alimentação mais segura: manual. Genebra; 2006.
62. Overby NC, Lillegaard ITL, Johansson L, Andersen LF. High intake of added sugar among Norwegian children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2003;7(2):285-93.

63. PAHO/WHO - Pan American Health Organization/World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, Geneva; 2003.
64. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(2):282-9.
65. Pelto GH, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and design of interventions. *Food Nutr Bull*. 2003;24(1):45-82.
66. Pereira LL, Santos LMP, Soares MD, Henrique FCS, Guadagnin SC, Santos SMC. Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH [texto na internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Biblioteca Virtual do Programa Bolsa Família; 2009 [acesso em 27 out 2009]. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/publications/mds/33M.pdf>
67. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(supl 1):S37-S45.
68. Rotenberg S, De Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2004;4(1):85-94.
69. Ruel MT, Brown KH, Caulfield LE. Moving forward with complementary feeding: indicators and research priorities. Washington: International Food Policy Research Institute, Food Consumption and Nutrition Division; 2003. (FCND discussion paper nº 146).

70. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*. 1995;346:1065-69.
71. Saldiva SR, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venancio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados *J Pediatr*. 2007;83(1):53-8.
72. Salve JM. Estudo das representações sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2008.
73. Segall-Correa AM, Salles-Costa R. Novas possibilidades de alimentação a caminho? *Democracia Viva*. 2008;39:67-73.
74. Segall-Corrêa AM, Marín-León L, Panigassi G, Rea MF, Pérez-Escamilla R. Amamentação e alimentação infantil. In: Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PND 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
75. Soares S, Ribas RP, Soares FV. Focalização e cobertura do Programa Bolsa Família: qual o significado dos 11 milhões de famílias? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2009.
76. Souza SB, Szarfarc SC, Souza JMP. Prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de saúde escola do município de São Paulo. *Rev Nutr*. 1999;12(2):167-74.

77. Toma TS. Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF): fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores da saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.
78. Thompson AL, Mendez MA, Borja JB, Adair LS, Zimmer CR, Bentley ME. Development and validation of the Infant Feeding Style Questionnaire. *Appetite*. 2009;53(2):210-21.
79. Van Odijk J, I Kull, MP Borres, P Brandtzaeg, U Edberg, L Hanson, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003;58:833-43.
80. Vannucchi H, Vítolo MR, Jordão Júnior AA. Micronutrientes. In: 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: Ministério da Saúde; 2009.
81. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):313-8.
82. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr*. 2004;80(5):411-6.
83. WHA - World Health Assembly. Infant and young child nutrition. WHA 54.2, 18 May 2001.

84. WHO - World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva; 1991. (WHO/CDD/Ser/91.14)
85. WHO - World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva; 1998a. (WHO/NUT/98.1).
86. WHO - World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva; 1998b. (WHO/CHD/98.9).
87. WHO - World Health Organization. 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. Lancet. 2000a;355:451-5.
88. WHO - World Health Organization. Complementary feeding: family foods for breastfed children. Geneva; 2000b. (WHO/NHD/00.1, WHO/FCH/CAH/00.6).
89. WHO - World Health Organization. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. A guide programme managers. Geneva; 2001.
90. WHO - World Health Organization. Complementary feeding: report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva; 2002.
91. WHO - World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, D.C., USA. WHO; 2008.

ANEXOS

ANEXO 1: Questionário de entrevista com mãe ou cuidador

Caro(a) entrevistador(a):

1. Apresente-se e mostre seu crachá.
2. Verifique se estão corretas as informações da sua listagem: nome da mãe, nome e data de nascimento da criança.
3. A pesquisa é para as crianças que nasceram a partir de 1º de agosto de 2006.
4. A criança não deve ser gemelar, nem ter alguma doença que exija uma dieta especial (diferente da maioria das crianças).
5. Antes de começar a entrevista, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pessoa entrevistada, explique sua importância, peça para que ela assine o Termo e deixe uma cópia com ela.
6. Durante a entrevista, procure sempre deixar a pessoa à vontade; chame-a pelo nome; evite interrompê-la enquanto fala; não faça qualquer comentário sobre os serviços e profissionais de saúde; não dê conselho sobre qualquer aspecto da alimentação e saúde da criança.
7. A qualidade do seu trabalho é fundamental para o bom resultado da pesquisa. Preencha com atenção todas as questões para que sua entrevista não seja recusada.

ANTES DE COMEÇAR A ENTREVISTA, PREENCHA OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.

NÃO ASSINALE NAS ÁREAS SOMBREADAS

IDENTIFICAÇÃO		COD
1. N° de Identificação:		
2. Fase de aplicação:	() 1.Pré () 2.Pós	
3. Município:	() 1.Itapira () 2.Peruíbe	
4. Posto de Saúde:		
5. Equipe de PSF:		
6. Micro-área:		
7. Nome da criança:		
8. Sexo da criança:	() 1.menina () 2.menino	
9. Data de nascimento:	/ /	
10. Nome da pessoa entrevistada:		
11. A pessoa entrevistada é a mãe da criança? () 1.sim () 2.não [ANOTE qual é a relação da pessoa com a criança]:		
12. Nome do(a) entrevistador(a):		
13. Data da entrevista:	/ /2007	
14. Duração da entrevista:		
Início: horas minutos	Término: horas minutos	

[COMECE A ENTREVISTA]:

15. A senhora poderia me dar seu número de telefone? Isso é importante para o caso de precisar conversar novamente com a senhora.

.....

“Vamos começar falando sobre a gravidez e o nascimento do(a)”[diga o nome da criança]

PERGUNTE PARA TODAS AS MÃES	COD
16. A senhora fez pré-natal? () 0.não [PULE para a questão 18] () 1.sim	
17. Durante o pré-natal, a senhora recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? () 0.não () 1.sim	
18. Onde ele(a) nasceu? () 1. Hospital Municipal de Itapira () 2. Santa Casa de Itapira () 3. Santa Casa de Peruíbe () 4. Em casa () 5.Outra resposta [ANOTE nome do hospital e cidade]:	
19. Qual foi o tipo de parto? () 1.vaginal () 2.cesárea	
20. Com quantos quilos ele(a) nasceu? [ANOTE]:quilos e...gramas	
21. Ele(a) nasceu com saúde? () 0.não () 1.sim	
22. Logo que nasceu, A senhora pegou ele(a) no colo? () 0.não () 1.sim () 8.não lembra	
23. Logo que nasceu, a senhora deu de mamar no peito? () 0.não () 1.sim () 8.não lembra	
24. Na maternidade, ele(a) ficou no quarto junto com a senhora? () 0.não () 1.sim [PULE para a questão 26]	
25. Por que não ficou no quarto junto com a senhora? [ANOTE]:	
26. Na maternidade, ele(a) mamou no peito? () 0.não [PULE para a questão 28] () 1.sim	
27. Na maternidade, a senhora recebeu ajuda para dar de mamar no peito? () 0.não () 1.sim	
28. Ele(a) saiu de alta da maternidade junto com a senhora? () 0. não () 1.sim [PULE para a questão 30]	
29. Quantos dias ele(a) ficou na maternidade depois que a senhora saiu de alta? dias	
30. Depois que saiu da maternidade e veio, para casa a senhora deu de mamar no peito? () 0.não [PULE para a questão 35] () 1.sim	

31. A senhora teve alguma dificuldade ou problema com a amamentação? () 0.não [PULE para a questão 35] () 1.sim

32. Qual foi a dificuldade ou problema que a senhora teve? [ANOTE o mais detalhado possível]:

33. A senhora teve ajuda de alguém para resolver esse problema ou dificuldade? () 0.não [PULE para a questão 35] () 1.sim

34. Quem ajudou a senhora a resolver este problema? [ANOTE]:

“Hoje em dia ele(a) está com quantos meses?” (.....meses).
“Vamos falar sobre a alimentação dele(a) hoje em dia.”

PERGUNTE PARA TODAS AS MÃES		COD
35. Ele(a) mama no peito?	() 0.não () 1.sim	
36. Ele(a) toma água?	() 0.não () 1.sim	
37. Ele(a) toma chá?	() 0.não () 1.sim	
38. Ele(a) toma suco?	() 0.não () 1.sim	
39. Ele(a) come frutas?	() 0.não () 1.sim	
40. Ele(a) toma <u>leite não materno</u> ?	() 0.não () 1.sim	
41. Ele(a) come comida ou papinha salgada?	() 0.não () 1.sim	
42. Ele(a) come lanche entre as refeições principais (por exemplo, pão com manteiga, mingau de aveia, vitamina de frutas, pão com queijo)?	() 0.não () 1.sim	
43. Ele(a) come salgadinhos ou frituras?	() 0.não () 1.sim	
44. Ele(a) toma refrigerantes?	() 0.não () 1.sim	
45. Ele(a) come doces entre as refeições?	() 0.não () 1.sim	
46. Ele(a) usa mamadeira ou chuquinha?	() 0.não () 1.sim	
47. Ele(a) chupa chupeta? () 0.não [PULE a próxima questão] () 1.sim		
48. Desde que idade ele(a) chupa chupeta? [ANOTE em dias se foi antes de 1 mês]:		

SE A CRIANÇA <u>NÃO</u> MAMA NO PEITO, FAÇA ESTAS PERGUNTAS	COD
49. Até que idade ele(a) mamou no peito? [ANOTE]:	
50. A senhora poderia me contar porque ele(a) parou de mamar no peito? [ANOTE o mais detalhado possível]:	
SE A CRIANÇA MAMA NO PEITO, FAÇA ESTA PERGUNTA	COD
51. Ontem de dia e de noite, quantas vezes ele(a) mamou no peito? [AJUDE a mãe a lembrar]vezes	
SE A CRIANÇA TOMA <u>LEITE NÃO MATERNO</u> , FAÇA ESTAS PERGUNTAS	COD
52. Qual foi o leite que ele(a) tomou ontem? () 1.em pó () 2.líquido [ANOTE o nome do leite]:	
53. Ontem de dia e de noite, quantas vezes ele(a) tomou esse leite? [AJUDE a mãe a lembrar]vezes	
54. A senhora põe alguma coisa no leite? () 0.não [PULE para a questão 56] () 1.sim	
55. O que a senhora costuma por? [ANOTE]:	
56. A senhora prepara o leite a cada mamada ou deixa pronto para várias mamadas? () 1.prepara a cada mamada () 2.prepara para várias mamadas	
57. A senhora ferve o leite ou a água para preparar o leite antes de dar para a criança? () 0. não () 1.sim	
58. O que a senhora faz com a sobra do leite depois que ele(a) mamou? () 1.joga fora () 2.guarda na geladeira e dá mais tarde para a criança () 3.outra resposta [ANOTE]:	
59. Com quem a senhora aprendeu a preparar o leite? [ANOTE]:	

SE A CRIANÇA COME FRUTAS, FAÇA ESTAS PERGUNTAS	COD
60. Quantas vezes por semana a senhora dá frutas para ele(a)? () 1.todos os dias () 2.três vezes/semana () 3.menos de 3 vezes/semana	
SE A CRIANÇA COME COMIDA OU PAPA SALGADA, FAÇA ESTAS PERGUNTAS	COD
61. Ontem de dia e de noite, quantas vezes ele(a) comeu comida ou papinha salgada? [AJUDE a mãe a lembrar]vezes	
62. Como a senhora costuma preparar a comida dele(a)? Eu vou ler as opções: () 1.passa na peneira () 4.corta em pedaços pequenos () 2.bate no liquidificador () 5.igual a do adulto () 3.amassa com o garfo () 6.outra resposta [ANOTE]:	
63. Eu vou mostrar um cartão para a senhora e gostaria que me apontasse qual é a figura mais parecida com a comida ou papinha salgada que ele(a) come. [MOSTRE o Cartão 1] () 1.figura 1 () 2.figura 2 () 3.figura 3	
64.Ele(a) come pão, arroz, macarrão ou polenta? () 0.não () 1.sim	
65. Ele(a) come feijão, lentilha, soja ou grão de bico? () 0.não () 1.sim	
66. Ele(a) come batata, mandioca, cará ou inhame? 1.sim () 0.não ()	
67. Ele(a) come carne, peixe, ovo ou miúdos? () 0.não [PULE para a questão 70] () 1.sim	
68. Quantas vezes por semana a senhora dá carne, peixe, ovo ou miúdos para ele(a)? () 1. todos os dias () 2. três vezes/semana () 3. menos de 3 vezes/semana	
69. Ele(a) come legumes e verduras? () 0.não [PULE para a questão 74] () 1.sim	
70. Quantas vezes por semana a senhora dá legumes e verduras para ele(a)? () 1. todos os dias () 2. três vezes/semana () 3. menos de 3 vezes/semana	
71. A senhora costuma dar legumes de cor amarela ou alaranjada (por exemplo, cenoura, abóbora, mandioquinha)? () 0. não () 1.sim	
72. A senhora costuma dar verdura verde-escura (por exemplo, couve, espinafre, brócolis, chicória)? () 0. não () 1.sim	
73. Com quem a senhora aprendeu a preparar a comida ou papa salgada?	

74. A senhora acha que ele(a) come bem? () 0.não () 1.sim [PULE para a questão 77]	
75. Por que a senhora acha que ele(a) não come bem? [ANOTE]:	
76. Ele(a) costuma comer sozinho ou junto com alguma pessoa? () 1.sozinho () 2.com um adulto do lado () 3.junto com a família à mesa () 4.outra resposta [ANOTE]:	
77. Ele(a) tem seu próprio prato ou come do prato de outra pessoa? () 1.come do próprio prato () 2.come do prato de outra pessoa	
78. A senhora costuma dar pedaços de comida para ele(a) comer com as mãos? () 0.não () 1.sim	

SE A CRIANÇA COME LANCHE NOS INTERVALOS, FAÇA ESTA PERGUNTA	COD
79. Quantas vezes ele(a) comeu lanche ontem? [AJUDE a mãe a lembrar]	vezes

PERGUNTE PARA TODAS AS MÃES	COD
80. Algumas mães têm dificuldade em saber quando a criança quer mamar ou comer. Como a senhora sabe que está na hora de alimentar sua criança? [ANOTE]:	
81. Algumas mães têm dificuldade em saber quando a criança está satisfeita. Como a senhora sabe que sua criança já está satisfeita? [ANOTE]:	
82. Algumas mães têm dificuldade em fazer a criança comer a comida ou papa salgada. O que a senhora acha que as mães podem fazer para ajudar as crianças pequenas a comer a comida salgada? [ANOTE]:	
83. Todas as pessoas que cuidam de crianças pequenas precisam lembrar de lavar as mãos. Quando a senhora acha que é importante lavar as mãos? [ASSINALE tudo o que for citado] () 1.depois de usar a privada () 2.depois de trocar a criança () 3.antes de cozinhar () 4.antes de alimentar a criança () 5.outra resposta [ANOTE]:	

96. A senhora estudou até que série?	
☐ 0. nunca freqüentou a escola ☐ 1. até 1º série do 1º grau ☐ 2. até 2º série do 1º grau ☐ 3. até 3º série do 1º grau ☐ 4. até 4º série do 1º grau ☐ 5. até 1º série do 2º grau ☐ 6. até 2º série do 2º grau ☐ 7. até 3º série do 2º grau	☐ 8. até 4º série do 2º grau ☐ 9. até 1º série do ensino médio ☐ 10. até 2º série do ensino médio ☐ 11. até 3º série do ensino médio ☐ 12. entrou na faculdade mas não terminou ☐ 13. fez faculdade ☐ 14. outra resposta [ANOTE]:
97. Quantas vezes a senhora ficou grávida? vezes	
98. Quantos filhos vivos a senhora tem? filhos vivos	
99. A senhora trabalha fora de casa? () 0. não [PULE para a questão 103] () 1. sim	
100. A senhora trabalha todos os dias no mesmo horário ou em turnos? () 1. todos os dias no mesmo horário () 2. em turnos	
101. Qual é o seu horário de trabalho? [ANOTE o horário de entrada e saída; se for em turnos anote os dias e horários]:	
102. A senhora faz algum trabalho para ganhar dinheiro aqui em sua própria casa? () 0. não () 1. sim	
103. Quem costuma cuidar dele(a)? ☐ 1. eu mesma ☐ 2. avó ☐ 3. outro parente adulto ☐ 4. creche ☐ 5. outra resposta [ANOTE]:	
104. Além da senhora e desta criança, quem mais mora nesta casa? ☐ 1. marido ou companheiro ☐ 2. outros filhos [ANOTE as idades]: ☐ 3. outras pessoas [ANOTE qual o parentesco com a mãe]:	
105. Quantas pessoas trabalham nesta casa? pessoas	
106. A senhora poderia me dizer mais ou menos quanto é o ganho da família por mês juntando todos os que trabalham nesta casa? reais [se houver rendimentos como aposentadoria ou auxílio desemprego, junte ao ganho da família]	
107. A senhora está cadastrada no programa Bolsa Família? ☐ 0. não [PULE para a questão 110] () 1. sim	
108. Quanto a senhora recebe do Bolsa Família por mês? reais	
109. A senhora ou alguém da sua família recebe cesta básica? () 0. não () 1. sim	
110. A senhora ou alguém da sua família tem convênio de saúde? () 0. não () 1. sim	

111. [OBSERVE E ANOTE - A casa está localizada em um cortiço ou favela?]:	() 0.não () 1.sim
112. [OBSERVE E ANOTE - A casa é de tijolos?]	() 0. não () 1.sim
113. Esta casa é da senhora?	() 1.sim () 2.não, é alugada () 3.outra resposta [ANOTE]:
114. Quantos quartos tem a casa?	quartos
115. O banheiro fica dentro da casa?	() 0.não () 1.sim
116. O banheiro é ligado à rede pública de esgotos?	() 0.não () 1.sim
117. Tem água encanada da rede pública na cozinha?	() 0.não () 1.sim [PULE para a questão 120]
118. De onde vem a água utilizada para beber e cozinhar? [ANOTE]:	
119. Das coisas que vou falar, quais as que a senhora e sua família têm?	() 1.fogão a gás () 2.geladeira () 3.rádio () 4.televisão () 5.telefone fixo () 6.telefone celular
120. Se não tem fogão a gás, que tipo de fogão a senhora tem? [ANOTE]:	

“Eu vou perguntar o que a senhora acha do atendimento dos médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.”

NAS VISITAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, na maioria das vezes	Sim, sempre	COD
121. Ele(a) chama a senhora e o bebê pelo nome?					
122. A senhora sente que ele(a) presta atenção no que a senhora fala?					
123. A senhora se sente à vontade para falar com ele(a) sobre tudo o que quer?					
124. A senhora sente se ele(a) tem pressa em terminar logo o atendimento?					
125. Ele(a) costuma elogiar como a senhora cuida da criança?					
126. Ele(a) costuma explicar as coisas de um jeito fácil para a senhora?					
127. A senhora consegue seguir a maioria das orientações que são dadas?					
128. <i>Ele(a) faz a senhora se sentir culpada quando não segue as orientações que foram dadas?</i>

1299. Então, como a senhora avalia a qualidade das visitas do Agente Comunitário de Saúde? [MOSTRE o Cartão 2]				COD
--	--	--	--	-----

NAS CONSULTAS DO POSTO DE SAÚDE	Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, na maioria das vezes	Sim, sempre	COD
130. <i>Eles chamam a senhora e o bebê pelo nome?</i>					
131. A senhora sente que eles prestam atenção no que a senhora fala?					
132. A senhora se sente à vontade para falar com eles sobre tudo o que quer?					
133. A senhora sente se eles tem pressa em terminar logo o atendimento?					
134. Eles costumam elogiar como a senhora cuida da criança?					
135. Eles costumam explicar as coisas de um jeito fácil para a senhora?					
136. A senhora consegue seguir a maioria das orientações que são dadas?					
137. <i>Eles fazem a senhora se sentir culpada quando não segue as orientações que eles deram?</i>

138. Então, como a senhora avalia a qualidade do atendimento nas consultas do Posto de Saúde? [MOSTRE o Cartão 2]				COD
---	--	--	--	-----

SE A CRIANÇA TEM MAIS DE 1 MÊS DE IDADE, FALE:

“Agora eu vou perguntar algumas coisas sobre o desenvolvimento da criança.”

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA		COD
139. SE A CRIANÇA TEM 1-2 MESES, PERGUNTE:		
- fica assustada ou chora com barulhos fortes	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- gosta de olhar para os olhos da mãe	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- segura com força o dedo de uma pessoa	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
140. SE A CRIANÇA TEM 3-4 MESES, PERGUNTE:		
- faz barulhos com a boca	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- reconhece pessoas e vozes	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- sorri quando alguém sorri para ela	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- levanta a cabeça quando está de bruços	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- gosta de olhar para as mãos e colocá-las na boca	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
141. SE A CRIANÇA TEM 5-6 MESES, PERGUNTE:		
- quando deitado rola de um lado para outro sozinha	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- senta com apoio	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- leva os pés à boca	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- quando ouve a voz de alguém vira a cabeça na direção dela	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
142. SE A CRIANÇA TEM 7-9 MESES, PERGUNTE:		
- fica sentada sozinha, sem apoio	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- se arrasta ou engatinha	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
143. SE A CRIANÇA TEM 10-12 MESES, PERGUNTE:		
- gosta de imitar os pais	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- dá tchau	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- bate palmas	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- fala algumas palavras	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- aponta o que quer	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- consegue pegar coisas com os dedos polegar e indicador	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- engatinha	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- fica em pé com apoio	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- anda com apoio	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
144. SE A CRIANÇA TEM 13-18 MESES, PERGUNTE:		
- quer comer sozinha	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- se reconhece ao olhar no espelho	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- fala algumas palavras ou frases curtas	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	
- dá alguns passos ou anda sozinha	() 0. não () 1. sim () 8. não sabe	

“Eu gostaria de pesar a criança. Ela precisa estar totalmente sem roupa. Vamos primeiro pesar a senhora junto com ela e depois só a senhora.”
[ANOTE OS PESOS].

1º Peso da mãe descalça com a criança nua:

2º Peso da mãe descalça com a criança nua:

3º Peso da mãe descalça com a criança nua (se a diferença entre os 2 pesos anteriores foi maior que 200 gramas):

1º Peso da mãe descalça:

2º Peso da mãe descalça:

3º Peso da mãe descalça (se a diferença entre os 2 pesos anteriores foi maior que 200 gramas):

AGRADEÇA E SE DESPEÇA

Término: horas minutos

ANEXO 2: Cartão de consistência da papa ou comida salgada

Figura 1

Figura 2

Figura 3

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (cópia do projeto)

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Estamos visitando todas as mães de crianças menores de 18 meses atendidas pelo Programa Saúde da Família para serem entrevistadas.

O objetivo é conhecer as famílias e verificar a saúde e a alimentação das crianças pequenas.

Todas as informações pessoais (nome, endereço, telefone) serão mantidas em segredo.

A senhora pode desistir a qualquer momento, se não quiser mais participar da pesquisa.

Qualquer dúvida ou reclamação pode ser encaminhada para Dra. Tereza S. Toma, no Instituto de Saúde (Rua Santo Antonio 590, Bela Vista, São Paulo, SP, CEP: 01314-000; telefone: 11-32932233; e-mail: ttoma@isaude.sp.gov.br).

Se a senhora concorda em participar, por favor, assine este Termo e fique com uma cópia.

Sua participação é muito importante. Muito obrigada por sua colaboração.

Eu compreendi do que se trata a pesquisa e concordo em participar.

Nome:

Assinatura:

Cidade e data:,/...../2007

-----CORTE AQUI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (cópia da entrevistada)

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Estamos visitando todas as mães de crianças menores de 18 meses atendidas pelo Programa Saúde da Família para serem entrevistadas.

O objetivo é conhecer as famílias e verificar a saúde e a alimentação das crianças pequenas.

Todas as informações pessoais (nome, endereço, telefone) serão mantidas em segredo.

A senhora pode desistir a qualquer momento, se não quiser mais participar da pesquisa.

Qualquer dúvida ou reclamação pode ser encaminhada para Dra. Tereza S. Toma, no Instituto de Saúde (Rua Santo Antonio 590, Bela Vista, São Paulo, SP, CEP: 01314-000; telefone: 11-32932233; e-mail: ttoma@isaude.sp.gov.br).

Se a senhora concorda em participar, por favor, assine este Termo e fique com uma cópia.

Sua participação é muito importante. Muito obrigada por sua colaboração.

Eu compreendi do que se trata a pesquisa e concordo em participar.

Nome:

Assinatura:

Cidade e data:,/...../2007

ANEXO 4: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 303 / 08

<i>Protocolo</i>	1876
<i>Projeto de Pesquisa</i>	PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE 18 MESES EM DOIS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO
<i>Pesquisador(a)</i>	Fernanda Ferreira Marcolino

05 de DEZEMBRO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 10.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 28/11/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o **protocolo** de pesquisa acima intitulada e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Maria Cecília Loschiavo dos Santos
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP