Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Perfil da amamentação e alimentação complementar no
município de Registro – SP

Gislene dos Anjos Tamasia

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: Professora Dra. Sonia Isoyama
Venancio

São Paulo
2013

Perfil da amamentação e alimentação complementar no município de Registro – SP

Gislene dos Anjos Tamasia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Professora Dra. Sonia Isoyama Venancio

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução 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.

Dedicatória

Dedico esta dissertação a Dra. Maria Cecília Cordeiro Dellatorre, médica sanitária, ex- Secretária Municipal de Saúde de Registro, pessoa que tenho imensa admiração e carinho. Uma das responsáveis pelo meu ingresso e continuação no mestrado. Sem seu apoio, eu jamais teria alcançado voos tão altos. Que Deus continue te iluminando pelos caminhos da vida e muito obrigada pela dedicação e esforço com os quais lutou para transformar a realidade do meu município.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, meu guia, meu protetor, por tantas conquistas e bênçãos derramadas sobre mim ao longo da minha vida. Por desenhar a minha vida com tanta ternura e proteção.

Ao meu **marido, Emerson**, pelo amor, amizade, carinho, companheirismo e acima de tudo compreensão das minhas infinitas ausências em nossa casa. Obrigada por ser meu presente de Deus.

Aos meus **pais, Manoel e Florisbela**, que através dos ensinamentos e exemplo de vida, sempre me impulsionaram a persistir em buscas de meus ideais, com simplicidade, fé e perseverança.

A todos os **meus irmãos**: Silvio, Lindacy, Edisio, Ivo e Rosilda, pelo apoio, compreensão, pela amizade, e por me mostrar que a vida sempre vale a pena quando se tem família e irmãos iguais a vocês.

Aos **meus sobrinhos**, Luciano, Greicielli, Elson, Luana, Silmara, João Vítor, Richard, Camilly, Pedro Ivo, Christian, Ana Glória e Mateus. Uns mais próximos outros mais distantes, mas que muitas vezes precisei abrir mão de brincadeiras e conversas para me dedicar à conclusão desse trabalho.

A todos os amigos que compartilhei momentos diversos ao longo desse mestrado, em especial a **Adriana Passanha**, que sempre tinha uma palavra de consolo e incentivo nas diversas batalhas que tracei e por sempre me acalmar diante de meus medos e dúvidas. Você faz parte dessa conquista, muito obrigada!

À minha orientadora **Sonia Ioyama Venâncio**, por toda a paciência, incentivo e compreensão ao longo desse mestrado. Desde o primeiro email trocado, sempre se mostrou muito solícita e cada vez mais tinha a certeza que sempre podia contar com seus ensinamentos. Levo comigo seu exemplo de profissional dedicado e amoroso por aquilo que faz. Agradeço infinitamente a bela oportunidade de ter sido sua aluna.

À professora **Maria Helena D'Aquino Benício**, pelas valiosas contribuições no meu exame de qualificação e sobre esta dissertação, sempre demonstrando a excelente profissional que é com seu jeito doce e carinhoso.

À **Silvia Regina Dias Médici Saldiva**, pelas preciosas contribuições na conclusão desse mestrado, sempre prestativa me auxiliando em muitas dúvidas na construção de gráficos e figuras, pelas excelentes oportunidades de aprendizado.

À **Dra. Marina Ferreira Rea**, sendo o primeiro contato para a concepção do tema desta dissertação, pela ajuda fornecida na primeira escrita do projeto, antes mesmo do meu ingresso no mestrado.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Registro, ao Interact e Rotaract Clube de Registro e a Faculdade UNISEPE**, pela ajuda na coleta dos dados do AMAMUNIC, pela competência e excelência no trabalho realizado.

À **Daylan**, amiga e companheira que me ajudou imensamente na organização do material, na montagem das pastas, na coleta e digitação dos dados e pelas horas e horas que ficamos juntas dividindo experiências.

A **cada mãe ou responsável**, que respondeu ao questionário do AMAMUNIC, se tornando personagem fundamental para concretização desse mestrado.

Às **secretárias, Alessandra, Ângela, Antônio e Vânia**, pela paciência em responder minhas infinitas dúvidas e questionamentos, pela compreensão nos momentos de ansiedade e por auxiliar em toda a documentação, entendendo a distância que nos separa e facilitando nosso meio de comunicação.

A todos que estiveram presentes ao longo dessa caminhada, que apesar de não ter seus nomes citados, fizeram parte da minha formação, seja no momento de descontração na hora do almoço, seja nas dúvidas em relação às disciplinas e em toda a troca de experiências. Levo vocês para sempre em meu coração e digo novamente: **MUITO OBRIGADA!**

APRESENTAÇÃO

As bases conceituais da presente dissertação estão apresentadas na “Introdução”. Nos “Métodos”, estão as informações sobre coleta de dados e análises estatísticas de maneira detalhada. Os “Resultados e Discussão” estão apresentados no artigo científico em formato para publicação. A seguir, são apresentadas as “Considerações finais” do estudo. Na seção “Resumo das atividades desenvolvidas”, estão listadas as atividades realizadas ao longo do mestrado. No “Cronograma de atividades” está discriminado o período em que as atividades foram desenvolvidas.

RESUMO

Tamasia, GA. **Perfil da amamentação e alimentação complementar no município de Registro – SP** [dissertação de mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Introdução. O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Para a continuidade da nutrição adequada e do desenvolvimento saudável de crianças, é fundamental que a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança ocorra em época oportuna e de forma adequada. **Objetivo.** Analisar a situação da amamentação e alimentação complementar no município de Registro-SP, em 2011. **Métodos.** Foram coletadas informações sobre alimentação infantil, características das crianças menores de um ano de idade e de suas mães, seguindo a metodologia proposta no projeto Amamentação e Municípios, do Instituto de Saúde. Realizou-se a análise dos indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar, propostos pela Organização Mundial de Saúde. A associação entre os desfechos (aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar) e as variáveis explanatórias (características maternas e das crianças), realizou-se por meio do modelo de Poisson, por se tratar de um estudo transversal e desfechos não raros. As variáveis que, na regressão simples, apresentaram $p < 0.20$ foram introduzidas no modelo múltiplo. **Resultados.** Foram incluídas no estudo 713 crianças menores de um ano. A prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 50% e a probabilidade de AME aos 180 dias de vida foi 13,1%. As crianças que estavam em AME no primeiro dia em casa e não usavam chupeta foram as que apresentaram maior chance de AME. Ao analisar os indicadores de alimentação complementar, observou-se que a proporção de crianças de 6 a 8,9 meses que consumiram fruta + papa salgada foi de 62,1%. Nenhuma das variáveis explanatórias mostrou associação significativa com esse desfecho. **Conclusões.** A situação encontrada nesse estudo está aquém das recomendações propostas pela OMS, entretanto esses resultados poderão contribuir para o desenho de intervenções no local.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Alimentação Complementar. Indicadores.

ABSTRACT

Tamasia, GA. **Breastfeeding and complementary feeding patterns in the city of Registro – SP** [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Introduction. Breastfeeding is the best natural strategy of bonding, affection, protection and nutrition for children and is the most sensitive, cost-effective intervention to reduce infant morbidity and mortality. For the continuity of proper nutrition and healthy development of children, it is essential that the introduction of safe, affordable and culturally acceptable food in the diet of the child occurs in timing and appropriately. **Objective.** To analyze the situation of breastfeeding and complementary feeding in the city of *Registro, SP, Brazil*, in 2011. **Methods.** Information about infant feeding, characteristics of children under one year of age and their mothers were collected following the methodology of Breastfeeding and Municipalities Project. The analysis of breastfeeding and complementary feeding indicators were performed based on World Health Organization recommendations. The association between outcomes (exclusive breastfeeding and complementary feeding indicators) and the explanatory variables (characteristics of mothers and children), was performed by the Poisson model, because it is a cross-sectional study of not rare outcomes. The variables in simple regression with $p < 0.20$ were introduced in the multivariable model. **Results.** The study included 713 children under one year. The prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) was 50% and the probability of EBF up to 180 days of life was only 13,1%. The analysis of the determinants of EBF showed that children who were exclusively breastfed in the first day at home and not using pacifiers showed the greatest chance of EBF. By analyzing the indicators of complementary feeding, it was observed that the proportion of children aged 6 to 8,9 months who consumed fruit plus pope salt was 62,1%. None of the explanatory variables was significantly associated with this outcome. **Conclusions.** The situation found in this study is far from recommendations by WHO, however these results may contribute to the design of interventions in place.

Keywords: Breast Feeding. Complementary Feeding. Indicators.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 O ALEITAMENTO MATERNO	13
1.1.1 Importância para o bebê.....	14
1.1.2 Importância para a mãe.....	17
1.1.3 Recomendações da OMS	17
1.1.4 Tendência e situação do AM no Brasil.....	18
1.1.5 Fatores que influenciam o Aleitamento Materno	20
1.1.6 Políticas de promoção, proteção e apoio ao AM	21
1.2 A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	25
1.2.1 Importância da Alimentação Complementar	25
1.2.2 Recomendações da OMS	27
1.2.3 Tendência e situação da AC no Brasil.....	29
1.2.4 Fatores que influenciam a AC	32
1.2.5 Políticas de promoção, proteção e apoio à AC	32
2 JUSTIFICATIVA	35
3 OBJETIVOS.....	36
3.1 OBJETIVO GERAL	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4 MÉTODOS.....	37
4.1 ESTRATÉGIAS PARA O DIAGNÓSTICO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.....	37
4.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	38
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	39
4.4 O MUNICÍPIO DE REGISTRO.....	39
4.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	40
4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO	41
4.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	45
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
7 RESUMO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	75

8 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	76
9 REFERÊNCIAS.....	78
10 CURRÍCULO LATTES DO ALUNO (AUTOR)	91
11 CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR	92

ANEXOS

Anexo1– Questionário do projeto AMAMUNIC.....	94
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Municípios.....	97
Anexo 3 – Manual do Coordenador Municipal – AMAMUNIC 2011.....	99
Anexo 4- Manual do Entrevistador - AMAMUNIC 2011.....	115
Anexo 5- Parecer CEPIS.....	138
Anexo 6 – Parecer do exame de qualificação.....	140

1. INTRODUÇÃO

1.1 O ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno (AM) apresenta inquestionáveis vantagens para a criança e a mãe. Pode-se dizer que ele é a mais sábia estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. Constitui uma intervenção sensível, econômica e eficaz para redução da morbimortalidade infantil, além de permitir um impacto positivo na promoção da saúde integral do binômio mãe-filho (DAVIS, 2001).

Sua superioridade está diretamente relacionada à digestibilidade, à composição química balanceada, à ausência de fenômenos alergênicos e à ação anti-infecciosa. O ato de amamentar é valorizado ainda como importante fator na promoção da interação mãe e filho, o que é recomendável para o bom desenvolvimento psicoemocional e social da criança (BOWBY, 1998) e propicia o contato físico entre mãe e bebê, estimulando pele e sentidos, estabelecendo dessa forma importante vínculo que favorece o desenvolvimento da personalidade do indivíduo. As crianças que mamam no peito tendem a ser mais tranquilas e fáceis de socializar-se durante a infância (ZAVASCHI, 1991).

Além disso, o aleitamento materno, por suas propriedades imunológicas, age na prevenção de doenças gastrintestinais não só em sociedades em desenvolvimento, mas também nas desenvolvidas, proporcionando uma melhor evolução pôndero-estatural com relação às crianças não amamentadas exclusivamente (DEWEY e BROWN, 2003).

A prática do aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida baseia-se no reconhecimento consensual da estreita relação entre o aleitamento materno, prevenção de doenças, e crescimento infantil, além dos efeitos benéficos para a mãe durante toda a vida (CAMINHA et al., 2010).

1.1.1 Importância para o bebê

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o AM é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil (WHO, 2003). Dentre vários benefícios à saúde da criança, destaca-se seu potencial para reduzir a mortalidade infantil por doenças infecciosas em geral, especialmente por diarreia, pneumonia e sepse neonatal, diminuir a frequência de doenças alérgicas agudas e crônicas e melhorar seu desenvolvimento cognitivo e intelectual (JONES et al., 2003). Na vida adulta, crianças amamentadas parecem apresentar menores níveis médios de colesterol e pressão arterial, além de menor prevalência de obesidade (HORTA et al., 2007).

Estudos mostram que bebês amamentados exclusivamente apresentam menor morbidade por diarreia quando comparados com aqueles que recebem aleitamento materno complementado com outros alimentos aos 3 a 4 meses (HORTA et al., 2007).

De acordo com a OMS, a prática da amamentação atualmente previne diarreia e infecções respiratórias agudas, salvando desta forma a vida de 6 milhões de crianças a cada ano e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas (WHO, 1993).

Há evidências de que, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, a amamentação protege as crianças contra infecções dos tratos gastrointestinal e respiratório, sendo maior a proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por tempo prolongado (KRAMER et al., 2001).

Há ainda evidências de que o leite materno protege contra bronquiolite, importante causa de morbidade em crianças pequenas. Em estudo realizado na Grécia com 240 crianças abaixo de dois anos internadas por bronquiolite, observou-se que a amamentação por mais de quatro meses melhorava o quadro de gravidade, mesmo em crianças de famílias fumantes (CHATZIMICHAEL et al., 2007).

A proteção do leite materno contra infecções de ouvido e pulmão mostrou-se evidente ao longo dos últimos anos. A imunoglobulina A (IgA) secretora, um anticorpo resultante da resposta da mãe à exposição prévia a agentes infecciosos, tem como característica sobreviver nas membranas das mucosas respiratória e

gastrintestinal e ser resistente à digestão proteolítica. Ela limita os efeitos danosos do processo inflamatório e impede que agentes patogênicos se fixem nas células da criança amamentada (JACKSON e NAZAR, 2006).

Um estudo de caso-controle realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, analisou em uma coorte de 5.304 crianças no ano de 1993 e casos de internações por pneumonia no período pós-neonatal. As crianças que não foram amamentadas apresentaram risco 17 vezes maior de serem internadas por pneumonia do que as que recebiam leite materno exclusivamente. A probabilidade de ocorrer internação por pneumonia foi de 61% maior nas crianças abaixo de três meses que não recebiam o leite materno (CESAR et al., 1999). Da mesma forma, em uma revisão, TOMA e REA (2008), identificaram que a amamentação exclusiva protege as crianças pequenas de evoluírem para quadros mais graves de infecção respiratória.

Mediante revisão sistemática, OWEN et al. (2008), verificaram que crianças amamentadas exclusivamente apresentaram baixos níveis de colesterol na vida adulta. Nos estudos analisados, a idade das pessoas estudadas variou de 17 a 71 anos. A média de colesterol total no sangue foi significativamente menor ($p=0,037$) entre as que foram amamentadas, em comparação com as que receberam fórmulas lácteas.

Em outra revisão, OWEN et al. (2002), encontraram que, na infância, as médias do colesterol total e dos níveis de colesterol de baixa densidade lipoproteica foram mais baixas em crianças que receberam o leite materno, enquanto que em adultos a média foi menor entre aqueles que foram amamentados, indicando que o aleitamento materno pode ter benefícios na saúde cardiovascular ao longo do tempo.

Ademais, sujeitos que receberam leite materno tinham um menor risco para diabetes tipo 2 no final da vida quando comparados com os que tinham sido alimentados com fórmulas lácteas (OR 0.61; $p=0,003$). Verificou-se que crianças e adultos sem diabetes, que tinham sido amamentados, possuíam concentrações de insulina inferior em fases posteriores da vida e mais baixos níveis de glicose no sangue (OWEN et al., 2006).

SIMON et al. (2009) em um estudo transversal realizado no município de São Paulo, Brasil, levantaram a hipótese de quanto maior o tempo de duração do aleitamento materno, maior a proteção contra sobrepeso e obesidade.

SIQUEIRA e MONTEIRO (2007) analisando a associação entre exposição ao aleitamento materno na infância e a obesidade na idade escolar em crianças de famílias brasileiras de alto nível socioeconômico, verificaram risco dobrado de obesidade em crianças que nunca receberam aleitamento materno, quando comparados às demais crianças.

Em uma revisão sistemática com diferentes tipos de estudos, ARENZ et al. (2004), analisaram o efeito de proteção do aleitamento materno contra sobrepeso e obesidade. Apesar das diferenças metodológicas entre estudos, ficou evidente a importância do aleitamento materno para a prevenção do sobrepeso e obesidade durante a infância e a adolescência.

O leite materno propicia à criança ferro de alta biodisponibilidade e proteção contra infecções, condições essas protetoras da anemia (MONTEIRO et al., 2000). Além disso, a amamentação no primeiro ano de vida pode ser a estratégia mais simples de redução da mortalidade pós-neonatal oriunda das infecções, tendo em vista que amamentar crianças exclusivamente por seis meses reduz o risco de infecções e previne déficits de crescimento (WHO, 2004).

É importante destacar os aspectos fonoaudiológicos da amamentação, onde se verifica a disponibilidade à criança de uma respiração correta, estabelecendo boa relação entre as estruturas duras e moles do aparelho estomatognático proporcionando adequada postura de língua e vedamento de lábios (TOLLARA et al., 2005).

O ato de amamentar estimula na criança um exercício físico contínuo que propicia o desenvolvimento da musculatura e ossatura bucal, favorecendo o desenvolvimento facial. Isso direciona o crescimento de estruturas importantes, como seio maxilar, desenvolvimento do tônus muscular, crescimento ântero-posterior dos ramos mandibulares, anulando o retrognatismo mandibular (MEDETROS e RODRIGUES, 2001). Além disso, associada ao mecanismo de sucção, desenvolve a articulação dos sons das palavras, reduzindo a presença de maus hábitos orais e também de patologias fonoaudiológicas (NEIVA et al., 2003).

A articulação temporomandibular (ATM) fica prejudicada caso haja menor esforço muscular para obtenção do alimento como na amamentação artificial,

propiciando anulação da excitação da ATM e da musculatura mastigatória da criança (TOLLARA et al., 2005).

Diversos estudos mostram a importância do aleitamento materno para a saúde materno-infantil e para o espaçamento das gestações. Promover o aleitamento materno figura entre as intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo que podem prevenir até 63% das mortes passíveis de ocorrer antes dos cinco anos de vida (RAMOS et al., 2008).

1.1.2 Importância para a mãe

Da mesma forma, o aleitamento materno traz benefícios para a saúde da mulher, tais como: estimula a regressão uterina; auxilia no retorno ao peso pré-gestacional; previne o câncer de ovário, útero e mamas; diminui o risco de a mãe sofrer hemorragia e anemia no pós-parto. (OPAS, 2006).

A liberação do hormônio ocitocina que inicia na hora do parto para a promoção da contração uterina é potencializada no ato da amamentação pela sucção do bebê. A descarga desse hormônio reduz o tamanho do útero, libera a placenta, diminui o sangramento pós-parto, causa atraso da menstruação e consequente prevenção da anemia (RAMOS e ALMEIDA, 2003). Em relação aos diversos tipos de câncer, amamentar por no mínimo dois meses reduz o risco de câncer no epitélio ovariano em 25% (SCHNEIDER, 1987).

1.1.3 Recomendações da OMS

A OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS), preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, depois dessa idade, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem recebendo o leite materno até os dois anos ou mais. As práticas apropriadas de alimentação são de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos lactentes. Nessa

ótica, o aleitamento materno exclusivo é de crucial importância para que se obtenham bons resultados (PEREIRA et al., 2004).

Evidências científicas acumularam-se nos últimos anos referentes à importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses, manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais e a introdução da alimentação complementar de maneira oportuna (GIUGLIANI e VICTORA, 2000). As dúvidas e controvérsias, surgidas no final dos anos 1970, persistiram até o ano 2001, quando consultores internacionais da OMS realizaram uma revisão sistemática da literatura científica buscando suporte para definir a duração ótima do aleitamento materno exclusivo e, conseqüentemente, a idade segura e apropriada de introdução dos alimentos complementares (AUDI et al., 2003). O resultado dessa revisão deu origem à proposta de Estratégia Global para a alimentação infantil, apresentada na 54ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2001 e aprovada na 55ª Assembleia Mundial da Saúde. A partir desse evento, a OMS passou a recomendar o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, em substituição à recomendação anterior que era de 4 a 6 meses (WHO, 2002a).

Em seguimento ao proposto, recomendou ainda, a introdução de alimentos complementares nutricionalmente adequados, inócuos e culturalmente apropriados, a partir de seis meses, com manutenção da amamentação por dois anos ou mais (WHO, 2001).

Diversos trabalhos científicos propuseram revisão das práticas alimentares infantis, chegando a essas recomendações internacionais e estabelecendo um consenso mundial de que não há nenhum benefício que possa justificar a introdução precoce de alimentos complementares antes dos seis meses de idade (WHO, 2001).

1.1.4 Tendência e situação do AM no Brasil

Diante das diversas evidências relacionadas à importância e vantagens do aleitamento materno, era de se esperar que essa prática estivesse em pleno desenvolvimento, entretanto ela é pouco frequente. A baixa prevalência do aleitamento materno, sobretudo nos grupos sociais menos favorecidos, assume características de importante problema de saúde pública (SENA et al., 2002).

A urbanização crescente aliada à industrialização propiciou em meados do século a oportunidade da indústria moderna introduzir o leite em pó que, através de intensas campanhas de incentivo, foi conquistando o mercado com sua facilidade e praticidade. Este fato, associado a fatores sociais (aumento de números de mães trabalhando fora) e culturais (falta de informação sobre os benefícios da amamentação, causas referidas como “a criança não aceitou mais”, “tenho pouco leite” ou crenças “leite é fraco”) (ICHISATO e SHIMO, 2001), além do medo em relação à estética do seio, ocasionaram a diminuição da prática da amamentação (ZAVASCHI, 1991).

Estudos epidemiológicos evidenciam que, ao longo dos anos, tem-se conseguido saldos positivos na retomada do aleitamento materno no Brasil. Em um estudo realizado por VENANCIO e MONTEIRO (1998), verificou-se aumento da duração da amamentação entre 1974 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses. Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) confirmaram essa tendência, identificando aumento na mediana do AM de 7 meses, em 1996 (BEMFAM, 1997), para 14 meses, em 2006 (BRASIL, 2009a).

A primeira informação sobre a situação do AME no Brasil é proveniente de pesquisa realizada em 1986, na qual se evidenciou que apenas 3,6% das crianças entre 0 e 4 meses eram amamentadas de forma exclusiva (MONTEIRO, 1997).

O primeiro inquérito sobre prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF) ocorreu em 1999, durante campanha nacional de vacinação. Verificou-se uma prevalência de 35,6% de AME em menores de 4 meses e duração mediana da amamentação de 10 meses (BRASIL, 2001).

Em 2008, realizou-se a II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM (II PPAM), utilizando a mesma metodologia do inquérito de 1999. A realização dessa pesquisa partiu da necessidade por parte dos gestores de uma análise da evolução da situação do AM, tendo em vista as diversas ações desenvolvidas no âmbito da política nacional (BRASIL, 2009b).

No tocante ao AME em menores de 6 meses, 23 capitais se encontravam em situação considerada “razoável” (prevalências entre 12 e 49%), e apenas quatro (Belém, Campo Grande, DF e Florianópolis) estavam em “boa situação” (entre 50 e 89%). Quanto à duração do AM, a situação foi considerada, na maioria dos casos,

“ruim” (mediana inferior a 17 meses) e apenas Macapá foi classificada como “razoável” (mediana entre 18 e 20 meses) (VENANCIO et al., 2010a).

Embora os indicadores de AME e AM estejam longe de atingir as recomendações da OMS, a comparação entre os indicadores obtidos em 1999 e 2008 mostra que os índices de AM no Brasil vêm aumentando gradativamente (VENANCIO et al., 2010a). Houve aumento de 30,7 dias na duração mediana do AME e de 45,7 dias na mediana do AM.

1.1.5 Fatores que influenciam o Aleitamento Materno

Os resultados apresentados indicam que as taxas de aleitamento exclusivo alcançadas encontram-se aquém das recomendações oficiais preconizadas. Uma das possíveis explicações para essa constatação advém do fato de o aleitamento materno ser uma categoria híbrida, construída por atributos definidos pela natureza e cultura (ALMEIDA e NOVAK, 2004), na qual variáveis como nível socioeconômico, escolaridade, idade da mãe, trabalho materno e tipo de parto se associam de maneira distinta e sem um comportamento uniforme em relação à prática do aleitamento, a exemplo de relatos apresentados em inúmeras pesquisas (FIGUEIREDO et al., 2004). Esses fatores e outros como orientações no pré-natal, condutas hospitalares, (alojamento conjunto, parto humanizado e mãe-canguru) e apoio à mãe no pós-parto, podem determinar a duração do aleitamento materno (FRANÇA et al., 2007).

A mamadeira é frequentemente introduzida na rotina alimentar da criança por volta do quarto mês de vida e está provavelmente relacionada ao término da licença-maternidade e ao retorno da mãe ao trabalho. Este é um momento caracterizado por muitos conflitos, tais como a escolha de um cuidador para o bebê e a forma de alimentação utilizada nos momentos de ausência da mãe (REA, 2003). Caso a mãe opte por deixar a criança aos cuidados de instituições como creches, não pode exigir a utilização de copos para a alimentação do seu filho. Os profissionais dessas instituições justificam essa prática pelo pequeno número de funcionários em relação ao número de crianças e pela dificuldade encontrada em alimentá-las usando copo (CARRASCOZA et al., 2006).

Ao trabalhar com questões relacionadas ao desmame, o modelo explicativo mais utilizado para o abandono da amamentação se traduz na frase de que o leite é fraco, entretanto dois aspectos merecem destaque. O primeiro diz respeito ao fato de mulheres de várias culturas verbalizarem o leite fraco como razão para o desmame, e o segundo que, do ponto de vista biológico, não existe leite fraco e que são raras as intercorrências que impossibilitam a amamentação. Essa alegação frequente está impregnada de um pedido de ajuda frente às dificuldades vivenciadas no transcurso da amamentação, às quais muitas delas, as mães não conseguem ou não sabem como resolvê-las (RAMOS e ALMEIDA, 2003).

Estudos recentes realizados no Brasil têm demonstrado a influência de fatores como escolaridade, idade materna e práticas associadas ao parto e nascimento, sobre a incidência e duração do aleitamento materno. Contudo, conhecer os fatores associados ao aleitamento materno em cada realidade, com vistas a subsidiar a escolha de estratégias mais efetivas de promoção do aleitamento faz-se necessário, a fim de focalizar e adequar as intervenções aos grupos de maior risco (DAMIÃO, 2008).

Diversos autores enfatizam o papel da renda e do baixo peso ao nascer como fatores de risco do desmame precoce. Em Pelotas, na avaliação de 940 crianças de um a três meses de idade, MASCARENHAS et al. (2006), concluíram que a baixa escolaridade do pai, o trabalho da mãe fora de casa e o uso da chupeta foram os principais fatores relacionados à suspensão precoce do aleitamento materno.

No estado de São Paulo, em um estudo realizado por VENANCIO et al. (2002), em 84 municípios, identificou-se como fatores de risco para o desmame precoce a baixa escolaridade materna, a ausência da IHAC, a primiparidade e a maternidade precoce. Outro estudo conduzido em 111 municípios do estado corrobora com os resultados achados, apontando a baixa escolaridade materna e baixo peso ao nascer como fatores de risco (VENANCIO E MONTEIRO, 2006).

1.1.6 Políticas de promoção, proteção e apoio ao AM

Para obter sucesso na promoção do aleitamento materno é fundamental o engajamento das autoridades públicas. O SUS, por exemplo, tem registrado

iniciativas em vários níveis de gestão para o controle da mortalidade infantil e incentivo à amamentação (ESCUDER et al., 2003). Outros órgãos como a OMS e o UNICEF, permanecem na luta para promoção da amamentação (VENANCIO, 2003), entretanto, o Brasil continua longe de alcançar a meta recomendada pela OMS, motivo a mais para reforçar o compromisso das unidades básicas de saúde na promoção do aleitamento materno (ANTUNES et al., 2008).

As principais estratégias de ação focalizam o acompanhamento pré-natal sistemático, a implantação do alojamento conjunto nas maternidades, o acompanhamento sequencial da criança, a construção de creches e o respeito às leis de proteção à nutriz. Propaganda de massa, treinamento de profissionais de saúde, formação de grupos de gestantes e muitas outras estratégias procuram resgatar os benefícios do aleitamento materno para as mães e para as crianças. Promover o aleitamento materno tornou-se elemento fundamental das políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida da população materno-infantil (ALVES et al., 2008).

Diversos fatores contribuem para a não amamentação, entretanto, os cuidados prestados às mulheres e às crianças nos primeiros dias após o parto são determinantes para alcançar sucesso no aleitamento materno. Tendo em vista esse determinante, a OMS e o UNICEF, lançaram em 1989 o documento "Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de maternidade". Nele se discute a influência negativa de certas práticas hospitalares e se propõem "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", procedimentos mínimos que deveriam ser adotados pelos serviços de saúde (OMS, 1989).

A OMS e UNICEF, em 1992, lançam a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* (IHAC), com a estratégia de atuar junto aos hospitais devido a fatores identificados como desfavoráveis à amamentação, especialmente aqueles relacionados com informações errôneas e rotinas hospitalares inadequadas. Os critérios globais da IHAC compreendem a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (no caso do Brasil, a NBCAL- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras) pelas maternidades certificadas (BRASIL, 2009c).

Os dez passos são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto e no pós-parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade (BRASIL, 2009c). Pelas normas da IHAC, são premiados pela qualidade estabelecimentos de saúde que incorporam em suas rotinas ações de aleitamento materno, com informações adequadas sobre vantagens da amamentação natural e o manejo correto das dificuldades na amamentação. (LAMOUNIER et al., 2008).

Alguns estudos brasileiros têm mostrado que a IHAC tem um efeito positivo sobre as práticas de amamentação. VENANCIO et al. (2002) analisando dados de 11481 crianças menores de quatro meses a partir de 84 municípios no estado de São Paulo, que realizaram estudos durante as campanhas de imunização, verificaram que mães que residem em municípios que não possuem Hospital Amigo da Criança (HAC) têm 2,2 vezes mais chances de introduzir outro alimento, sendo que as que nasceram em outro tipo de hospital apresentam 1,5 vezes mais chance de não estar em amamentação exclusiva nos primeiros quatro meses de vida quando comparadas às que nasceram em HAC. Em outro estudo realizado por VENANCIO et al. (2011), verificou-se que crianças nascidas em HAC tiveram 9% maior probabilidade de serem amamentadas na primeira hora de vida e 6% mais chance de serem amamentadas no primeiro dia em casa após alta hospitalar.

O Brasil conseguiu uma expressiva ampliação da prevalência do aleitamento materno nas duas últimas décadas devido a diversas estratégias de política governamental. Entre as principais estratégias que concorreram para a construção desse novo e promissor cenário, figuram os Bancos de Leite Humano (BRASIL, 2009c). Essas unidades configuram-se como locais privilegiados para as ações de incentivo ao aleitamento materno no território nacional (MAIA et al., 2006). A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é a maior e a mais complexa do mundo, composta por 299 Unidades. O sistema trabalha com tecnologias alternativas, de baixo custo, mas sensíveis e precisas o suficiente para assegurar um padrão de qualidade reconhecido internacionalmente (BRASIL, 2009c).

Dentre as atividades desenvolvidas visando à mobilização social, o Brasil comemora anualmente a Semana Mundial da Amamentação, entre 01 e 07 de agosto,

e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 01 de outubro. Essas atividades configuram-se como um importante marketing social capaz de aumentar os índices de aleitamento materno, além de sensibilizar novas doadoras de leite humano (BRASIL, 2009c).

Atualmente, observa-se a necessidade da construção de práticas fundamentadas no trabalho em rede, com responsabilização de todos os atores. Desta forma, por meio da adoção de linhas de cuidado voltadas para a promoção do aleitamento materno coordenadas pela Atenção Básica, se insere a Rede Amamenta Brasil, integrando-se às demais redes, como a IHAC, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a outras iniciativas intra e extra setoriais de apoio e estímulo ao aleitamento materno, visando aumentar a resolubilidade de suas ações e de forma a consolidar uma rede horizontal, participativa, colaborativa e descentralizada (MS, 2009a).

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2009c).

Em 2012 a Rede Amamenta Brasil foi relançada com o nome Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS. A ação está focada na qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica resultando no fortalecimento das ações de promoção da alimentação saudável para esse público. Espera-se que essa ação gere impactos positivos como o aumento da prevalência do aleitamento materno e a melhora dos indicadores de alimentação e nutrição em crianças nessa idade (BRASIL, 2012).

O reconhecimento dessas questões sugere que mudanças devam ser operadas na prática assistencial de aleitamento materno, no intuito de melhorar os indicadores e tornar esse ato menos conflituoso para a mulher (OLIVEIRA et al., 2005).

1.2 A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

1.2.1 Importância da Alimentação Complementar

Alimentação complementar (AC) é definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno. Os alimentos podem ser preparados especialmente para a criança ou podem ser os mesmos consumidos pelos demais membros da família, modificados para atender as habilidades e necessidades da criança (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

Somente no sexto mês de idade que as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano. Também é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno (WHO/UNICEF, 1998). Os dois primeiros anos de vida da criança representam um período de grande vulnerabilidade aos agravos sociais, econômicos e ambientais e se caracteriza por crescimento acelerado e importantes aquisições no processo de desenvolvimento infantil (GOLIN et al., 2011). Condutas inadequadas e deficiências nutricionais relacionadas à prática alimentar nesse período podem favorecer os riscos de morbimortalidade, e o comprometimento do crescimento e desenvolvimento infantis (GARCIA et al., 2011). Até dois anos, o crescimento é reflexo de condições de vida intra-uterina e de fatores ambientais, com destaque para o estado nutricional. Assim, alterações de crescimento nessa fase têm como causa provável o déficit nutricional pregresso ou atual (DIAS et al., 2010).

Déficits de crescimento linear adquirido na infância apresentam dificuldade de serem alterados após os dois anos de idade, portanto, as consequências do tipo de alimentação nessa fase podem ser refletidas ao longo da vida (GIUGLIANI e VICTORA, 2000). Pesquisas realizadas recentemente referentes às principais causas da mortalidade infantil em todo o mundo mostram que muitos óbitos poderiam ser prevenidos com a combinação do AME até os seis meses e práticas adequadas de alimentação complementar (BRYCE et al., 2005).

Verifica-se nas últimas décadas um considerável progresso em ações de incentivo e promoção do aleitamento materno, entretanto o mesmo padrão não é observado em relação à alimentação complementar, que normalmente inicia-se fora da época preconizada e, com frequência, é nutricionalmente inadequada e microbiologicamente insegura (WHO, 2009). A divulgação de informações sobre a forma menos prejudicial de substituir o leite materno, na impossibilidade de amamentar, também é escassa (MS, 2009a).

A precoce introdução de alimentos na infância promove diminuição ou abandono do aleitamento materno e favorece a exposição aos fatores que podem causar danos à saúde da criança, como consumo de alimentos manipulados inadequadamente e uso de utensílios como mamadeiras, que trazem maior chance de contaminação, aumentando o risco de doenças diarreicas.

É desnecessária a utilização de outros alimentos além do leite materno antes dos 6 meses e esse ato pode interferir de forma negativa na formação dos hábitos alimentares, contribuir para a superalimentação e trazer risco para o trato digestivo, para as vias respiratórias e para a função renal (SOUZA et al., 2003). Do ponto de vista da maturação fisiológica e da necessidade nutricional, a oferta inoportuna de outros alimentos além do leite materno pode levar a situações de desnutrição ou à obesidade infantil e a oferta de certos tipos de líquidos e semissólidos, se oferecidos precocemente, contribui para a diminuição da sucção da criança e da produção de leite pela mãe (IBFAN, 1997).

Após os seis meses, deve-se iniciar a introdução da alimentação complementar que deve ser rica em energia, proteínas e micronutrientes, isenta de contaminação e em quantidade apropriada para a criança (SILVA e GUBERT, 2010). A introdução de novos alimentos é um período vulnerável para a ocorrência de infecções, atraso no desenvolvimento e formação de hábitos alimentares inadequados que favorecem o estabelecimento de doenças crônicas (BARBOSA et al., 2007).

A AC compreende uma composição equilibrada de alimentos com quantidade adequada de macro e micronutrientes (com destaque para ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e ácido fólico), livres de contaminação (biológica, química ou física), de fácil consumo e aceitação, com custo aceitável e preparados a partir de alimentos habitualmente consumidos pela família (CAETANO et al., 2010).

Promover adequação nutricional dos alimentos complementares é determinante na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso. Portanto, atingir a alimentação adequada para as crianças deve ser componente essencial da estratégia global para assegurar a segurança alimentar de uma população. O sucesso final da promoção da alimentação complementar depende de políticas governamentais adequadas e de apoio e participação de toda a sociedade, contudo, os profissionais de saúde exercem papel fundamental nessa promoção refletindo em atitudes corretas na oferta da alimentação por parte da mãe. (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

1.2.2 Recomendações da OMS

A OMS recomenda que a AC deva iniciar aos seis meses com pequenas quantidades de alimentos e aumente, gradativamente, à medida que a criança cresce (WHO, 2001). A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos, entretanto é importante que a criança continue sendo amamentada até os 2 anos ou mais, tendo em vista que o leite materno continua alimentando e protegendo-a contra doenças (MS, 2010).

A partir dos 6 meses o reflexo de protrusão da língua diminui progressivamente, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos; as enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes para essa nova fase e a criança desenvolve habilidade para sentar-se, facilitando a alimentação oferecida por colher (MS, 2010).

O desenvolvimento neurológico da criança determina a idade de introdução dos diferentes tipos de alimentos. Lactentes aos seis meses devem consumir alimentos sob a forma de purês, podendo ser amassado, entretanto nunca devem ser liquidificados ou coados (WHO, 2002b).

Ao completar 6 meses de idade os alimentos complementares devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa de fruta, papa salgada e papa de fruta), pois contribuem com o fornecimento de energia, proteína e micronutrientes, além de preparar a criança para a formação dos hábitos alimentares saudáveis no futuro. Ao

completar 7 meses deve ser acrescentado ao esquema alimentar a segunda papa salgada. A papa salgada deve conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos, um dos legumes e verduras, um do grupo dos alimentos de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos, ovo) e um das leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão de bico) (MS, 2010).

A partir dos 8 meses de idade a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família, desde que sem temperos picantes, sem alimentos industrializados, com pouco sal e oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pequenos pedaços. A introdução dos alimentos complementares deve respeitar a identidade cultural e alimentar das diversas regiões, resgatando e valorizando os alimentos regionais, ou seja, as frutas, legumes e verduras produzidas localmente (MS, 2010).

A consistência inadequada dos alimentos compromete sua ingestão. Já as crianças que não recebem alimentos semi sólidos por volta de dez meses podem apresentar maior dificuldade de aceitação alimentar posteriormente. (MAIER et al., 2008).

Com a introdução dos alimentos complementares é importante que a criança receba água nos intervalos. A água oferecida deve ser a mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida) (MS, 2010).

As recomendações diárias de energia com base em calorias por quilograma de peso é apresentado através do guia alimentar brasileiro para crianças menores de dois anos segundo faixa etária: dos seis aos oito meses, 83 kcal/kg de peso e, dos nove aos onze meses, 89 kcal/kg de peso. Em relação ao consumo de proteínas, as recomendações são de: 9,1 g/dia de proteína para crianças com seis a oito meses e 9,6 g/dia de proteína para aquelas com nove a 11 meses de idade (MS, 2010).

A recomendação de gordura em percentual no total de calorias deve ser de 30% e considerando-se que a quantidade de gordura presente no leite materno (em mães com reserva adequada de gordura) é de 3,8g/100g, calcula-se que a AC deva conter de 0% a 9% de energia proveniente de gordura para crianças de seis a onze meses de idade (MS, 2002).

A recomendação em relação aos micronutrientes na dieta é de fornecer diariamente 400mg de cálcio, 400mcg de vitamina A e 30mg de Vitamina C para

crianças entre seis e 11 meses de idade. Quando analisamos o caso especificamente do ferro, considerando uma biodisponibilidade de 10%, a recomendação para esse micronutriente é de 9,3mg/dia para crianças dos seis aos 11 meses de idade (MS, 2010). Em nosso país, cerca de 21% das crianças menores de cinco anos de idade apresenta anemia, mostrando que entre os seis e 24 meses de idade apresentam maior vulnerabilidade para desenvolver a doença (BRASIL, 2008).

O ferro presente em alimentos de origem animal apresenta maior biodisponibilidade (até 22% de absorção) do que quando disponível nos alimentos de origem vegetal (absorção de 1 a 6%). As carnes vermelhas e órgãos de animais possuem maiores densidade e biodisponibilidade de ferro do que o leite e seus derivados. Alimentos como os grupos de leguminosas e de vegetais escuros possuem uma quantidade razoável desse mineral, mas em sua forma menos biodisponível. Além disso, sua biodisponibilidade é influenciada pelos alimentos consumidos concomitantemente. Ele é melhor aproveitado, por exemplo, quando consumido junto a alimentos ricos em ácido ascórbico, frutose ou carnes e é pior aproveitado quando consumido juntamente com leite (pela presença de cálcio), chás, café e cereais, que possuem fitato (MS, 2002).

A recomendação da OMS às mães/cuidadoras é de adotar a prática da alimentação responsiva, que utiliza de princípios de cuidados psicossociais ao alimentar a criança menor de 2 anos. A prática inclui o respeito ao mecanismo fisiológico de auto-regulação do apetite da criança, ajudando-a a se alimentar até estar saciada, e requer sensibilidade da mãe/cuidador às indicações de fome e de saciedade da criança. Recomenda-se alimentar a criança lenta e pacientemente até que ela se sacie, jamais a forçando a comer (HURLEY e BLACK, 2011).

1.2.3 Tendência e situação da AC no Brasil

A II PPAM realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal observou que o início do processo de desmame ocorre precocemente, geralmente dentro das primeiras semanas ou meses de vida, com a introdução de chás, água, sucos e outros

leites e progride de modo gradativo. Cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada e frutas. Na faixa etária de 6 a 9 meses, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9%, verduras/legumes. Em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, observou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre crianças de 9 a 12 meses. Pode-se afirmar através das pesquisas que é elevada frequência de inadequações na alimentação complementar no primeiro ano de vida (MS, 2009b).

Essa inadequação é representada pela introdução precoce de alimentos inadequados como, por exemplo, leite de vaca integral; consistência inapropriada e baixa densidade e biodisponibilidade de micronutrientes (sopas diluídas); oferta insuficiente de frutas, verduras e legumes; contaminação no preparo e armazenamento; acréscimo de carboidratos simples às mamadeiras; e oferta de alimentos industrializados ricos em carboidratos simples, lipídeos e sal, consumidos com frequência pela família (AGOSTONI et al., 2009).

A PNDS (2006) nos mostra que o padrão alimentar observado entre os menores de 24 meses ainda está longe do recomendado. Ele pode ser caracterizado pela introdução de alimentos não adequados e em idades muito precoces, anteriores aos seis meses de idade. Entre o nascimento e o primeiro mês de vida cerca de 15% dos lactentes que eram amamentados já consumiam leite não materno com algum espessante, ou seja, os mingaus. Outros 25% desses lactentes tinham o leite materno complementado com outros tipos de leite, percentual que sobe para quase 39% entre o quarto e o quinto mês de idade. Nessa faixa etária um quinto dessas crianças já consumia comida de sal como complemento da amamentação (BRASIL, 2009a).

Em comparação aos dados de 1996, evidencia-se a diminuição da desnutrição infantil. Outra informação de cobertura nacional fornecida pela PNDS que fortalece a adoção de estratégias de promoção da alimentação complementar saudável refere-se à prevalência de 20,9% de crianças com anemia e 17,4% com deficiência de vitamina A (BRASIL, 2009a).

Ao analisar a frequência de consumo diário de carnes, entre o total de crianças com idade inferior a 24 meses, a proporção encontrada entre as crianças de seis a onze meses foi de 17,3%. A proporção de crianças que consome carne apenas uma vez por semana é de aproximadamente 10% (BRASIL, 2009a).

SALDIVA et al. (2011) analisando dados de 18.929 crianças menores de seis meses participantes da II PPAM verificou consumo frequente de chá, sucos, leite artificial e mingau/papa nas capitais das cinco regiões brasileiras. A região Sul obteve a maior razão de prevalência para o consumo de chá e as do Nordeste e sudeste, para o consumo de outros tipos de leite e de suco.

Em outro estudo realizado por SALDIVA et al. (2007), conduzido em 136 municípios do estado de São Paulo, verificou-se que a probabilidade de a criança, aos 6 meses de idade, consumir sopas é alta (78%), ao passo que consumir comida de panela é baixa (39%). Quando analisado o consumo de alimentos fontes de ferro, seja em sopas ou comida de panela, observou que a probabilidade de a criança, aos 6 meses, consumir esses alimentos é de 66%. Já as probabilidades do consumo isolado de sopa com carne, comida com feijão e comida com carne foram 54, 34 e 25%, respectivamente. A tendência do consumo deste tipo de refeição melhora próximo aos 12 meses.

No mesmo estudo verificou-se a probabilidade de aos 6 meses de idade a criança consumir refeições baseadas somente em leites e mingaus e constatou-se um índice de 82%, indicando a possibilidade de não se alcançar o aporte necessário de nutrientes em uma fase caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento infantil acelerados SALDIVA et al. (2007).

Em outros estudos também foram encontrados o papel de destaque do leite de vaca e dos espessantes na alimentação infantil (TUDISCO et al., 1988; FARIA JÚNIOR e OSÓRIO, 2005; BRASIL, 1999). Os resultados sobre AC do estudo multicêntrico da OMS, realizado em seis países com crianças até os 2 anos de vida, destacou a idade média da introdução da alimentação complementar de 5,4 meses. Ademais, o consumo de sopas foi mais comum no Brasil, Oman e Gana e com menor frequência na Índia, Noruega e EUA; o consumo de grãos foi elevado entre a maioria das crianças, exceto para as brasileiras aos 6 meses de idade (somente 24%) (WHO, 2006).

1.2.4 Fatores que influenciam a AC

Entre os condicionantes fisiológicos, biológicos e fatores econômicos que determinam a busca pelos alimentos e as decisões sobre o que e como comer, encontra-se um espaço de liberdade e autonomia influenciado fortemente pela cultura, pelos hábitos, pelas crenças e pelo gosto, onde os alimentos assumem um caráter simbólico (POULAIN e PROENÇA, 2003). Assim, também, as práticas de alimentação infantil estão associadas aos fatores emocionais, socioeconômicos e culturais de seu entorno (ROTENBERG e DE VARGAS, 2004). Além de serem influenciadas pelo ambiente familiar, podem ser influenciadas por informações fornecidas pelos profissionais de saúde, assim como pela mídia, através da veiculação de propagandas de fabricantes de alimentos (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

A introdução alimentar é influenciada por fatores relacionados ao contexto socioeconômico, cultural e familiar (CTENAS e VITOLO, 1999). Os resultados da pesquisa realizada em Florianópolis com o objetivo de verificar a associação entre o período de introdução de alimentos complementares e características socioeconômicas maternas e biológicas de crianças menores de dois anos de idade, realizada em 2004, mostraram que as mães que residem em domicílios com mais de quatro pessoas, aquelas com escolaridade inferior a oito anos de estudo e as que exerciam atividade fora do lar apresentaram mais chances de oferecer alimentos do grupo gorduras, doces, lácteo, amido, panificação, vegetais e frutas, sendo que leite e frutas foram oferecidos antes dos seis meses, interrompendo o aleitamento materno exclusivo, e os outros alimentos antes dos sete meses (CORRÊA et al., 2009).

1.2 5 Políticas de promoção, proteção e apoio à AC

Ao contrário da amamentação, que, nos últimos anos, tem sido alvo de inúmeras ações de incentivo, apoio e proteção (REA, 2003; OLIVEIRA et al., 2005), a AC não tem recebido a devida atenção no âmbito das políticas públicas. Entretanto, no âmbito internacional, uma ação que pode ser vista como estimuladora e desencadeadora de políticas públicas na área da alimentação infantil foi a Estratégia

Global para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, criada em 2002 pela OMS em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) na 55ª Assembleia Mundial de Saúde. Além de destacar as obrigações dos governos e organizações internacionais na adequação das práticas alimentares em crianças, esta estratégia sinaliza aos países de todo mundo o impacto que as práticas alimentares têm sobre o estado nutricional, a saúde e a sobrevivência das crianças (WHO, 2003).

Na intenção de sensibilizar e subsidiar os profissionais da Atenção Básica de Saúde para sua prática profissional, o Ministério da Saúde publica, em 2009, o Caderno de Atenção Básica “Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e AC”. Este material apresenta novas estratégias de abordagem sobre o AM e a AC visando incentivar ações de promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2009d).

Buscando contribuir para a difusão de práticas de AC saudáveis, em 2002, foram estruturadas em nosso país as recomendações alimentares para crianças menores de dois anos, disponibilizadas na forma de um guia. O conjunto destas recomendações foi denominado “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos” (MS, 2002).

No ano de 2010, o Ministério da Saúde publica uma nova versão do guia alimentar para menores de dois anos, implementando a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Sem alterar a essência do conteúdo do guia anterior, tem agora o foco na capacitação dos profissionais de saúde para orientação dos usuários do SUS (mães e cuidadores). Além disso, este material traz anexadas receitas de papas, práticas alimentares que previnem anemia, sugestões para o controle do excesso de peso infantil e situações recorrentes na puericultura (MS, 2010).

Estão listados, abaixo, os dez passos para a alimentação saudável dirigidos a crianças menores de dois anos:

Passo 1: “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.”

Passo 2: “Ao completar seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.”

Passo 3: “Ao completar seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.”

Passo 4: “A AC deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.”

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

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

Passo 7: “Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.”

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

Passo 9: “Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados.”

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

Conforme citado anteriormente, a ENPACS e a Rede Amamenta Brasil constituem atualmente a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

Dentro do que foi exposto, com base na literatura revista, podemos perceber a importância do aleitamento e da alimentação complementar. Há uma tendência historicamente presente na sociedade à interrupção precoce do aleitamento materno, com a consequente introdução de alimentos complementares inadequados. Tal fato é confirmado pelas prevalências de aleitamento materno e de introdução de alimentos complementares em idades inferiores aos seis meses nos estudos apresentados anteriormente. Tendo em vista a inexistência de indicadores que abordem de forma mais abrangente a situação da amamentação e da alimentação complementar no município de Registro, surge à necessidade de desenvolver um projeto que apresente a situação dos referidos temas.

Além disso, identificou-se que não existem achados de cunho epidemiológico da situação do aleitamento materno e da alimentação complementar em Registro, Vale do Ribeira, que tenham como objetivo central estudar a frequência do aleitamento materno e da alimentação complementar e os fatores que estão associados a estes nos últimos anos. É importante chegar ao conhecimento dessa dinâmica para contribuir no futuro para a avaliação das intervenções desenvolvidas até o momento e, também, para o delineamento de novas intervenções.

Existe, portanto, a necessidade de se conhecer a frequência do aleitamento materno e o padrão de introdução de alimentos complementares de forma oportuna, adequada e saudável, bem como a identificação de características maternas que poderiam direcionar ações de promoção de práticas adequadas de alimentação complementar.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever a situação da amamentação e alimentação complementar no município de Registro-SP em 2011.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a frequência do aleitamento materno exclusivo e predominante;
- Descrever os alimentos que compõem a alimentação complementar das crianças menores de 12 meses, a textura e frequência em que é ofertada;
- Identificar a ocorrência precoce de outros alimentos na dieta das crianças;
- Avaliar a influência de fatores da criança, mães e dos serviços de saúde sobre a amamentação e alimentação complementar.

4 MÉTODOS

4.1 ESTRATÉGIAS PARA O DIAGNÓSTICO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A primeira pesquisa de abrangência nacional, realizada a partir de um inquérito populacional com informação sobre a situação da amamentação, foi realizada em 1974-1975. Entretanto, não houve preocupação direta com a amamentação, pois se buscava avaliar o consumo alimentar das famílias brasileiras, englobando dessa forma uma única questão sobre estar ou não amamentando no momento da entrevista. A partir daí, outras pesquisas surgiram possibilitando avaliar entre outras questões, a situação do aleitamento materno, como a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1989) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (1996 e 2006) (VENANCIO e MONTEIRO, 1998).

A primeira experiência do Projeto Amamentação & Municípios (AMAMUNIC), do Instituto de Saúde – SES-SP, que visa levantar a prevalência de amamentação nos municípios no Dia Nacional de Vacinação e discutir estratégias para a implementação de políticas locais de promoção do aleitamento, ocorreu no município de Botucatu. Foi elaborado nesse município, em 1995, o projeto “Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno”, o qual desenvolveu atividades voltadas à sensibilização e à capacitação dos serviços de saúde - hospitais e unidades básicas - para atuarem como promotores e facilitadores da amamentação. Assim, precisava-se de informações sobre amamentação que, garantindo-se sua abrangência populacional, pudessem ser obtidas de modo mais rápido e com baixo custo financeiro. Pareceu-se, então, que a Campanha de Multivacinação, evento que alcançava boa cobertura, poderia ser o momento adequado para realização desse diagnóstico com crianças menores de um ano (CARVALHES et al., 1998).

Diferentes municípios brasileiros como Goiânia – GO, Rio de Janeiro – RJ, João Pessoa – PB e Florianópolis – SC, requisitaram trabalhos de assessoria do Instituto de Saúde nos anos subsequentes. A experiência do levantamento em João Pessoa e Florianópolis, em 1997, trouxe contribuições adicionais para a definição da

proposta metodológica do Projeto Amamentação e Municípios, tendo em vista a aplicação de um questionário mais completo, com 47 questões fechadas e tempo de aplicação de aproximadamente 4 minutos. Foi possível a identificação de diferentes perfis de aleitamento materno com proposta empregada, além da necessidade de aprofundamento sobre os porquês de tais diferenças e as vantagens de se aplicar metodologias padronizadas, superando as dificuldades para a comparabilidade dos resultados das pesquisas (KITOKO et al., 2000).

Em 1998, o projeto Amamentação & Municípios (AMAMUNIC) foi implementado no Estado de São Paulo. Porém o AMAMUNIC foi concebido no Instituto de Saúde não apenas como mais um projeto de pesquisa, mas também, e principalmente, com o objetivo de fazer do inquérito um instrumento para o gestor refletir, planejar e avaliar as ações para apoio e incentivo à prática do aleitamento materno em seu município. Um dos requisitos para a concretização desse objetivo é a adesão espontânea do município à proposta (INSTITUTO DE SAÚDE, 2011a).

Os municípios que optam por participar do projeto recebem um treinamento específico para realização da pesquisa. As informações são coletadas por meio de um questionário, aplicado às mães durante as campanhas de vacinação, o qual inclui para todas as crianças menores de 1 ano, questões sobre o consumo alimentar nas últimas 24 horas. A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela coleta e digitação dos dados no software AMAMUNIC (INSTITUTO DE SAÚDE, 2011a). O município de Registro merece destaque pelas suas 06 participações no AMAMUNIC ao longo dos dez anos do projeto (1998-2008) (VENANCIO et al, 2010b).

4.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo transversal analítico de base populacional com crianças menores de um ano de idade realizado no ano de 2011. O inquérito foi conduzido pela Secretaria Municipal de Saúde de Registro (sob supervisão do Instituto de Saúde) no ano de 2011.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Todas as crianças menores de um ano são elegíveis para fazer parte do Projeto AMAMUNIC. Os municípios com população de menores de um ano de até aproximadamente 1500 crianças (estimada em dados da campanha de vacinação do ano anterior ao da realização da pesquisa), como é o caso de Registro, realizam o levantamento em caráter universal, isto é, incluem todas as crianças menores de um ano que compareçam aos postos de vacinação (VENANCIO et al, 2010b). Assim, no presente estudo, foram incluídas 713 crianças com até 1 ano de idade que compareceram à segunda etapa da campanha de vacinação no município de Registro em 2011.

4.4 O MUNICÍPIO DE REGISTRO

A cidade de Registro está situada no Vale do Ribeira, a 187 km da capital do estado. Apresenta como principais atividades econômicas a agricultura, pecuária, indústria de beneficiamento e comércio. Atualmente, possui 54.313 habitantes, sendo 88,8% de área urbana e 11,2% de área rural. Ocupa uma área territorial de 716,33 km², dos quais 10,96% correspondem à área urbana (SEADE, 2011a).

De acordo com a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, Registro possuía um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,777 no ano de 2000, considerado como “médio desenvolvimento” e abaixo ao do estado de São Paulo que era de 0,814. A renda per capita em 2000 era de 1,92 salários mínimos e o município contava com um PIB per capita de R\$ 10.616,85 no ano de 2006 (SEADE, 2011a).

Registro tem uma expectativa de vida ao nascer de 71,69 anos, possui uma taxa de analfabetismo de 8,06% na população com 15 anos ou mais e a média de anos de estudos é de 6,97 (SEADE, 2011a).

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) criado pela Fundação SEADE, em 2000, classifica o padrão de desenvolvimento dos municípios a partir de indicadores de renda, escolaridade e longevidade. Os municípios paulistas foram classificados em cinco grupos, de acordo com as características apresentadas nos três

indicadores, sendo o melhor nível classificado como Grupo 1 e o pior como 5. Registro encontra-se no Grupo 4, indicando que é um município que apresenta baixo nível de riqueza e nível intermediário de longevidade e/ou escolaridade, (SEADE, 2011b).

Em 2010, o número de nascidos vivos no município foi de 804, sendo todos de ocorrência hospitalar. A taxa de mortalidade infantil em Registro, no ano de 2010, foi 7,38 por mil nascidos vivos (SEADE, 2011a)

Em Registro há 2 hospitais com serviço de maternidade e nenhum deles é HAC. As unidades de saúde totalizam 16, sendo 13 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 3 Unidade Básicas de Saúde (UBS) (DATASUS, 2010).

4.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

As informações coletadas sobre o padrão do aleitamento materno, da alimentação complementar e demais características das crianças e de suas mães foram coletadas de acordo com as recomendações do Projeto AMAMUNIC, em 2011. Dois profissionais do município participaram de uma capacitação de 8 horas oferecida pelo Instituto de Saúde. As normas para a organização e supervisão de campo, bem como para o preenchimento do questionário seguiram o preconizado pelos Manuais do Coordenador Municipal (INSTITUTO DE SAÚDE 2011b) e Entrevistador (INSTITUTO DE SAÚDE 2011c), disponibilizados pelo Instituto de Saúde por ocasião do treinamento. (ANEXOS 3 e 4).

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionários fechados (ANEXO 1) junto às mães ou acompanhantes das crianças. A coleta de dados foi realizada por voluntários previamente treinados, em sua grande maioria graduandos de nutrição da faculdade do município de Registro e integrantes do Rotaract e Interact Club de Registro, supervisionados por profissional da Secretaria Municipal de Saúde.

O Instrumento proposto para coleta de dados evita questões abertas e inclui para todas as crianças questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre

amamentação (WHO, 1991; WHO 2008). Possibilita, dessa forma, definir com precisão se a criança recebeu ou não leite materno de forma exclusiva nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

O questionário inclui também questões que caracterizam as mães e as crianças quanto à situação de nascimento, dados sócio-econômico-demográficos e utilização da rede pública para a realização de puericultura, visando à análise dos padrões de alimentação infantil segundo características da população.

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As categorias e indicadores de AM adotados no presente estudo são baseados em uma publicação da Organização Mundial da Saúde, que apresenta 15 indicadores para a avaliação da adequação das práticas alimentares em crianças de 0 a 23 meses de idade, sendo sete deles opcionais (WHO, 2008).

Em relação ao AM, serão analisadas as seguintes categorias:

-Aleitamento Materno Exclusivo: a criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado e de ama-de-leite) e pode receber soro de re-hidratação oral, gotas, xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos), nada mais;

-Aleitamento Materno Predominante: a criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado e de ama-de-leite) como fonte predominante de nutrição e pode receber certos líquidos, como água, bebidas à base de água (chá), suco de frutas e soro de re-hidratação oral, gotas e xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos);

-Aleitamento Materno: a criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado e de ama-de-leite) e pode receber qualquer alimento ou líquido, incluindo outros leites e fórmulas.

Tais categorias darão origem aos seguintes indicadores:

- a) Início precoce da amamentação: proporção de crianças de 0-12 meses de idade que foram colocadas ao peito na primeira hora após o nascimento;
- b) Aleitamento Materno Exclusivo (AME): proporção de crianças de 0-5,9 meses de idade que são alimentadas exclusivamente com leite materno;

- c) Aleitamento Materno Predominante (AMP): proporção de crianças de 0 – 5,9 meses de idade que são alimentadas predominantemente por leite materno;
- d) Duração do AME;
- e) Duração do AM.

No tocante à AC, adotou-se a definição proposta pela OMS (2008):

-Alimentação Complementar: a criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado e de ama-de-leite) e alimentos sólidos ou semi-sólidos. A criança pode receber qualquer alimento ou líquido, incluindo outros leites e fórmulas.

A proposição dos indicadores de AC levou em consideração as recomendações do Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos (Tabela 1) (MS, 2010), bem como o documento da OMS (2008). Algumas adaptações se fizeram necessárias, em função de o estudo incluir crianças menores de um ano (ao passo que os indicadores propostos pela OMS incluem crianças até 24 meses). Além disso, pelo fato de o questionário ser aplicado durante as campanhas e exigir que sua aplicação seja rápida o suficiente para não interferir na vacinação, o consumo dos alimentos nas 24 horas anteriores à pesquisa não foi tão detalhado conforme sugere a OMS, impondo algumas limitações para a construção dos indicadores.

Tabela 1: Esquema para introdução dos alimentos complementares

Idade	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para a alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

Fonte: Adaptação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2006) – Ministério da Saúde, 2010

A seguir apresentam-se os indicadores de AC propostos neste estudo:

- a) Consumo da alimentação complementar oportuna: proporção de crianças entre 6 a 8,9 meses de idade que consumiram fruta + refeição de sal;
- b) Frequência das refeições de sal: proporção de crianças entre 6 a 6,9 meses que receberam 1 refeição de sal e proporção de crianças entre 7 a 11,9 meses que receberam 2 refeições de sal;
- c) Consistência da dieta: proporção de crianças entre 8 a 11,9 meses que receberam alimentos preparados para a família;
- d) Consumo de alimentos ricos em ferro: proporção de crianças entre 6 a 11,9 meses de idade que receberam alimentos ricos em ferro (sopa ou papa com carne; comida de sal com carne ou feijão).
- e) Consumo de alimentos não saudáveis: proporção de crianças de 6-11,9 meses de idade que receberam pelo menos um alimento não saudável.

As variáveis consideradas para a análise da influência de características das crianças e suas mães sobre os desfechos de interesse são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro A. Variáveis a serem estudadas.

		VARIÁVEL	TIPO/ CATEGORIAS
Desfechos	Padrão de aleitamento materno	AME em crianças menores de 6 meses	Sim/ Não
	Padrão de alimentação complementar	Consumo de fruta e refeição de sal em crianças de 6 a 9 meses.	Sim/ Não
Explanatórias	Características das crianças	Sexo	Feminino/ Masculino
		Baixo peso ao nascer	Sim / Não
		Tipo de parto*	Vaginal/ Cesárea
		Amamentação na primeira hora de vida*	Sim/ Não
		Aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa*	Sim/ Não
		Uso de mamadeira	Sim/ Não
		Uso de chupeta	Sim/Não
		Seguimento Ambulatorial	Rede SUS/ Rede Privada
	Características das mães	Idade	< 20; 20-35; > 35 anos
		Paridade	Primípara/ Multípara
		Situação de trabalho	Trabalha/ Não trabalha
		Escolaridade	< 8; 8-11; > 11 anos.

*Somente para análise do AME.

4.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foi realizada análise descritiva dos indicadores propostos por meio do cálculo de proporções. As medianas do AME e AM foram obtidas mediante análise de logito, na qual são estimadas, por modelagem estatística, as probabilidades do evento em estudo em função da idade (VENANCIO et al., 2010a).

Para avaliar a associação entre as variáveis explanatória e resposta, foi feita análise bruta e ajustada utilizando análise de regressão de Poisson, por se tratar de um estudo transversal e desfechos não raros (BARROS e HIRAKATA, 2003). As variáveis que, na regressão simples, apresentaram $p < 0.20$ foram incluídas no modelo múltiplo. Após verificação da consistência, os dados foram analisados no o programa STATA 10.1.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa foram considerados, em todas as suas etapas, os princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução CNS 196/96 e suas complementares.

Os dados, provenientes do Projeto AMAMUNIC, fazem parte de um inquérito populacional, observacional, que não envolve riscos de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural. Dada à estratégia da pesquisa, realizada através da aplicação de um questionário rápido nas filas de vacinação, os acompanhantes das crianças menores de um ano são informados sobre os objetivos da pesquisa e, a seguir, solicita-se seu consentimento verbal para a aplicação do questionário. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde (Protocolo 001/2008, de 06/05/2008), após consulta à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (ANEXO 5).

O representante do município envolvido no Projeto assina um termo de consentimento, no qual declara que os dados coletados em nível local poderão ser utilizados para publicações que analisem a situação da amamentação no Estado de São Paulo (ANEXO 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação serão apresentados no formato de artigo científico, de acordo com as “Diretrizes para outra forma de apresentação de Tese e Dissertação dos Programas de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP” (Deliberação da Comissão de Pós Graduação em sua sessão 9ª/2008, de 05/06/2008).

A presente dissertação resultou em um artigo científico. As figuras e tabelas referentes ao artigo são apresentadas após as referências do manuscrito.

Artigo: Perfil da amamentação e alimentação complementar no município de Registro – SP

Resumo

Objetivo: Analisar a situação da amamentação e alimentação complementar no município de Registro-SP, participante do Projeto Amamentação e Municípios em 2011. **Métodos:** Estudo transversal, onde foram coletadas informações sobre alimentação infantil, características das crianças menores de um ano e de suas mães. Realizou-se a análise dos indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar, propostos pela Organização Mundial de Saúde. A associação entre os desfechos (aleitamento materno exclusivo e introdução da alimentação complementar) e as variáveis explanatórias (características maternas e das crianças), realizou-se por meio do modelo de regressão de Poisson, por se tratar de um estudo transversal e desfechos não raros. As variáveis que, na regressão simples, apresentaram $p < 0.20$ foram introduzidas no modelo múltiplo. **Resultados:** A prevalência do AME de 0 a 6 meses foi de 50%. As crianças que estavam mamando exclusivamente no primeiro dia em casa (RP= 2,40; IC95%=1,42;4,06 $p = 0,001$) e não usavam chupeta (RP=1,95; IC95%=1,15;3,30 $p = 0,013$) foram as que apresentaram maior chance de aleitamento materno exclusivo. Ao analisar os indicadores de alimentação complementar, observou-se que a proporção de crianças de 6 a 8,9 meses que consumiram fruta + papa salgada foi de 62,1%. Nenhuma das variáveis explanatórias mostrou associação significativa com esse desfecho. **Conclusões:** A situação encontrada nesse estudo está aquém das recomendações propostas pela Organização Mundial da Saúde, entretanto esses resultados poderão contribuir para o desenho de intervenções no local.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Alimentação Complementar. Indicadores.

Article: **Breastfeeding and complementary feeding patterns in the city of Registro – SP**

Abstract

Objective: To analyze the situation of breastfeeding and complementary feeding in the city of *Registro, SP, Brazil*, in 2011. **Methods:** Cross-sectional study where we collected information on infant feeding, characteristics of children under one year old and their mothers. The analysis of breastfeeding and complementary feeding proposed by the World Health Organization. The association between outcomes (exclusive breastfeeding and introduction complementary feeding) and the explanatory variables (characteristics of mothers and children), was performed by the Poisson model, because it is a cross-sectional study of not rare outcomes. The variables in simple regression with $p < 0.20$ were introduced in the multivariable model. **Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) was 50%. The children who were breastfed exclusively on the first day at home (PR = 2,40 95% CI= 1,42, 4,06 $p = 0,001$) and not using pacifiers (PR = 1, 95, 95% CI = 1,15, 3,30 $p = 0,013$) showed the greatest chance of exclusive breastfeeding. By analyzing the indicators of complementary feeding, it was observed that the proportion of children aged 6 to 8,9 months who consumed fruit plus pope salt was 62,1%. None of the explanatory variables was significantly associated with this outcome. **Conclusions.** The situation found in this study is far from recommendations by WHO, however these results may contribute to the design of interventions in place.

Keywords: Breast Feeding. Complementary Feeding. Indicators.

Introdução

O aleitamento materno (AM) apresenta inquestionáveis vantagens para a criança e a mãe. Pode-se dizer que é a mais sábia estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. Constitui uma intervenção sensível, econômica e eficaz para redução da morbimortalidade infantil, além de permitir um impacto positivo na promoção da saúde integral do binômio mãe-filho (DAVIS, 2001). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o AM é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil (WHO, 2003).

A OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS), preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, depois dessa idade, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem recebendo o leite materno até os dois anos ou mais. Para se obter sucesso na promoção do aleitamento materno é fundamental o engajamento das autoridades públicas. O Sistema Único de Saúde, por exemplo, tem registrado iniciativas em vários níveis de gestão para o controle da mortalidade infantil e incentivo à amamentação (ESCUDEIR et al., 2003). Outros órgãos como a OMS e o UNICEF, permanecem na luta para promoção da amamentação (VENANCIO, 2003), entretanto, o Brasil continua longe de alcançar a meta recomendada pela OMS. (ANTUNES et al., 2008).

Nesse contexto insere-se o projeto Amamentação & Municípios (AMAMUNIC), com o objetivo de disponibilizar aos gestores municipais uma ferramenta para o diagnóstico e monitoramento da situação da amamentação, tendo em vista a discussão de estratégias para a implementação de políticas locais de promoção do aleitamento materno (VENANCIO et al, 2010a).

São reconhecidas as vantagens do aleitamento materno exclusivo (AME), contudo a partir do sexto mês de idade, as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano. Promover adequação nutricional dos alimentos complementares nessa fase é determinante na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso. Portanto, atingir a alimentação adequada para as crianças deve ser componente essencial da estratégia global para assegurar a segurança alimentar de uma população. O sucesso final da

promoção da alimentação complementar (AC) depende de políticas governamentais adequadas e de apoio e participação de toda a sociedade, contudo, os profissionais de saúde exercem papel fundamental nessa promoção refletindo em atitudes corretas na oferta da alimentação por parte da mãe. (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

A OMS recomenda que a AC deva iniciar aos seis meses com pequenas quantidades de alimentos e aumente, gradativamente, à medida que a criança cresce (WHO, 2001). A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos, entretanto é importante que a criança continue sendo amamentada até os 2 anos ou mais, tendo em vista que o leite materno continua alimentando e protegendo-a contra doenças (MS, 2010).

Não existem achados de cunho epidemiológico da situação do aleitamento materno e da alimentação complementar em Registro, Vale do Ribeira, que tenham como objetivo central estudar a frequência do aleitamento materno e da alimentação complementar e os fatores que estão associados a estes nos últimos anos. É importante chegar ao conhecimento dessa dinâmica para contribuir no futuro para a avaliação das intervenções desenvolvidas até o momento e, também, para o delineamento de novas intervenções. Sendo assim o objetivo desse trabalho é descrever a situação da amamentação e alimentação complementar no município de Registro-SP em 2011.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal analítico de base populacional com crianças menores de um ano de idade realizado no ano de 2011, onde foi efetuado em agosto de 2011, o inquérito transversal do AMAMUNIC, para coletar informações sobre o perfil de aleitamento e da alimentação complementar e demais características das crianças estudadas e de suas respectivas mães. A cidade de Registro está situada no Vale do Ribeira, a 187 km da capital do Estado. Em 2010, a cidade possuía 54.313 habitantes, sendo 88,8% de área urbana e 11,2% de área rural. Em 2010, o número de nascidos vivos no município foi de 804, sendo todos de ocorrência hospitalar. A taxa de mortalidade infantil em Registro, no ano de 2010, foi 7,38 por mil nascidos vivos (SEADE, 2011). Em Registro há 2 hospitais com serviço de maternidade e

nenhum deles é Hospital Amigo da Criança. As unidades de saúde totalizam 16, sendo 13 da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 3 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) (DATASUS, 2010).

Todas as crianças menores de um ano são elegíveis para fazer parte do Projeto AMAMUNIC. Os municípios com população de menores de um ano de até aproximadamente 1500 crianças (estimada em dados da campanha de vacinação do ano anterior ao da realização da pesquisa), como é o caso de Registro, realizam o levantamento em caráter universal, isto é, entrevistam todas as crianças menores de um ano que compareçam aos postos de vacinação (VENANCIO et al, 2010a). Assim, no presente estudo, foram incluídas 713 crianças com até 1 ano de idade que compareceram à campanha de vacinação no município de Registro em 2011.

As categorias e indicadores de AM adotados no presente estudo são baseados em uma publicação da OMS, que apresenta 15 indicadores para a avaliação da adequação das práticas alimentares em crianças de 0 a 23 meses de idade, sendo sete deles opcionais (WHO, 2008). A proposição dos indicadores de AC também levou em consideração as recomendações do Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos (MS, 2010). Algumas adaptações se fizeram necessárias, em função de o estudo incluir crianças menores de um ano (ao passo que os indicadores propostos pela OMS incluem crianças até 24 meses). Além disso, pelo fato de o questionário ser aplicado durante as campanhas e exigir que sua aplicação seja rápida o suficiente para não interferir na vacinação, o consumo dos alimentos nas 24 horas anteriores à pesquisa não foi tão detalhado conforme sugere a OMS, impondo algumas limitações para a construção dos indicadores.

Os desfechos do presente estudo são o aleitamento materno exclusivo, onde a criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado e de ama-de-leite) e pode receber soro de re-hidratação oral, gotas, xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos) e nada mais, no período de 0-6 meses de idade; e a introdução oportuna da alimentação complementar, onde a criança recebe frutas e uma papa salgada, no período de 6-9 meses.

As variáveis consideradas para a análise da influência de características das crianças sobre os desfechos de interesse foram: sexo (feminino/masculino), baixo peso ao nascer (sim/não), tipo de parto (vaginal/cesárea), amamentação na primeira

hora de vida (sim/ não), aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa (sim/não), uso de mamadeira (sim/ não), uso de chupeta (sim/não) e seguimento Ambulatorial (Rede SUS/ Rede Privada). As variáveis explanatórias relacionadas às mães foram: idade (< 20; 20-35 e > 35 anos), paridade (primípara/ múltipara), situação de trabalho (trabalha fora/ não trabalha fora), escolaridade (< 8 anos; 8-11; > 11 anos).

Foi realizada análise descritiva dos indicadores propostos por meio do cálculo de proporções. As medianas do AME e AM foram obtidas mediante análise de logito, na qual são estimadas, por modelagem estatística, as probabilidades do evento em estudo em função da idade (VENANCIO et al., 2010b). Para avaliar a associação entre as variáveis explanatórias e os desfechos foi feita análise bruta e ajustada utilizando análise de regressão de Poisson, por se tratar de um estudo transversal e desfechos não raros (BARROS e HIRAKATA, 2003). As variáveis que, na regressão simples, apresentaram $p < 0.20$ foram incluídas no modelo múltiplo. Os dados foram analisados no programa STATA 10.1.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde (Protocolo 001/2008, de 06/05/2008).

Resultados

A população de crianças menores de um ano no município de Registro em 2011 era composta por 871 crianças, dessas, 836 foram vacinadas, resultando em uma cobertura vacinal de 96%. Foram coletados dados de 723 crianças, porém 10 crianças (1,4%) foram excluídas da análise por falta de informação sobre sua data de nascimento, sendo a amostra total da pesquisa composta por 713 crianças atingindo uma cobertura de 86,5% das crianças na faixa etária de interesse.

Em relação à caracterização da amostra, 89,4% residem em área urbana, 94,5% que responderam a pesquisa moram em Registro e 87,7% estavam acompanhados pela mãe.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra segundo características das crianças e das mães, bem como sua distribuição em relação aos desfechos do estudo.

Observa-se um leve predomínio do sexo masculino; 7% das crianças tiveram baixo peso ao nascer; a maioria das crianças nasceu de parto vaginal (sendo normal ou fórceps), embora a taxa de cesárea seja alta, de 43,7%. Mais de 80% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida. Mais de 50% utilizavam mamadeira e 40% utilizavam chupeta. Das crianças menores de 4 meses, 82% foram amamentadas no primeiro dia em casa e a grande maioria utilizava a rede pública. Em relação às mães, observa-se que a maioria encontrava-se na faixa etária de 20 a 35 anos (60,3%) e quanto ao número de filhos, houve um leve predomínio de múltiparas (53,8%). A maioria das mães não trabalhava fora (81,2%). Em relação à escolaridade, mais de 63% tinha entre 8 a 11 anos de estudo.

Na Figura 1 são apresentadas as estimativas das probabilidades de AME e AM, segundo a idade das crianças. Verifica-se que ocorre queda acentuada da probabilidade de as crianças estarem em AME logo nos primeiros dias de vida, sendo que após os 90 dias a probabilidade cai para menos de 50%. Observa-se que aos 180 dias a probabilidade de estar em AME fica em 13%. Em relação ao AM, a probabilidade se mantém acima dos 70% até os 180 dias de vida, sendo que aos 365 dias, se encontra em 47%.

A duração mediana do AME foi de 79,7 dias (IC 95% 67,66 – 90,36) e, em relação ao AM, a estimativa da duração da mediana foi de 350, 23 dias (IC 95% 312,96 – 406, 39).

A Tabela 2 apresenta os indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar na população de estudo. Analisando os indicadores de aleitamento materno, observa-se que 81% mamaram na primeira hora de vida, a prevalência de AME foi de 50%; de AMP, 6,5% e 60% das crianças eram amamentadas entre no final do primeiro ano de vida (entre 9 e 12 meses).

Ao analisar os indicadores de alimentação complementar, observa-se que a proporção de crianças de 6 a 8,9 meses que consumiram fruta + refeição de sal foi de 62,1%. Em relação à frequência do consumo de comida de sal dos 6 aos 6,9 meses, apenas 35% receberam 1 refeição de sal e dos 7 aos 11,9 meses, 66% consumiram 2 refeições de sal. Quando analisado o preparo dos alimentos em crianças de 8 a 11,9 meses, verificou-se que apenas 39% receberam alimentos preparados para a família sendo que 60% receberam alimentos preparados exclusivamente para a criança. Em

relação ao recebimento de alimentos ricos em ferro, esse consumo mostrou-se alto, sendo que mais de 93% das crianças dos 6 aos 11,9 meses receberam carne e/ou feijão. Ao analisar o consumo de alimentos não saudáveis em crianças de 6 a 11,9 meses, verificou-se que mais de 75% receberam pelo menos um alimento não saudável nas 24 horas que antecederam a pesquisa. Dentre os alimentos não saudáveis consumidos, destaca-se que 22,4% recebeu suco industrializado, 7,1% refrigerante, 8,2% café, 40,4% alimento adoçado e 63,7% bolacha, biscoito ou salgadinho.

A Tabela 3 apresenta as proporções de crianças menores de seis meses em AME, respectivas RP (brutas e ajustadas) e IC95% segundo as características maternas e das crianças. Na análise bruta, ser do sexo feminino, nascer de parto vaginal, mamar na primeira hora de vida, multiparidade, maior escolaridade materna, seguimento ambulatorial no SUS e não trabalhar fora conferiram maior chance de AME, porém a associação não foi estatisticamente significativa e, portanto, essas variáveis não foram incluídas no modelo múltiplo.

As variáveis baixo peso ao nascer, AME no 1º dia em casa, uso de chupeta e idade materna apresentaram $p < 0,20$ e foram incluídas na regressão múltipla.

No modelo final, as razões de prevalência de AME foram significativamente maiores entre as crianças que mamaram no primeiro dia em casa ($RP=2,40$ e $IC95\% = 1,42;4,06$ $p=0,001$) e entre as crianças que não utilizavam chupeta ($RP=1,95$ e $IC95\% = 1,15;3,30$ $p=0,013$).

A Tabela 4 apresenta as proporções de crianças entre 6 e 8,9 meses que receberam alimentação complementar (fruta+refeição de sal), respectivas RP (brutas e ajustadas) e IC95%, segundo características maternas e das crianças. Em relação à análise bruta, ser do sexo masculino, peso ao nascer adequado, usar mamadeira e não usar chupeta aumentaram as chances de receber AC; dentre as características maternas, mães primíparas e com maior idade elevaram a chance de AC, mas essas variáveis não foram incluídas no modelo final por apresentarem $p < 0,20$.

As variáveis incluídas no modelo múltiplo foram: seguimento ambulatorial, trabalho e escolaridade da mãe, porém, no modelo final, nenhuma das variáveis manteve associação estatisticamente significativa com o desfecho.

Discussão

No presente estudo observou-se que a maioria das crianças (81,1%) mamou na primeira hora de vida e 50% estavam em AME. Em relação à manutenção do AM, constatou-se que 40% das crianças entre 9 e 12 meses já não eram mais amamentadas. Quando analisada a probabilidade de AME aos 180 dias de vida, verifica-se que apenas 13,1% encontravam-se nessa condição. A análise dos determinantes do AME mostrou que as crianças que estavam em AME no primeiro dia em casa e não usavam chupeta foram as que apresentaram maior chance de AME.

A amamentação na primeira hora de vida faz parte dos Dez Passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – Passo 4 – e integra uma política pública de promoção da amamentação e de redução da mortalidade infantil (WHO, 2007). Um estudo realizado em Gana com 10.947 lactentes nascidos entre julho de 2003 e junho de 2004 identificou diversos benefícios relacionados ao contato precoce entre mãe e bebê, como: redução do risco de morte neonatal, maior duração da amamentação, tendência materna em demonstrar afeto ao bebê, além de que todas as causas de mortalidade neonatal poderiam ser reduzidas em 22,3% se as crianças fossem amamentadas na primeira hora de vida (EDMOND et al., 2006). A incidência do início do aleitamento materno na primeira hora de vida no presente estudo ficou acima dos 80%, resultado mais favorável em relação aos encontrados em outros estudos (BOCCOLINI et al, 2008; D'ORSI et al., 2005). O resultado encontrado também está acima dos obtidos na Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF (PPAM/2008) (67,7%) (BRASIL, 2009a) e na PNDS/2006 (43%) em uma amostra com crianças menores de 60 meses (BRASIL, 2009b).

É importante ressaltar que a prevalência de AME no município de Registro está acima da PPAM/2008, onde o conjunto das capitais brasileiras e DF apresentaram a prevalência de 41% e a região Sudeste 39,4% (BRASIL, 2009a). De acordo com os parâmetros da OMS para a interpretação dos dados sobre AME em menores de 6 meses, que classifica como “boa situação” quando a prevalência está entre 50% a 89%, verifica-se que, em relação ao AME, Registro encontra-se em “boa situação” (WHO, 2008). Em relação à Pesquisa de Prevalência do Aleitamento

Materno em Municípios Brasileiros, realizada em 227 municípios do país em 2008, a maioria tem situação considerada pela OMS como “razoável”, com prevalências inferiores a 50% (BRASIL, 2010). A prevalência de AME na cidade de São Paulo em 2008, até os seis meses de idade apresentou resultado inferior, sendo de 39,1% (LEONE e SADECK, 2012) Em Londrina, no Paraná, também em 2008, a prevalência de AME em crianças de zero a seis meses foi de 33,8% (SOUZA et al., 2012).

Apesar de esse indicador apontar uma melhor situação do AME em Registro quando comparado ao conjunto das capitais e alguns municípios brasileiros, ele ainda permanece aquém das recomendações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da OMS (WHO, 2003). A prática frequente do aleitamento materno nos primeiros trinta dias de vida, assim como a rápida diminuição da prevalência do aleitamento materno exclusivo com o aumento da idade foram práticas observadas neste estudo, semelhantes às aquelas encontradas no Brasil (BRASIL, 2009a) e também em Honduras (PEREZ, 1996).

O problema da não manutenção do AME é encontrado em diversos trabalhos: no município de Itapira verificou-se que, no intervalo de 0-30 dias de vida, 64,8% dos lactentes estavam sendo alimentados exclusivamente com leite do peito, caindo essa proporção para 9,6% no intervalo de 121-180 dias (AUDI et al., 2003). Em Campina Grande (PB), o aleitamento materno exclusivo apresentou no terceiro mês uma prevalência de 20,9% e no sexto mês, apenas 8,3% das crianças estavam nesta condição.

A manutenção do aleitamento materno nos primeiros anos de vida tem sido muito enfatizada nos programas e recomendações de órgãos públicos de saúde e pelas diversas sociedades científicas relacionadas à saúde da criança nos diversos países. Particularmente, a Organização Mundial de Saúde estende esta manutenção até pelo menos os dois anos de idade (WHO, 2001). Nesse estudo, cerca de 40% das crianças não estavam sendo amamentadas entre 9 e 12 meses de vida, resultados próximos aos encontrados na PPAM/2008 para o estado de São Paulo que foi de 48,75%. Ao final do primeiro ano, mais da metade, 66,3%, havia interrompido o aleitamento materno (BARROS et al, 2009).

A comparação entre os resultados de pesquisas de prevalência realizadas no município de Registro anteriormente, como parte do Projeto Amamentação e Municípios AMAMUNIC, do Instituto de Saúde (VENANCIO et al., 2010a), mostrou elevação expressiva do percentual de crianças em amamentação exclusiva no período de 1998 a 2011, de 13,2% para 50%: 1998 (13,2%), 1999 (28,4%), 2003 (33,9%), 2005 (35,9%), 2006 (27,4%) e 2007 (50%) e 2011 (50%). Porém, chama atenção que houve estabilização do indicador entre 2007 e 2011, dado que poderá incentivar a definição de novas estratégias locais de incentivo à amamentação.

No presente estudo, estar amamentando no primeiro dia em casa foi evidenciado em mais de 80% da população estudada, conferindo maior chance de AME. Estudos utilizando a mesma metodologia do AMAMUNIC (VENANCIO et al., 2010a), apresentaram resultados semelhantes (AUDI et al., 2003; SOUZA et al., 2012). Essa maior chance provavelmente ocorre porque a mãe não teve a orientação de introdução da fórmula infantil na maternidade e recebeu recomendações adequadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo. Isso se torna um fator importante para a manutenção do AME e reforça que todas as informações dadas na gestação e na maternidade podem contribuir para o sucesso da amamentação.

Algumas reflexões são necessárias sobre o uso de bicos artificiais, descritos amplamente na literatura como um fator que contribui para o desmame (CHAVES et al., 2007; PARADA et al., 2007; SOARES et al., 2003). Alguns estudos nacionais já descreveram associação entre o uso da chupeta e a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (FELDENS et al., 2011; SANCHES et al., 2011). Há alguns anos, foi descrito que a criança em uso de bicos artificiais diminui a eficiência da sucção no seio, reduzindo a produção do leite e aumentando a chance da oferta precoce de outros alimentos pela mãe (VANNUCHI et al., 2004). O resultado do presente trabalho corrobora com o estudo realizado no município de Londrina, onde se observou que o uso de mamadeira e chupeta apresentou associação com o desmame precoce, e crianças para as quais foram oferecidos bicos artificiais tiveram menos chances de estarem em AME. Esse mesmo estudo demonstrou que as crianças que fizeram uso de chupeta durante grande parte do dia, tiveram quatro vezes mais chances de parar de mamar ao peito do que as que não usaram. A chupeta foi um

mecanismo de desmame entre as mães com dificuldades na amamentação (SOUZA et al., 2012). Este resultado, também apresentado por outros estudos (PARIZOTO et al., 2009; FRANÇA et al., 2007), fortalece a orientação para que as mães não ofereçam a chupeta ao recém-nascido, o que está contemplado nos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (OMS, 2001).

Quando analisados os indicadores de AC verificou-se nesse estudo que apenas dois terços das crianças estavam recebendo a AC de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. As inadequações das práticas de AC foram observadas em relação à frequência das refeições e seu preparo. Quase a totalidade das crianças aos 6 meses de vida já recebiam alimentos ricos em ferro, por outro lado mais de 70% recebiam alimentos não saudáveis.

Em relação à alimentação complementar, os estudos são mais escassos e utilizam diferentes indicadores e diferentes faixas etárias, o que dificulta a comparabilidade dos resultados obtidos. Na PPAM/2008, verificou-se que mais de um quarto das crianças entre 6 e 9 meses não recebia comida salgada. No presente estudo considerando-se a combinação de comida de sal + fruta, verificou-se que 60% das crianças na faixa etária de 6 a 9 meses recebiam alimentação complementar adequada. No estudo da PNDS/2006, os tipos de alimentos complementares nas últimas 24 horas foram avaliados para menores de 24 meses, considerando apenas o consumo de comida de sal, verificando que 64,4% das crianças entre 6 e 8 meses haviam recebido comida de sal, com essa frequência aumentando para 81% na faixa etária de 8 a 10 meses (BRASIL, 2009b). Outro dado que chama atenção no presente estudo é o fato de que um terço das crianças entre 7-11 meses não recebia duas refeições de sal, conforme recomendações do MS (MS, 2010).

Muitos estudos no Brasil mostram a introdução precoce de alimentos complementares (BRUNKEN et al., 2006; SANTOS et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2005) sendo elevado o número de crianças que já consomem uma variedade de alimentos aos seis meses, idade em que deveria estar sendo iniciada a alimentação complementar. Apenas dois terços das crianças neste estudo de Registro estavam recebendo a AC de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS, 2010).

A proporção de crianças de 6 a 11,9 meses que receberam alimentos ricos em ferro foi de 93,7% no presente estudo, enquanto que no estudo realizado na área urbana do Município de Acrelândia, Estado do Acre, com 164 crianças, a proporção de crianças de 9 a 11 meses com déficit de ingestão de ferro foi de 94% (GARCIA et al., 2011). Já no estudo realizado nos 14 municípios mais carentes do Estado da Paraíba, com crianças com idade entre 0 e 23,9 meses, verificou-se que o consumo de preparações ricas em ferro foi de 70% (PALMEIRA et al., 2011). KRAMER e ZIMMERMANN (2007) comentam que o risco de deficiência de ferro na infância é alto porque cerca de 50% do ferro necessário para crianças a partir dos seis meses de idade pode ser fornecido pelo leite materno, mas é necessária a introdução da alimentação complementar adequada para suprir as necessidades de ferro e também de energia e de outros nutrientes.

No presente estudo, procurou-se utilizar para a análise as recomendações do Ministério da Saúde, por serem as mais utilizadas na Atenção Básica de Saúde. Procurou-se analisar a utilização de alimentos não saudáveis, tendo em vista que as recomendações do Ministério são evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida (MS, 2010). Dessa forma, verificou-se que 75% das crianças de 6 a 11,9 meses, receberam pelo menos um alimento não saudável.

Ademais, estudo prospectivo nas cidades de Curitiba, São Paulo e Recife, constatou que muito cedo as crianças começam a receber alimentos inadequados como doces industrializados, biscoitos recheados, macarrão instantâneo, pratos congelados semiprontos, refrigerantes e sucos artificiais (CAETANO et al., 2010). Outros estudos de base populacional corroboram com os achados do presente estudo. Ao avaliar o consumo alimentar de lactentes estadunidenses e europeus (Alemanha, Polônia, Itália, Espanha e Bélgica), evidenciou-se a utilização frequente de alimentos não próprios para essa faixa etária, como por exemplo alimentos com altos teores de gordura e açúcar (AGOSTONI et al., 2009; KLEIMAN, 2009).

Em relação aos fatores associados à alimentação complementar adequada entre 6 e 9 meses, algumas tendências puderam ser observadas. Crianças acompanhadas em serviços públicos (SUS) apresentaram menor chance de receber alimentação complementar após o sexto mês de vida, tendência oposta ao observado

em relação à prática da amamentação exclusiva em menores de seis meses. Uma hipótese para explicar tal comportamento seria o fato de os profissionais de saúde estarem mais preparados e oferecerem mais orientações sobre amamentação do que sobre alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde. Crianças cujas mães trabalhavam fora tiveram menor chance de receber alimentos complementares, ao passo que mães com maior escolaridade tenderam a oferecer com maior frequência alimentação complementar adequada.

O fato de tais variáveis não mostrarem associação estatisticamente significativa com o desfecho no modelo de regressão múltipla pode ser explicado, ao menos em parte, em função do pequeno número de crianças estudadas nessa faixa etária, o que consiste em uma limitação desse estudo.

Contudo, alguns aspectos positivos merecem ser destacados: a realização de pesquisas durante as campanhas de vacinação é uma estratégia do governo brasileiro tendo em vista sua facilidade, seu menor custo e principalmente levando em consideração a ampla cobertura nos últimos anos, o que torna o número de crianças representativo da cidade de Registro. Assim, os resultados apresentados são relevantes, uma vez que permitem ao município analisar seus indicadores de amamentação e, além disso, também das práticas de alimentação complementar, visto que poucos estudos têm abordado a introdução correta da alimentação complementar no primeiro ano de vida. Espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam o sentido de gerar hipóteses para investigações futuras sobre o tema e que possibilitem a formulação de propostas de intervenção visando ao aumento da prática do AM e da alimentação complementar saudável.

Referências

Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, et al. Breastfeeding: A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 49(1): 112-125.

Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Breastfeeding as a source of prevention in healthcare. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 103-109.

Audi CAF, Correa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itabira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saúde Matern Infantil*. 2003; 3(1):85-93.

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

Barros VO, Cardoso MAA, Carvalho DF, Gomes MMR, Ferraz NV, Medeiros CCM. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. *Nutrire: Rev Soc Bras Alim Nutr*. São Paulo. 2009; 34(2):101-114.

Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Factors that affect time between birth and first breastfeeding *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(11):2681-2694.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2009b; 195-212.

Brasil. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília (DF); 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Rede Amamenta e Alimenta Brasil. 2012.

Brunken GS, Silva SM, França GV, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in Midwestern Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82:445-51.

Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr. Rio de Janeiro*. 2010; 86(3):196-201.

Chaves RG, Lamounier JÁ, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro*. 2007; 83(3):241-246.

D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:645-54.

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde [homepage na internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2010. Acesso em 18 de dezembro de 2011.

Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(1):125-41.

Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117:380-6.

Escuder MM, Venancio SI, Pereira JC. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(3): 319-25.

Feldens CA, Vitolo MR, Rauber F, Cruz LN, Hilgert JB. Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. *Matern Child Health*. 2011; 16(6):1257-65.

França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5):711-8.

Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Complementary feeding and nutritional status of 6-24-month-old children in Acrelândia, Acre State, Western Brazilian Amazon. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(2): 305-316.

Kleiman RE, Ed. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6.ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009; 113-42.

Kramer K, Zimmermann MB. *Nutritional anemia*. Basel: Sight and Life Press; 2007.

Leone CR, Sadeck LS. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30(1): 21-6.

Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos*. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde; 2010. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 2004; 80(Supl. 5): 131-141.

Oliveira LP, Assis AM, Pinheiro SM, Prado MS, Barreto ML. Complementary feeding in the first two years of life. *Rev Nutr* 2005; 18:459-69.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília (DF); 2001.

Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. Rev. Nutr. Campinas. 2011; 24(4):553-563.

Parada CM, Carvalhaes MA, Jamas MT. Complementary feeding practices to children during their first year of life. Rev Latino Americana Enferm. 2007; 15(2):282-9.

Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. J Pediatr. Rio de Janeiro. 2009; 85(3):201-8.

Perez-Escamilla R, Millán-Segura S, Canahuatl J, Allen H. Prelacteal feeds are negatively associated with breastfeeding outcomes in Honduras. J Nutr 1996; 126: 2765-73.

Sanches MT, Buccini GD, Gimeno SG, Rosa TE, Bonamigo AW. Fatores associados a interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. Cad Saúde Pública. 2011; 27(5):953-65.

Santos CS, Lima LS, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant. 2007; 7:373-80.

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil Municipal de Registro. <<http://www.seade.sp.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em 18 de dezembro de 2011.

Soares ME, Giugliani ER, Braun ML, Salgado AC, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. Rio de Janeiro. 2003; 79(4):309-16.

Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1): 29-35.

Vannuchi MT, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM, Mitsuo T. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding in a neonatal unit. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3):422-8.

Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in Brazilian capital cities and Federal District: current status e advances. *J Pediatr* 2010b; 86(4): 317-324.

Venancio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC, Escuder MML. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *Bepa* 2010a; 7(83): 4-15.

Venancio SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. *J Pediatr* 2003; 79(1): 01-02.

WHO - World Health Organization. [homepage na internet]. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva. 2001 [acesso em 15 jan 2013]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf).

WHO - World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.

WHO - World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: WHO; 2001a.

WHO - World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus held 6-8 November 2007. Washington, D.C., 2008.

WHO – World Health Organization. World Alliance for Breastfeeding Action. [homepage na internet]. World food day. 2007 [acesso em 05 jan 2013]. Disponível em <http://www.waba.org.my/pdf/worldfoodday.pdf>.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo características das crianças e das mães, Registro, 2011.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sexo da criança</i>		
<i>Masculino</i>	365	51,2
<i>Feminino</i>	348	48,8
<i>BP ao nascer</i>		
<i>Sim</i>	46	6,9
<i>Não</i>	620	93,1
<i>Tipo de parto</i>		
<i>Vaginal</i>	389	56,2
<i>Cesárea</i>	303	43,8
<i>Uso de bicos artificiais</i>		
<i>Mamadeira</i>	362	52,3
<i>Chupeta</i>	279	40,4
<i>AME 1º dia em casa</i>		
<i>Sim</i>	185	81,9
<i>Não</i>	41	18,1
<i>Seguimento Ambulatorial</i>		
<i>Rede SUS</i>	463	77
<i>Rede Privada</i>	138	23
<i>Faixa etária materna</i>		
<i><20 anos</i>	92	12,7
<i>20 – 35 anos</i>	436	60,3
<i>>35 anos</i>	76	10,5
<i>Paridade</i>		
<i>Primípara</i>	276	46,2
<i>Múltipara</i>	322	53,8
<i>Situação de trabalho</i>		
<i>Trabalha</i>	113	18,8
<i>Não trabalha</i>	487	81,2
<i>Escolaridade materna</i>		
<i>Até 8 anos de estudo</i>	116	19,7
<i>8 a 11 anos de estudo</i>	373	63,4
<i>> 11 anos de estudo</i>	99	16,8

Tabela 2. Indicadores de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Registro, 2011.

Variável	N	%
AM na 1ª hora de vida		
Sim	546	81,1
Não	127	18,9
AME < 6 meses		
Sim	205	49,9
Não	206	50,1
AMP < 6 meses		
Sim	27	6,5
Não	384	93,4
AM 9 - 12 meses		
Sim	76	59,8
Não	51	40,2
Crianças de 6 a 8,9 meses que consumiram fruta + refeição de sal		
Sim	90	62,1
Não	55	37,9
Crianças de 6 a 6,9 meses que receberam 1 refeição de sal		
Sim	13	35,1
Não	24	64,9
Crianças de 7 a 11,9 meses que receberam 2 refeições de sal		
Sim	123	66,5
Não	62	33,6
Crianças de 8 a 11,9 meses que receberam alimentos preparados para a família		
Sim	59	39,6
Não	90	60,4
Crianças de 6 a 11,9 meses que receberam alimentos ricos em ferro		
Sim	222	93,7
Não	15	6,3
Crianças de 6 a 11,9 meses que receberam pelo menos 1 alimento não saudável		
Sim	204	75,6
Não	66	24,4

Ambulatorial							
SUS	280	52,1	1				
Privado	67	47,8	0,92	0,63-1,33	0,644		
Idade materna							*0,498
≤ 20 anos	64	40,6	1			1	
20 - 35 anos	264	54,5	1,34	0,88-2,04		1,17	0,62-2,21 0,619
≥ 35 anos	39	56,4	1,39	0,79-2,45		1,21	0,50-2,95 0,673
Paridade							
Primípara	165	49,7	1				
Múltipara	199	54,3	1,10	0,82-1,48	0,530		
Situação de trabalho							
Não Trabalha	325	54,8	1				
Trabalha	42	35,7	0,93	0,83-1,06	0,277		
Escolaridade							
Até 8 anos	74	51,4	1				
8 a 11 anos	230	52,6	1,02	0,71-1,48			
> 11 anos	53	52,8	1,03	0,63-1,68			

Em negrito: p <0,20
 *p de tendência linear.

Tabela 4. Proporção de crianças entre 6 e 8,9 meses que receberam alimentação complementar (fruta + refeição de sal), respectivas Razões de Prevalência (brutas e ajustadas) e IC_{95%}, segundo características das crianças e das mães, Registro, 2011.

Crianças em AC			RP bruta			RP ajustada		
Variável	N	%	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P
Sexo								
Masculino	71	63,4	1					
Feminino	74	60,8	0,96	0,63-1,45	0,844			
Baixo Peso								
Sim	9	55,6	1					
Não	128	64,1	1,15	0,47-2,84	0,757			
Mamadeira								
Não	39	51,2	1					
Sim	103	66,9	1,30	0,79-2,15	0,293			
Chupeta								
Sim	67	70,1	1					
Não	76	56,6	1,23	0,82-1,87	0,308			
Seguimento Ambulatorial								
Privado	37	83,8	1			1		
SUS	91	56,0	0,66	0,43-1,04	0.077	0,81	0,43-1,55	0,426
Idade materna								
≤ 20 anos	15	53,3	1					*0,893

20 - 35 anos	87	64,4	1,20	0,57-2,53	0,619			
≥ 35 anos	14	85,7	1,60	0,66-3,93	0,299			
Paridade								
Primípara	57	70,2	1					
Múltipara	57	61,4	0,87	0,55-1,38	0,564			
Situação de trabalho								
Não Trabalha	40	85,0	1			1		
Trabalha	76	55,2	0,65	0,41-1,02	0,062	0,72	0,42-1,23	0,236
Escolaridade								*0,066
Até 8 anos	18	44,4	1			1		
8 a 11 anos	66	63,6	1,43	0,67-3,04	0,352	1,38	0,64-2,99	0,405
> 11 anos	27	88,9	1,99	0,89-4,45	0,090	1,42	0,54-3,69	0,471

Em negrito: p <0,20

*p de tendência linear.

Figura 1. Probabilidades de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno em crianças menores de 1 ano, 2011.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de que a probabilidade de as crianças estarem em AME aos 180 dias de vida é de apenas 13,1% e a não continuidade do AM é de 40% nas crianças entre 9 e 12 meses, sugere que algumas recomendações ao município se fazem necessárias. Para a Atenção Básica, que exerce papel fundamental no acompanhamento do pré-natal e do primeiro ano de vida da criança, sugere-se a realização de visitas domiciliares continuadas com orientações adequadas, conforme as Recomendações do Ministério da Saúde. Além disso, nesse estudo verificou-se que estar em AME no primeiro dia em casa e não utilizar chupeta são fatores de proteção para o AME, e essas práticas poderiam ser favorecidas com a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança nas duas maternidades do município.

Ao analisar a alimentação complementar foi possível identificar inadequações das práticas em relação à frequência, ao preparo e ao recebimento de alimentos não

saudáveis, o que sugere a necessidade da orientação de forma efetiva do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos.

As informações encontradas no presente estudo são relevantes uma vez que poucos estudos têm abordado a introdução correta da alimentação complementar no primeiro ano de vida, servindo como gerador de hipóteses para futuras investigações mais detalhadas. É importante chegar ao conhecimento dessa dinâmica para contribuir para a avaliação das intervenções desenvolvidas até o momento e, também, para o delineamento de novas intervenções.

7 RESUMO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Cumprimento de créditos em disciplinas (de caráter obrigatório e eletivo);
- Estruturação do projeto de mestrado (incluindo revisão de literatura e reuniões com a orientadora);
- Participação no evento “Avaliação das Práticas de Alimentação Infantil em Campanhas de Vacinação (Projeto AMAMUNIC)”, para aprofundar os conhecimentos acerca do Projeto AMAMUNIC;
- Realização do exame de qualificação (18 de abril de 2012);
- Participação no Projeto AMAMUNIC, para auxiliar na coleta de dados da pesquisa (em 13 de agosto de 2011).

9 REFERÊNCIAS

Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, et al. Breastfeeding: A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 49(1): 112-125.

Almeida, JAG, Novak, FR. Breastfeeding: a nature culture hybrid. *J. Pediatr*, 2004; 80(Sup. 5): 119-125.

Alves CLR, Goulart EMA, Colosimo EA, Goulart LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Caderno de Saúde Pública* 2008; 24(6): 1355-1367.

Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Breastfeeding as a source of prevention in healthcare. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 103-109.

Arenz S, Rückerl R, Koletzko B, Von Kries R. Breastfeeding and childhood obesity- a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004; 28(10): 1247-56.

Audi CAF, Correa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itabira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saúde Matern Infantil.* 2003; 3(1):85-93.

Barbosa MB, Domingos P, Bataglin T, Taddei JAAC. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. *Rev. Nutr., Campinas*, 2007; 20(1): 55-62.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003, 3:21.

BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro 1997. p.125-38.6.

Bowby JA. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1998.

Brasil, Ministério da Saúde. Padrões de alimentação nos primeiros dois anos de vida: estudo multicêntrico em cinco capitais brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia Brasília, DF, 583f. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2009a; p.195-212.7.

Brasil. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: histórico, situação atual, ações e perspectivas [monografia na internet]. Brasília (DF); 2009c [acesso em 09 mai 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29931&janela=1

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Série A, normas e manuais técnicos. Caderno de atenção básica, nº 23. Brasília - DF, 2009d.

Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365:1147-52.

Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr*, 2010; 86(3): 196-201.

Caminha MFC, Serva VB, Arruda IKG, Filho MB. Historical, scientific, sócio-economic and institutional aspects of maternal breastfeeding. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10(1): 25-37.

Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes ABA. Consequences of bottle-feeding to the oral facial development of initially breastfed children. *J Pediatr* 2006; 82(5): 395-7.

Carvalhes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venancio SI. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32(5):430:6.

Cesar 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.

Chatzimichael A, Tsalkidis A, Cassimos D, Gardikis S, Tripsianis G, Deftereos S, et al. The role of breastfeeding and passive smoking on the development of severe bronchiolitis in infants. *Minerva Pediatr* 2007; 59:199-206.

Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). Rev Paul Pediatr, 2009; 27 (3):258-64.

Ctenas MLB, Vitolo MR. Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança. São Paulo: C2 Ed. e Consultoria em Nutrição; 1999).

Damião JJ. Influence of mothers' schooling and work on the practice of exclusive breastfeeding. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(3): 442-52.

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde [homepage na internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2010. Acesso em 18 de dezembro de 2011.

Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. Pediatr Clin North Am. 2001;48(1):125-41.

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; 24:5-28.

Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Rev. Nutr., Campinas, 2010; 23(3): 475-486.

Escuder MM, Venancio SI, Pereira JC. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. Rev. Saúde Pública 2003; 37(3): 319-25.

Faria Junior G, Osorio MM. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. Rev Nutr. 2005;18:793-802.

Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP, et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2004; 20(1): 172-179.

França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Breast feeding determinants on the first year of life of children in a city of Midwestern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 711-18.

Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Complementary feeding and nutritional status of 6-24-month-old children in Acrelândia, Acre State, Western Brazilian Amazon. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(2): 305-316.

Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *Jornal de Pediatria*, 2000; 76 (Supl. 3): 253-262.

Golin CK, Toloni MHA, Silva GL, Taddei JAAC. Dietary errors in the diet of children attending nurseries of public daycare centers in São Paulo city, Brazil. *Rev Paul Pediatr* 2011; 29(1): 35-40.

Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis. Geneva 2007; World Health Organization.

Hurley KM, Black MM. Introduction to a Supplement on Responsive Feeding: Promoting Healthy Growth and Development for Infants and Toddlers. *The Journal of Nutrition*, 2011; 489.

IBFAN – International Baby Food Action Network. Akre J, ed. Alimentação infantil: bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN Brasil; 1997. Disponível em <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-288.pdf> Acessado em 23 maio de 2011).

Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. Rev Latino Am Enfermagem 2001; 9(5): 70-6.

Instituto de Saúde [homepage na internet]. AMAMUNIC. Amamentação e Municípios. 2011a. Acesso em 17 de dezembro de 2011. Disponível em: <HTTP://www.isaude.sp.gov.br/amamu/historico.html>.

Instituto de Saúde. Avaliação das práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação: Manual do Coordenador Municipal. Instituto de Saúde/SES/ SP. São Paulo; 2011b.

Instituto de Saúde. Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação: Manual do Entrevistador. Instituto de Saúde/SES/ SP. São Paulo; 2011c.

Jackson KM, Nazar AM. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. J Am Osteopath Assoc 2006; 106:203-7.

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003; 362:65-71.

Kitoko PM, Rea MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. Cad Saúde Pública 2000; 16(4):1111-1119.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (Probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001; 285:413-20.

Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão AGK, Araújo MFM, Vieira GO, Vieira TO. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(2): 161-9.

Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2006; 6(3): 285-292.

Maier AS, Chabanet C, Schaal B, Leathwood PD, Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. *Clinical Nutrition*, 2008; 27: 849-857.

Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira, RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J Pediatr. (Rio J)*. 2006; 82: 289-94.

Medetros EB, Rodrigues MJ. A importância da amamentação natural para o desenvolvimento do sistema estomatognático do bebê. *Rev Cons Reg Pernamb* 2001; 4(2): 79-83.

Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 154f, 2002.

Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil. Caderno do Tutor. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde 2009a. [acesso em 14 mai 2011]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/redeblh/media/caderno_tutores_rede_amamenta.pdf

Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde; 2010. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 2004; 80(Supl. 5): 131-141.

Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: UNICEF; 1997. Cadernos de Políticas Sociais, Série Documentos para Discussão, v. 1.

Monteiro CA, Szarfrac SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(6): 91-101.

Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr* 2003; 79(1): 07-12.

Oliveira MIN, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(6): 1901-1910.

Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de maternidade. Uma declaração conjunta OMS e UNICEF. 1989.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Semana mundial da amamentação 2006 [acesso em 11 mai 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/mostrantp.cfm?codigodest=593>

Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics*. 2002; 110(3):597-608.

Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr*. 2006; 84(5): 1043-54.

Owen CG, Whincup PH, Kaye SJ, Martin RM, Davey Smith G, Cook DG, et al. Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. *Am J Clin Nutr*. 2008; 88(2): 305-14.

Pereira MJB, Reis MCG, Nakano MAS, Santos CB, Villela MRGB, Lourenço MCP. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2004; 7 (1): 36-43.

Poulain JP, Proença RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev Nutr*. 2003; 16(3): 245-56.

Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr* 2003; 79(5): 385-90.

Ramos CV, Almeida JAG, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnosis of the situation with breastfeeding in Piauí State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8): 1753-1762.

Rea MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months breastfeeding duration. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003; 19(Sup. 1): S37-S45.

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.

Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venancio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(1):53-8.

Saldiva SRDM, Venancio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite

materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Cad. Saúde Pública nov 2011,Rio de Janeiro, 27(11):2253-2262.

Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer. N Engl J Med 1987; 317(8):508-509.

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil Municipal de Registro. <<http://www.seade.sp.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em 18 de dezembro de 2011a.

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. O Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS <<http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/pdf/oiprs.pdf>>. Acesso em 18 de dezembro de 2011b.

Sena MCF; Silva EF.; Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2002; 18(3): 613-621.

Silva RQ, Gubert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em *sites* brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 2010; 10 (3): 331-340.

Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. Rev Saúde Pública 2009; 43(1):60-9.

Siqueira RS, Monteiro CA. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. Rev Saude Publica. 2007;41(1):5-12.

Souza SL, Castro RM, Nogueira MI. Comportamento alimentar neonatal. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 2003; 3(3): 241-246.

Tollara MN, Bonecker MJS, Carvalho GD, Corrêa MSNP. Aleitamento natural. In: Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Editora Santos; 2005. p. 83-98.

Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad Saúde Pública 2008; 24 (Supl 2):S235-46.

Tudisco ES, Marin P, Shrimpton R, Costa M, Donohue R. Alimentação no desmame em áreas periurbanas de quatro capitais brasileiras: resultados preliminares. J Pediatr (Rio J). 1988;64:231-6.

Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. Rev Bras Epidemiol. 1998;1:40-9.

Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Revista de Saúde Pública, 2002 36(3): 313-318.

Venancio SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. J Pediatr 2003; 79(1): 01-02.

Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. Public Health Nutrition, 2006; 9(1): 40–46.

Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in Brazilian capital cities and Federal District: current status e advances. J Pediatr 2010a; 86(4): 317-324.

Venancio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC, Escuder MML. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de

uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. Bepa 2010b; 7(83): 4-15.

Venancio SI, Saldiva SRDM, Escuder MML, Giugliani ERJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. J Epidemiol Community Health (2011) 1-5.

WHO - World Health Organization, Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization, 1991.

WHO - World Health Organization. Breast-feeding. The technical basis and recommendations for action. Geneva; 1993.

WHO - World Health Organization /Unicef. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1,1998.

WHO - World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: WHO; 2001.

WHO - World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: OMS; 2002a.

WHO - World Health Organization. Complementary feeding. Report of the global consultation: summary of guiding principles. Geneva: WHO;2002b.

WHO - World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.

WHO - World Health Organization. Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2004.

WHO - World Health Organization/Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding in the WHO Growth Reference Study. *Acta Paediatr.* 2006;95(450 Suppl):27-37.

WHO - World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus held 6-8 November 2007. Washington, D.C., 2008.

WHO - World Health Organization. Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009.

Zavaschi MLS. Aspectos psicológicos do aleitamento materno. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul.* 1991; 13(2): 77-82.

10 CURRÍCULO LATTES DO AUTOR (ALUNO)

Gislene dos Anjos Tamasia

Curriculum Vitae

Dados pessoais

Nome Gislene dos Anjos Tamasia
Nascimento 13/01/1982 - Registro/SP - Brasil
CPF 220.054.578-92

Formação acadêmica/titulação

- 2011** Mestrado em Nutrição em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- USP, FSP-USP, Brasil
Título: Perfil da amamentação e alimentação complementar
no município de Registro - SP
Orientador: Sonia Isoyama Venancio
- 2006 - 2009** Graduação em Nutrição.
Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, SCELISUL,
Registro, Brasil
Título: Avaliação comparativa do estado nutricional de
estudantes da rede pública e privada de ensino, e
aceitabilidade da merenda ofertada em um município do
Vale do Ribeira
Orientador: Sérgio Ricardo de Brito Belo
Bolsista do (a): Programa Universidades para Todos

Formação complementar

- 2012 - 2012** Interanutri Nutricionista.
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho,
UNESP, São Paulo, Brasil
- 2008 - 2008** Curso de curta duração em Nutrição Materno Infantil.
Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, SCELISUL,
Registro, Brasil
- 2008 - 2008** Curso de curta duração em Estudo do tecido adiposo e
tratamento da obesidade.
Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, SCELISUL,
Registro, Brasil
- 2007 - 2007** Curso de curta duração em Monitoria em Bromatologia.
Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, SCELISUL,

11 CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

Sonia Isoyama Venancio

Curriculum Vitae

Dados pessoais

Nome Sonia Isoyama Venancio
Nascimento 02/01/1966 – Santo André/SP - Brasil
CPF 121.283.788-6

Formação acadêmica/titulação

- 1998 - 2002** Doutorado em Nutrição Em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil
Título: Determinantes Individuais e Contextuais do aleitamento Materno Exclusivo nos Primeiros Seis Meses de Vida em Cento e Onze Municípios do Estado de São Paulo, Ano de obtenção: 2002
Orientador: Carlos Augusto Monteiro
- 1993 - 1996** Mestrado em Nutrição Em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil
Título: A situação da amamentação exclusiva no Estado de São Paulo, Ano de obtenção: 1996
Orientador: Carlos Augusto Monteiro
- 1992 - 1992** Especialização em Estágio Em Nutrição e Metabolismo em Pediatria.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 1990 - 1991** Especialização em Residência Médica Em Pediatria.
Hospital Guilherme Álvaro, HGA, Brasil
- 1984 - 1989** Graduação em Medicina.
Faculdade de Ciências Médicas de Santos, FCMS, Brasil

Atuação Profissional

1. Instituto de Saúde - IS

Vínculo institucional

1994 – Atual Vínculo: Servidor público, Enquadramento funcional: Pesquisador VI, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva

INSTITUTO DE SAÚDE/ SES-SP
Projeto Amamentação e Municípios - 2010

Nº _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		☐ RECUSA	
01-DATA: ____/____/____		02-ENTREVISTADOR: _____	
03-MUNICÍPIO: _____		04-UF: ____	
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		06-ÁREA ☐ Urbana ☐ Rural	
07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____		☐ Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)	
08- SEXO DA CRIANÇA:		1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino	
09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?		1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro ou nenhum parentesco	
10- A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não	
<p>- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)</p>			
11-TOMOU LEITE DE PEITO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/Q. 13) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 13)	
12-QUANTAS VEZES?		____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 ☐ Não sabe	
13-TOMOU ÁGUA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
14-TOMOU CHÁ?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
15-TOMOU OUTRO LEITE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/Q. 17) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 17)	
<p>16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE (Leia as alternativas e assinale apenas uma)</p> <p>1 ☐ Só durante o dia? 2 ☐ Só à noite? 3 ☐ De dia e de noite? 9 ☐ Não Sabe</p>			
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)		1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/Q. 26) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 26)	
20-QUANTAS VEZES? 1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes ou mais 9 ☐ Não Sabe			
<p>21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)</p> <p>1 ☐ Igual à da família? 2 ☐ Preparada só para a criança? 3 ☐ Industrializada (de potinho)? 9 ☐ Não Sabe</p>			
<p>Q.21 — — — (Código para Digitação)</p>			
<p>22-ESSA COMIDA FOI (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)</p> <p>1 ☐ Em pedaços? 2 ☐ Amassada? 3 ☐ Passada pela peneira? 4 ☐ Liquidificada? 9 ☐ Não Sabe</p>			
<p>Q.22 — — — (Código para Digitação)</p>			
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
<p>ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: “- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA”:</p>			
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
28-TOMOU REFRIGERANTE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
29-TOMOU CAFÉ?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
33-USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
34-USOU CHUPETA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 ☐ Não Sabe	
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome)	
998 ☐ Nasceu em casa 9 ☐ Não Sabe
Q.36 ☐ HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)	
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 ☐ Normal 2 ☐ Fórceps 3 ☐ Cesárea 9 ☐ Não Sabe
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q.43)
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 ☐ Sim, inteira 2 ☐ Sim, algumas partes 3 ☐ Não leu [Outros acompanhantes]: 9 ☐ Não é a mãe (PASSE P/ Q.41)	
ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)	
41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 46 E 47) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	PARA MENINO (página 56 E 57) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
42- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 48 E 49) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	PARA MENINO (página 58 E 59) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g (Se necessário, anote da Caderneta) 9999 ☐ Não Sabe	
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)	
1 ☐ Serviço Particular ou Convênio	
2 ☐ Rede Pública: _____ (Anote o nome)	
9 ☐ Não Sabe/Não se aplica
Q.44 → Se REDE PÚBLICA especificar: 2 ☐ UBS 3 ☐ PACS/PSF 4 ☐ Outros (Código para Digitação)	

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49)	
45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?	
____ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 ☐ Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
999 ☐ Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA	
46-MAMOU NO PEITO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)	
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)	
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
52-A SRA. SABE LER E ESCRIVER?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)	54-E GRAU? (Assinale abaixo)
0 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ INCOMPLETO 2 ☐ COMPLETO
0 ☐ SEM ESCOLARIDADE	1 ☐ ENSINO FUNDAMENTAL 2 ☐ ENSINO MÉDIO 3 ☐ SUPERIOR
Q.53 Q.54 (Código para Digitação)	
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	
1 ☐ Está trabalhando fora 2 ☐ Não está trabalhando fora 3 ☐ Está sob Licença Maternidade	
Observações:	

**ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AOS MUNICÍPIOS**

TERMO DE COMPROMISSO

O Projeto Amamentação e Municípios – Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação em 2011 pretende verificar a situação atual da amamentação e da alimentação complementar nos municípios paulistas, fornecendo subsídios para a avaliação e o planejamento das políticas de aleitamento materno no estado de São Paulo.

O treinamento terá duração de 8 horas, contemplando a capacitação para a realização de todas as etapas da pesquisa. Os participantes receberão manuais contendo todas as orientações para os supervisores e entrevistadores.

O instrumento proposto para coleta de dados incluirá, para as crianças menores de um ano, questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre amamentação. Serão elaboradas amostras por conglomerados em dois estágios, a fim de definir o sorteio das crianças menores de um ano que comparecerem à segunda etapa da campanha de vacinação de 2011.

Eu, representante do município Registo / SP, declaro interesse em participar da Pesquisa e autorizo a inclusão dos dados coletados neste município em um Banco de Dados do Instituto de Saúde, bem como a divulgação dos resultados obtidos.

Data: 04/ julho de 2011

Nome do Representante: Maria Cecília Cordeiro Della Torre

Cargo: Coordenadora Municipal de Saúde

Assinatura

**AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO
ANO DE VIDA EM DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO**

**MANUAL DO COORDENADOR MUNICIPAL
2011**

Instituto de Saúde/SES /SP
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista – CEP 001314-000 – São Paulo – SP
Fones: (11) 3293-2272 / 2289 Ana Lucia / Sílvia ou 3293-2278 Sonia
Fax: (11) 31052772
E-mail: amamunic@isaude.sp.gov.br
SÃO PAULO, 2011

Caro(a) Coordenador(a),

As práticas de alimentação infantil afetam diretamente o estado nutricional e, conseqüentemente, têm impacto sobre a mortalidade infantil. Por isso, a promoção da alimentação adequada entre as crianças é fundamental para sua saúde, crescimento e desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e, a partir do sexto mês, a introdução dos alimentos complementares e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de vida ou mais¹.

No Brasil, apesar de estudos evidenciarem uma tendência de aumento da prática da amamentação nas três últimas décadas, não faltam indícios de que ações de proteção, promoção e apoio à amamentação devem ser intensificadas, uma vez que estamos longe de atingir as metas propostas pela OMS.

Com o processo de municipalização é fundamental que os planejadores ao nível local obtenham indicadores confiáveis sobre as práticas de alimentação infantil com vistas ao desenho e avaliação de intervenções apropriadas. Nesse sentido, levantamentos epidemiológicos realizados em campanhas de vacinação possibilitam um diagnóstico rápido da situação da amamentação e alimentação infantil com um baixo custo. Este manual foi elaborado para auxiliar os Coordenadores estaduais na capacitação de municípios para a realização dessa pesquisa.

PARTE 1

SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

A primeira informação sobre a situação da amamentação, obtida a partir de um inquérito de base populacional, de uma amostra representativa do País, foi aquela gerada pela análise do Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF, realizada em 1974-1975. Embora não houvesse uma preocupação direta com a prática da amamentação, nesse inquérito buscava-se avaliar o consumo alimentar das famílias brasileiras, sendo que para todas as mulheres era feita uma questão sobre estar ou não amamentando no momento da entrevista. A partir desta questão resgatou-se o "status" relativo à amamentação, com ou sem complementos, de menores de um ano. Não foi possível, porém, caracterizar nesse estudo a prática da amamentação exclusiva no País. A comparação desses dados com aqueles provenientes da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) realizada em 1989 revelou uma tendência ascendente da amamentação no Brasil entre 1974 e 1989, com sua duração mediana aumentando de 2,5 para 5,5 meses. Esta tendência foi

¹ World Health Organization .WHA54.2, Geneva, 2001.

verificada principalmente em áreas urbanas, na região Centro-sul do país, entre mulheres de maior renda e maior escolaridade².

Estimativas nacionais provenientes da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1996 (PNDS/1996) confirmam a tendência de aumento da prática da amamentação, identificando uma duração mediana do aleitamento materno (independente do recebimento de outros alimentos) de 7 meses (BEMFAM, 1997)³.

Informações sobre a situação do aleitamento materno exclusivo em nosso País e em todo o mundo têm sido coletadas somente nos últimos anos, porque a importância dessa prática tornou-se conhecida há relativamente pouco tempo e a padronização das categorias e indicadores de aleitamento materno foi proposta recentemente.

Aparentemente, a única estimativa nacional fidedigna sobre a frequência do aleitamento materno exclusivo em nosso País, é a da Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar realizada em 1986. Essa pesquisa evidenciou que apenas 3,6% das crianças brasileiras entre 0-4 meses de idade recebiam somente o leite materno, sem qualquer outro líquido ou alimento sólido⁴. A situação da amamentação exclusiva foi também analisada na PNDS/1996, tendo sido publicado em relatório que 40% das crianças de 0-4 meses eram exclusivamente amamentadas⁵.

Porém, em face da forma como foi estruturado o questionário alimentar nesse inquérito, a real frequência do aleitamento materno exclusivo foi superestimada, pois para as mães que declaravam ao entrevistador que "davam só peito", não se perguntava sobre o consumo de água, chá e outros alimentos nas últimas 24 horas. Analisando a proporção de crianças entre 0-4 meses recebendo exclusivamente leite materno ou leite materno acrescido de água, chá ou suco nos inquéritos de 1986 e 1996, Monteiro (2000) verificou aumento de 33,3% para 55,3%. Ainda segundo esse autor a prática da amamentação no Brasil entre 10-14 meses de idade aumentou de 27,5% para 37,1%, e entre 22-26 meses de 10,2% para 15,5%, mostrando que a manutenção da amamentação por pelo menos dois anos de vida, tal como é recomendada, não é o que se verifica em nosso País até o momento⁵.

Em 1999, o Ministério da Saúde coordenou a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (PPAM-CDF/1999). Embora não seja um estudo representativo da situação da amamentação no País, pois incluiu amostras da população residente somente

² Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev. Bras. Epidemiologia* 1998; 1 (1):40-9.

³ BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro, 1997. [Relatório de Pesquisa].

⁴ BEMFAM (1987). Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar; Brasil, 1986. Rio de Janeiro: Bemfam.

⁵ Monteiro CA. Evolução da nutrição infantil nos anos 90. In: Monteiro CA, org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. São Paulo, Hucitec, NUPENS/USP; 2000:375-392.

nas capitais, esse estudo mostrou diferenças importantes entre as regiões e estados brasileiros. Segundo essa pesquisa, a prevalência do AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais e DF (Brasil) foi de 35,6% e a duração mediana do aleitamento materno, de 10 meses.⁶

Em 2008, realizou-se a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal – PPAM/ Capitais e DF. O estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde por meio de convênio firmado junto à Fiocruz, e coordenado por uma equipe composta por pesquisadores do Instituto de Saúde da SES/SP e da Área Técnica de Saúde da Criança do MS.

PARTE 2

METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia desta pesquisa tem por base a experiência do Projeto Amamentação e Municípios – AMAMUNIC, desenvolvido pelo Instituto de Saúde desde 1998, com o objetivo de monitorar as práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo^{7,8}.

Momento da coleta de dados

A pesquisa será realizada por ocasião da segunda etapa da Campanha de Vacinação. Em nosso país é crescente o interesse dos municípios na realização de pesquisas sobre práticas de aleitamento materno em campanhas de vacinação. Os levantamentos epidemiológicos realizados em campanhas têm se mostrado adequados para a análise da situação da amamentação nos municípios, devido à sua rapidez, ao seu baixo custo e possibilidade de obtenção de dados representativos da população, em razão de sua alta cobertura populacional^{9,10,11}.

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no distrito federal**. Brasília, 2001.

⁷ Venâncio SI; Escuder MML; Kitoko P; Rea MF; Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo, 1998. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(3): 306-13

⁸ Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2006; 9(1):40-46.

⁹ Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venancio SI. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32(5):430-6.

¹⁰ Kitoko PM, Réa MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(4):1111-1119.

¹¹ Audi CAF, Correa AMS, Latorre MRDO. Complementary feeding and factors associated to breast-feeding and exclusive among infant up 12 months of age, Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saúde Mat Infant* 2003;3(1):85-93.

Amostragem

Serão analisadas as práticas alimentares de crianças menores de um ano que comparecerem à Campanha de Vacinação.

Nos municípios grandes, que vacinam em torno de 4000 crianças menores de um ano nas campanhas, é necessário trabalhar com amostras, a fim de viabilizar a realização da pesquisa. Os planos amostrais são elaborados adotando-se a proposta de Silva¹² para amostras por conglomerados em dois estágios. Considerando que as crianças não estão distribuídas uniformemente nos vários postos de vacinação (conglomerados), adota-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio são sorteados os postos de vacinação e no segundo estágio são sorteadas as crianças em cada posto, de forma sistemática. A amostra desenvolvida é considerada equiprobabilística ou autoponderada, já que a fração amostral mantém-se constante a partir da expressão: $f = f_1 \cdot f_2$, ou seja, todas as crianças têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra sorteada. Os postos maiores têm maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio (f_1) e as crianças dos postos menores têm maior probabilidade de sorteio no segundo estágio (f_2).

O cálculo das amostras leva em consideração a prevalência da amamentação no município, o número de Postos de Vacinação e o número de crianças menores de um ano que foram vacinadas em cada Posto (com base nas planilhas de Campanhas de Vacinação do ano anterior).

Instrumento de coleta de dados

O instrumento proposto para coleta de dados evita questões abertas para facilitar seu preenchimento e evitar que a realização das entrevistas prejudique o andamento da campanha de vacinação. Contém questões sobre o consumo, nas últimas 24 horas, de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre amamentação¹³. Questões sobre as características das crianças e suas mães permitem identificar grupos mais vulneráveis à interrupção precoce da amamentação exclusiva e à introdução precoce ou tardia de alimentos complementares.

Digitação dos Dados

Um aplicativo foi desenvolvido para a digitação dos dados utilizando a Internet, através de sistema *on-line*. Este aplicativo possui recursos de checagem durante a digitação, para evitar erros nesse processo, possibilita a obtenção de relatórios padronizados com indicadores das práticas de alimentação infantil e permite ainda a exportação do banco de dados para uma planilha do Excel, caso haja interesse no detalhamento da análise dos dados.

¹² Silva, NN. *Amostragem Probabilística: um curso introdutório*. EDUSP, São Paulo, 1998.

¹³ World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007, Washington DC, USA.

Análise dos dados

A OMS propôs em 1991 um conjunto de indicadores para avaliar as práticas de alimentação infantil, com o objetivo de padronizar a forma de coleta e análise destes dados e permitir a comparação entre diferentes estudos nacionais e internacionais¹⁴. Esta proposta foi revisada em 2007, em função da mudança na recomendação sobre amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e da necessidade de avançar em relação aos indicadores de alimentação complementar¹³. A seguir apresenta-se um resumo dessa revisão, que norteará a construção dos indicadores a serem utilizados nessa pesquisa.

➤ Critérios para definir as práticas de alimentação infantil

O Quadro 1 mostra os critérios para a classificação de algumas práticas de alimentação infantil utilizadas para a definição dos indicadores.

Quadro 1. Critérios para a classificação de algumas práticas de alimentação infantil utilizadas para os indicadores.

Prática de alimentação	Requer que a criança receba	Permite que a criança receba	Não permite que a criança receba
Amamentação exclusiva	Leite materno (incluindo leite ordenhado)	Soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos)	Qualquer outro líquido ou alimento
Amamentação predominante	Leite materno (incluindo leite ordenhado) como fonte predominante de nutrição	Certos líquidos (água, chá, suco de fruta) Soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos)	Nada mais (especialmente outros leites)
Alimentação complementar	Leite materno (incluindo leite ordenhado) e alimentos semi-sólidos e sólidos	Qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantis	NSA
Amamentação	Leite materno (incluindo leite ordenhado)	Qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantis	NSA

¹⁴ World Health Organization, Division of Child Health and Development. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva: World Health Organization, 1991.

Alimentação com mamadeira	Qualquer líquido (incluindo leite materno) ou alimentos semi-sólidos oferecidos em mamadeira	Qualquer outro líquido ou alimento incluindo leite materno, outros leites e fórmulas infantis	NSA
---------------------------	--	---	-----

➤ **Indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde**

Propõe-se que os indicadores listados a seguir sejam obtidos utilizando-se dados atuais sobre alimentação infantil (*current status*), através de recordatório de 24 horas.

➤ **Indicadores prioritários**

1. Início precoce do aleitamento materno: proporção de crianças que mamaram na primeira hora de vida.

2. Aleitamento materno exclusivo (AME) de 0-6 meses: proporção de crianças de 0-5,9 meses amamentados exclusivamente nas últimas 24 h.

3. Continuidade do aleitamento materno com 1 ano de idade: proporção de crianças amamentadas entre 12 e 15,9 meses de idade.

4. Introdução de alimentos sólidos ou semi-sólidos: proporção de crianças de 6-8,9 meses que receberam alimentos sólidos ou semi-sólidos.

5. Mínima diversidade da dieta: proporção de crianças de 6-23,9 meses que receberam 4 ou mais grupos de alimentos (grãos; legumes; leite e derivados; carnes; ovos; frutas e verduras ricas em vitamina A e outras frutas e verduras)

6. Mínima frequência das refeições: proporção de crianças amamentadas e não amamentadas de 6 a 23,9 meses que receberam alimentos sólidos ou semi-sólidos (incluindo refeições lácteas para crianças não amamentadas) o número mínimo de vezes ou mais.

O mínimo é definido como:

2 vezes para crianças amamentadas de 6-8,9 meses

3 vezes para crianças amamentadas de 9-23,9 meses

4 vezes para crianças não amamentadas de 6-23,9 meses

7. Dieta mínima aceitável: proporção de crianças de 6-23,9 meses que receberam uma dieta mínima aceitável. É um indicador composto, calculado a partir dos indicadores 5 e 6, para crianças amamentadas e não amamentadas.

8. Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados: proporção de crianças de 6-23,9 meses que recebem alimentos ricos em ferro ou fortificados.

➤ **Indicadores opcionais**

9. Crianças que iniciaram a amamentação: proporção de crianças de 0-24 meses que em algum momento foram amamentadas.

10. Continuidade da amamentação aos dois anos: proporção de crianças amamentadas entre 20 e 23,9 meses de idade.

11. Aleitamento materno em idade apropriada: proporção de crianças de 0-23,9 meses que são amamentados de forma apropriada. Calculado a partir de duas frações: proporção de crianças amamentadas exclusivamente de 0-5,9 meses e proporção de crianças de 6 a 23,9 meses que receberam leite materno bem como alimentos sólidos ou semi-sólidos.

12. Aleitamento materno predominante: proporção de crianças de 0-5,9 meses predominantemente amamentados.

13. Duração do aleitamento materno: duração mediana do aleitamento materno.

14. Alimentação por mamadeira: proporção de crianças de 0-23,9 meses que foram alimentados com mamadeira.

15. Frequência da alimentação com outros leites (para crianças não amamentadas): proporção de crianças não amamentadas de 6-23,9 meses que receberam pelo menos duas refeições lácteas.

Aspectos Éticos

A pesquisa consiste em um inquérito populacional, observacional, que não envolve riscos de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural. Em face da estratégia adotada no estudo, de aplicação de um questionário rápido nas filas de vacinação, propõe-se o mesmo procedimento adotado na pesquisa coordenada pelo Ministério da Saúde em 1999, na qual os acompanhantes das crianças menores de um ano são informados sobre os objetivos da pesquisa e, a seguir, solicita-se seu consentimento verbal para a aplicação do questionário. Espera-se, com isso, agilizar a realização das entrevistas, sem que haja prejuízo do andamento das atividades rotineiras de vacinação.

Os gestores representantes dos municípios envolvidos no Projeto deverão assinar um termo de compromisso, no qual declaram que os dados coletados em nível local poderão ser utilizados pelo Instituto de Saúde/ SES para futuras publicações.

PARTE 3 ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA

Atividades do Coordenador Municipal

O coordenador municipal é a pessoa responsável pela pesquisa no município. Sua atuação é fundamental para que a coleta de dados e digitação dos dados aconteça de forma adequada, garantindo assim a confiabilidade nos resultados. Suas atividades incluem fundamentalmente:

ANTES DA PESQUISA

- **Divulgação da pesquisa junto à Coordenação da Campanha de Vacinação** para que haja o devido entrosamento e a colaboração entre os entrevistadores e profissionais de saúde envolvidos na vacinação.
- **Recrutamento dos entrevistadores**

Os entrevistadores poderão ser recrutados nos próprios serviços de saúde, entre o professorado, entre alunos de cursos - de magistério, técnico de enfermagem, ou faculdades da área de saúde.

Uma vez que o município não terá despesas com a remuneração dos entrevistadores, a preocupação fundamental deve ser a de fornecer condições de trabalho razoáveis, como por exemplo: um lanche (como aquele oferecido ao pessoal de vacinação), auxílio-transporte ou uma ajuda de custo (conforme a disponibilidade de recursos). No caso do funcionalismo, propomos a troca do dia de trabalho no dia da campanha por alguma folga. Aos estudantes poderão ser oferecidos certificados de participação. Esses incentivos favorecem a participação do entrevistador e devem ser consideradas como um aspecto fundamental no sucesso da pesquisa.

Quanto ao número de entrevistadores a serem recrutados, sugerimos a presença de 1 entrevistador para cada 50 crianças menores de 1 ano a serem vacinadas. Mesmos nos postos onde a previsão é de que menos de 50 crianças sejam vacinadas o ideal é contar com a presença de 2 entrevistadores. Se isso não for possível, o entrevistador deve ficar muito atento para não deixar de entrevistar nenhuma criança menor de um ano, principalmente nos momentos em que várias crianças entram no posto ao mesmo tempo. Por questão de segurança, é sempre desejável que um número maior de entrevistadores sejam treinados, para cobrir eventuais faltas no dia da campanha. Caso não haja faltas, essas pessoas poderão ser encaminhadas aos postos com maior movimento.

➤ Treinamento dos entrevistadores

O treinamento deverá ser aplicado a **todos** os entrevistadores, sendo que a ausência de um entrevistador no treinamento impossibilita sua participação na pesquisa.

Os entrevistadores deverão ser treinados para que não haja **perda de crianças** na fila de vacinação. Municípios pequenos irão incluir na pesquisa todos as crianças menores de um ano que comparecerem aos postos. Nestes casos a preocupação dos entrevistadores será somente a de identificar e captar todos os acompanhantes das crianças menores de um ano para a entrevista.

Municípios maiores trabalharão com amostras, sendo o procedimento para captação das crianças um pouco mais complexo. Nessa situação deverá ser realizado o sorteio sistemático de crianças menores de um ano na fila de vacina. Se no seu município for necessário trabalhar com amostragem, consulte nas **Instruções para Municípios com Amostra** como deve ser feita a orientação dos entrevistadores em cada posto de vacinação.

A captação das crianças na fila vacina poderá ser feita da seguinte forma:

a) Nos postos de vacinação com a presença de 2 entrevistadores, o primeiro entrevistador percorrerá a fila da vacinação para identificar as crianças com menos de um ano de idade e para explicar às mães ou acompanhantes o propósito da pesquisa. O acompanhante receberá do primeiro entrevistador uma marca (um adesivo, uma fitinha) que servirá para que o segundo entrevistador, após a vacinação, identifique as crianças com marca e aplique o questionário.

b) Nos postos de vacinação com a presença de 1 entrevistador é fundamental que a mesa de vacinação colabore, pois o risco de perda de crianças é maior, especialmente se houver concentração de um grande número de crianças em um dado momento. No caso do entrevistador se ausentar por algum motivo (horário de lanche, ida ao sanitário) a mesa da vacinação deverá orientar as mães ou acompanhantes que aguardem um momento até o retorno do entrevistador.

☞ A perda de informações deve ser evitada ao máximo!

No treinamento sugere-se a leitura completa do **Manual do Entrevistador** que contém orientações gerais sobre os procedimentos de campo, além de discutir todas as questões que compõem o questionário, que estão divididas em 06 blocos: local da pesquisa; identificação da criança; alimentação da criança nas últimas 24 horas; informações sobre nascimento, parto e atendimento médico; alimentação após a alta da maternidade e características das mães.

É fundamental que os entrevistadores experimentem preencher o questionário antes do dia da campanha para sentir as dificuldades e que haja oportunidade para tirar suas dúvidas.

O ideal é que o treinamento seja feito em torno de **15 dias** antes da pesquisa, para que os entrevistadores não esqueçam as orientações dadas no treinamento.

➤ **Preparação do material necessário para realização da pesquisa**

- Cópias do Questionário em quantidade suficiente
- Manual do Entrevistador para todos os entrevistadores
- Canetas, pastas ou pranchetas
- Crachá para identificação dos entrevistadores

➤ **Distribuição e recolhimento do material da pesquisa**

É fundamental que, no dia da Campanha, os questionários estejam disponíveis para que os entrevistadores iniciem seu trabalho quando da abertura dos postos de vacinação. Para tal, pode ser pensada uma estratégia de distribuição dos mesmos juntamente com o material da vacinação, que em geral ocorre no dias anterior à campanha. Também é necessário prever uma estratégia para o recolhimento dos questionários nos postos de vacinação. Em geral pode-se designar em cada posto um responsável pelo recolhimento dos questionários e uma forma para que cheguem ao coordenador local. Não é recomendável que os entrevistadores levem consigo os questionários e se responsabilizem pela entrega ao coordenador.

NO DIA DA CAMPANHA

➤ **Supervisão da coleta de dados**

É fundamental que, no dia da Campanha, uma equipe esteja disponível para percorrer todos os postos de vacinação e verificar o andamento da pesquisa, solucionando problemas e dúvidas dos entrevistadores. Seria interessante também que os entrevistadores pudessem entrar em contato telefônico com a equipe de supervisão durante o período de coleta de dados, para esclarecimentos de dúvidas que não fossem resolvidas na consulta ao Manual do Entrevistador. É importante observar na supervisão de campo se:

- na **circulação de crianças** no posto de vacinação, o entrevistador consegue entrevistar todas as crianças menores de 1 ano, contando com a ajuda de outro entrevistador responsável pela identificação daquelas a serem entrevistadas ou ainda com a colaboração do próprio pessoal da campanha de vacinação, que poderão encaminhar ao entrevistador as crianças;

- na **leitura das questões** o entrevistador mantém uma postura de neutralidade diante das respostas, é paciente, lê com atenção as perguntas sem ler as respostas; se está atento para as instruções de leitura de alternativas nas questões com instruções especiais.
- no **preenchimento do questionário** o entrevistador transcreve com caligrafia legível as questões abertas; **assinala apenas uma alternativa** nas questões fechadas; assinalada as questões de múltipla escolha, indica com clareza a alternativa escolhida mesmo no caso de rasuras.

Durante a realização da supervisão de campo avaliar rapidamente o preenchimento daquelas questões que costumam trazer mais dúvidas. Verificar se o Entrevistador está:

- preenchendo questionários apenas de crianças menores de um ano;
- preenchendo todas as questões do quadro da alimentação nas últimas 24 horas respeitando instruções de pulos (Q.11 à Q.34)
- preenchendo as questões Q.45 a 49 apenas para crianças menores de 4 meses;
- preenchendo as Q.50 a 55 apenas para as crianças acompanhadas de suas mães.
- Verificar leitura do Termo de Apresentação da Pesquisa
- Verificar leitura de alternativas de escolha nas questões Q.16, Q.21, Q.22 e Q.55
- Verificar preenchimento de múltiplas alternativas exclusivo às questões Q.21 e Q.22
- Verificar caligrafia legível para preenchimento de Q.35, Q.36, Q.44
- Verificar preenchimento das questões Q.41, Q.42 e Q.43 – verificar se é a nova Caderneta
- Convém ainda fazer uma leitura rápida do campo Observação no final do questionário, ou de outras anotações do entrevistador que poderão registrar alguma dúvida importante de ser esclarecida.

APÓS A PESQUISA**➤ Preparação dos questionários para digitação**

Após a coleta dos dados os questionários deverão ser reunidos, ordenados, revisados e numerados.

- O campo N° destinado ao número de cada questionário deverá ser preenchido pelo(a)s coordenadores, após o recolhimento de todos os questionários ao final da Campanha de Vacinação.
- Os questionários relativos às recusas e aqueles sem a informação sobre a data de nascimento da criança devem ser excluídos, ou seja, não devem ser numerados ou digitados.
- Os questionários de crianças de outros municípios não devem ser excluídos, ou seja, devem ser digitados.
- Caso haja a necessidade de excluir algum questionário de criança maior de 1 ano durante a digitação esse procedimento poderá ser realizado sem problemas.
- Alertamos para a necessidade de elaborar, para as questões abertas, uma lista de respostas padronizadas, a fim de garantir a boa edição dos relatórios.
- Algumas questões precisam ser codificadas antes que o digitador inicie seu trabalho:

Questão 21:

21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)

1 ☐ Igual à da família? 2 ☐ Preparada só para a criança? 3 ☐ Industrializada (de potinho)? 9 ☐ Não Sabe

Q.21 — — — (Código para Digitação)

Preencher no campo "**Código do Supervisor**" todas as alternativas assinaladas pelo entrevistador.

Por exemplo, se o entrevistador assinalou as opções 1 (igual à da família) e 3 (industrializada), a Q.21 será codificada como 13:

Q.21 —¹—³— (Código para Digitação)

Questão 22:

22-ESSA COMIDA FOI (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)

1 ☐ Em pedaços? 2 ☐ Amassada? 3 ☐ Passada pela peneira? 4 ☐ Liquidificada? 9 ☐ Não Sabe

Q.22 — — — — (Código para Digitação)

Preencher no campo “**Código do Supervisor**” todas as alternativas assinaladas pelo entrevistador.

Por exemplo, se o entrevistador assinalou as opções 1 (em pedaços), 2 (amassada) e 4 (liquidificada) a Q. 22 será codificada como 124:

Q.22 1 2 4 — (Código para Digitação)

Questão 36:

36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome)

998 ☐ Nasceu em casa 9 ☐ Não Sabe

Q.36 ☐ HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)

É interessante revisar o preenchimento dessa questão para que o digitador possa localizar corretamente o hospital na lista de **Hospitais Amigos da Criança** do software.

Caso o hospital não seja Amigo da Criança, é interessante padronizar como o nome do Hospital deverá ser digitado, para que não apareça de diferentes formas nos relatórios.

Questão 44:

44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)

1 ☐ Serviço Particular ou Convênio

☐ Rede Pública: _____ (Anote o nome)

9 ☐ Não Sabe/Não se aplica

Q.44 → Se REDE PÚBLICA especificar: 2 ☐ UBS 3 ☐ PACS/PSF 4 ☐ Outros (Código para Digitação)

Verificar o nome da unidade de saúde anotado pelo entrevistador, preenchendo o campo com código 2, se for **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** ou com código 3 se for **UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, ou código 4 para outros serviços públicos de saúde (ambulatórios de hospitais, etc).

Questões 53 e 54:

53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)			54-E GRAU? (Assinale abaixo)	
0 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ INCOMPLETO	2 ☐ COMPLETO
0 ☐ SEM ESCOLARIDADE	1 ☐ ENSINO FUNDAMENTAL	2 ☐ ENSINO MÉDIO	3 ☐ SUPERIOR
Q.53 _____ Q.54 _____ (Código para Digitação)				

Preencher a **Q.53** com a informação contida na primeira linha do quadro (0=sem escolaridade; 1 a 8 para o Ensino Fundamental; 1 a 3 para o Ensino Médio; 1 para Superior incompleto e 2 para Superior completo).

Preencher a **Q.54** com a informação da segunda linha (0=sem escolaridade; 1=Ensino Fundamental; 2=Ensino Médio; 3=Superior).

Exemplo de preenchimento:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☒ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐
1 ☒ ENSINO FUNDAMENTAL

Q.53 <u> 5 </u>	Q.54 <u> 1 </u>	(Código para Digitação)
---	---	-------------------------

Digitação dos dados

Após a revisão e codificação dos questionários, os mesmos poderão ser encaminhados para a digitação.

A digitação será feita em um aplicativo *web*. O endereço eletrônico e a senha de acesso ao sistema serão fornecidos pelo Instituto de Saúde após a realização da pesquisa. Os municípios deverão encaminhar uma mensagem para amamunic@isaude.sp.gov.br solicitando essa senha.

No caso de dúvidas entre em contato com os contatos de telefone ou endereço eletrônico anotados na capa deste material.

Desejamos a todos um bom trabalho!!!

**AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA
EM DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO**

MANUAL DO ENTREVISTADOR

2011

Instituto de Saúde/SES /SP
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista – CEP 001314-000 – São Paulo – SP
Fones: (11) 3293-2272 / 2289 Ana Lucia / Sílvia ou 3293-2278 Sonia Fax: (11) 31052772
E-mail: amamunic@isaude.sp.gov.br
SÃO PAULO, 2011

Informações do Entrevistador e Local da Pesquisa

Entrevistador:	Telefone:
Posto de Vacinação:	
Endereço:	
Telefones:	
Critério de sorteio:	

Contatos com o Supervisor de Campo

Nome do Supervisor:
Telefone:
E-mail:

CARO(A) ENTREVISTADOR(A),

A alimentação adequada no 1º ano de vida é de extrema importância para a saúde das crianças. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam que as crianças devem ser amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida e que a partir do sexto mês, a alimentação complementar deve ser iniciada, mantendo-se o aleitamento materno até o segundo ano de vida ou mais.

Através dessa pesquisa saberemos o quanto essa recomendação está sendo cumprida. Com os resultados em mãos, os gestores e profissionais de saúde poderão planejar ações pertinentes à comunidade onde atuam, a fim de proteger, promover e apoiar a amamentação e hábitos alimentares saudáveis na infância.

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

ORIENTAÇÕES GERAIS**CAPTAÇÃO DAS CRIANÇAS NA FILA**

- É fundamental que as orientações do Supervisor de Campo da Pesquisa sobre a forma de identificação e seleção das crianças na fila de vacinação sejam seguidas corretamente. Essa pesquisa pretende conhecer as práticas alimentares de crianças menores de 1 ano.
- Nos postos de vacinação com grande número de crianças ocorrerá o **sorteio de crianças**: algumas serão entrevistadas, **outras serão “puladas” respeitando critérios**.
- Nos postos de vacinação com definição de critério de sorteio, **todas as crianças menores de um ano deverão ser incluídas na contagem para o sorteio**.
- Na tabela abaixo apresentamos vários **critérios de sorteio para selecionar as crianças menores de 1 ano na fila de vacinação**. Verifique com o Supervisor qual o critério adotado para o seu posto de vacinação. Assinale ou anote o critério e instruções de sorteio do seu posto de vacinação:

Critério de sorteio	Instrução para o pulo de crianças na fila de vacinação
☐ Sem sorteio	Entrevistar todas as crianças menores de 1 ano
☐ 1 sim 3 não	Entrevistar 1 criança e pular 3 crianças menores de 1 ano
☐ 1 sim 5 não	Entrevistar 1 criança e pular 5 crianças menores de 1 ano
☐	

- Ao dar início ao trabalho, o entrevistador deve percorrer a fila para identificar os menores de 1 ano. Ao identificar a primeira criança menor de 1 ano aplicará o primeiro questionário do dia.
- **Em postos de vacinação com critério de sorteio**, após a realização da primeira entrevista, o Entrevistador dará início à **contagem de pulo de crianças**. **Os maiores de 1 ano e os que fazem aniversário no dia da pesquisa não devem ser contados**.
- **Em postos de vacinação com critério de sorteio e com mais de um entrevistador, ao terminar o preenchimento de um questionário**, o Entrevistador deverá:
 - verificar na fila de vacinação onde foi selecionado o último acompanhante para responder a pesquisa.
 - **contar** a partir desse acompanhante (que está respondendo ou acabou de responder o questionário) o **número de crianças menores de 1 ano que deverá pular** antes de aplicar o próximo questionário.
- Caso esteja aplicando sozinho os questionários, **o Entrevistador deverá**:
 - contar a partir do último entrevistado as crianças menores de 1 ano que deverão ser puladas.
- A contagem de pulo sempre inicia com a criança menor de 1 ano seguinte ao último entrevistado.
- Se o acompanhante da criança selecionada declarar recusa, anote ☒ **RECUSA** no questionário, e continue com o pulo, como se o acompanhante tivesse respondido a entrevista.

Exemplos de anotação do Entrevistador para controle de sorteio. Anote o seu na última linha.

<u>Critério</u> ☐ 1 sim 3 não	☺ ● ● ●	<u>Recusa</u> ● ● ●	☺ ● ● ●
<u>Critério</u> ☐ 1 sim 5 não	☺ ● ● ● ● ●	☺ ● ● ● ● ●	<u>Recusa</u> ● ● ● ● ●
<u>Critério</u> ☐ _____			

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

COMO INICIAR A ENTREVISTA

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

TERMO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA
<p>- <i>“Essa pesquisa tem como objetivo conhecer a alimentação de crianças menores de 1 ano. Sua participação não é obrigatória e seu nome não será divulgado. Em qualquer momento o(a) Sr.(a) poderá interromper a entrevista. Vamos fazer algumas perguntas e anotar informações da Caderneta de Saúde da Criança. A entrevista dura no máximo 5 minutos e não vai atrasar a vacinação da criança. O(A) Sr.(a) concorda em participar da Pesquisa?”</i></p>

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

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

POSTURA DO ENTREVISTADOR

- O entrevistador não deve manifestar suas opiniões (risos, comentários, olhares de censura, etc.) para não influenciar as respostas. As perguntas devem ser aplicadas exatamente como estão escritas.
- Leia as perguntas devagar, com clareza, simpatia, concentração e paciência, principalmente naqueles casos em que o acompanhante da criança apresenta dificuldades na compreensão. Se você perceber que o entrevistado não entendeu a pergunta, leia novamente e com mais calma a questão.

- É fundamental que **todas as crianças menores de 1 ano passem pelo entrevistador**, que deverá entrevistá-las e contá-las (respeitando o critério de sorteio e pulo de crianças).
- Peça a colaboração da **Mesa de Vacinação**. As atendentes poderão ajudar muito se perguntarem ao acompanhante de criança menor de 1 ano se já respondeu a pesquisa antes de liberar a criança.

PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

- O correto preenchimento do questionário é fundamental para que os objetivos da pesquisa sejam atingidos. Recomenda-se que sejam respeitadas as instruções deste manual, mantendo assim o rigor metodológico para não ocorrerem erros na análise e na obtenção dos resultados.
- Preencha todo o questionário durante a realização da entrevista. Com o desenvolvimento do trabalho, você poderá esquecer algumas informações que deixou para anotar depois. Anote no campo das Observações dúvidas no preenchimento das questões ou situações não previstas nesse Manual.
- Esclareça dúvidas na hora em que aparecem. Consulte o Manual do Entrevistador sempre que ficar indeciso, isso lhe dará mais segurança para continuar o trabalho.
- No momento da entrevista procure não mostrar o questionário ao informante. Na **maioria das questões** você deverá ler as perguntas sem ler as alternativas de resposta (sim, não, não sabe, etc.) e assinalar com (X) uma única alternativa, que corresponde à resposta dada pela mãe ou acompanhante da criança.
- INSTRUÇÕES ESPECIAIS para leitura de enunciado da questão e preenchimento são encontradas entre parênteses nas questões Q.16, Q.21, Q.22, Q.41, Q.42, Q.55.
- As perguntas (questões) são numeradas. Ao lado de cada enunciado você encontra entre parênteses as instruções especiais nos casos em que deverá ler as alternativas de resposta, e a indicação se deve ou não assinalar mais de uma alternativa. Ao lado dos quadradinhos das respostas você encontra números (1, 2, 3, 4, 9, 99) que são os códigos que serão digitados pelo Digitador.

16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE: (Leia as alternativas, e assinale apenas uma)			
1 ☐ Só durante o dia?	2 ☐ Só à noite?	3 ☐ De dia e de noite?	9 ☐ Não Sabe

Instrução para leitura e preenchimento de alternativas de resposta
 Código para digitação
 Número da Questão

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

19- COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)	1 ☐ Sim	2 ☐ Não (PASSE P/Q.26)	9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q.26)
--	--------------------------------	---	--

Instrução especial para pulo de questões

- No final da entrevista, antes de liberar a mãe ou acompanhante da criança, faça uma revisão rápida do questionário. Isso dura poucos segundos e melhora muito a qualidade do trabalho. Se alguma questão ficou em branco, confira se as instruções de pulo de questões foram respeitadas. No caso de DÚVIDA se aplica ou não alguma questão, é melhor aplicar a questão e consultar depois o Manual do Entrevistador.
- No caso de rasuras, assinale com um grande círculo a resposta certa.

16-A criança recebeu outro leite	1 ☒ Só durante o dia	2 ☐ Só à noite	3 ☒ De dia e de noite
---	--	---------------------------------------	---

- O questionário deve ser preenchido pelo Entrevistador com caneta esferográfica preta ou azul. O Supervisor usará caneta vermelha nas suas anotações, para ficar mais visível ao digitador.
- Observe que o desenho da mãozinha indica sempre um campo onde o Supervisor deve anotar os códigos de digitação.
- Nas questões abertas (como por exemplo nome do hospital, do serviço de saúde, peso ao nascer, idade da mãe) anote com letra legível e com muita atenção as informações. **Tenha um cuidado especial na anotação data de nascimento.**
- Você poderá consultar a **nova Caderneta de Saúde da Criança** (capa azul e rosa) para identificar algumas informações:

ENUNCIADO DA QUESTÃO	LOCALIZAÇÃO NA NOVA CADERNETA
Q.07 -DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA	Página 3 – Data de nascimento:
Q.35 -EM QUE MUNICÍPIO ESTA A CRIANÇA NASCEU?	Página 3 – Local de nascimento
Q.36 -EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU?	Página 3 – Local de nascimento
Q.37 -QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	Página 11- Tipo de parto
Q.41 -NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	GRÁFICO PESO X IDADE (0 À 2 ANOS) PARA MENINA (página. 46 E 47) PARA MENINO (página 56 E 57)
Q.42 -NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	GRÁFICO ALTURA X IDADE (0 À 2 ANOS) PARA MENINA (página 48 E 49). PARA MENINO (página 58 E 59).
43 -QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER?	Página 12 - Peso ao nascer: _____ g
44 -ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa) 1 ☐ Serviço Particular ou Convênio ☐ Rede Pública; _____ (Anotar o nome) 9 ☐ Não Sabe	Página 3 - Unidade Básica de Referência:

Se o informante não souber responder sobre questões referentes ao nascimento da criança (data de nascimento, peso, hospital de nascimento, tipo de parto) você poderá consultar outras cadernetas para anotar essas informações.

CUIDADO ESPECIAL no preenchimento das questões Q.40 (A SRA. LEU A CADERNETA?), Q.41 (NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?) e Q.42 (NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?) UTILIZE APENAS a NOVA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (capa azul e rosa) para preenchimento dessas 3 questões.

QUESTÕES 01 À 06			
IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E DO LOCAL DE VACINAÇÃO			
Nº _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		☐ RECUSA	
01 -DATA: ____/____/____	02 -ENTREVISTADOR: _____	03 -MUNICÍPIO: _____	04 -UF: ____
05 -LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		06 -ÁREA 1 ☐ Urbana 2 ☐ Rural	

O NÚMERO DO QUESTIONÁRIO será preenchido posteriormente pelo Supervisor de Campo.

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

As questões Q.01-DATA de realização da entrevista, Q.2-ENTREVISTADOR, Q.3-MUNICÍPIO, Q.4-UF (estado de realização da pesquisa), Q.5-LOCAL DE VACINAÇÃO, Q.6-ÁREA (área de localização do posto de vacinação), podem ser preenchidas antes da aplicação dos questionários, para diminuir a duração de cada entrevista.

O preenchimento de datas deve respeitar o seguinte critério: 2 algarismos para dias, 2 algarismos para mês e 4 algarismos para o ano. Exemplo: 22/08/2008.

QUESTÕES 07 À 10

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E DO ACOMPANHANTE

07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ___/___/___ ☐ Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)

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

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

Deverão ser entrevistadas apenas crianças menores de 1 ano.

Se a criança já completou 1 ano de idade, ou está fazendo aniversário no dia de entrevista, não aplique o questionário, agradeça a colaboração e passe para outra criança.

Preencha datas com 2 algarismos para dias, 2 algarismos para mês e 4 algarismos para o ano.

08- SEXO DA CRIANÇA: 1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino

Refere-se ao sexo da criança.

09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA? 1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro ou nenhum parentesco

O objetivo da pergunta é saber se a criança está acompanhada de sua mãe (biológica ou adotiva). Qualquer dúvida sobre o grau de parentesco com a criança deve ser anotada no final do questionário nas "Observações".

10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

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

QUESTÕES 11 À 34

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

ATENÇÃO: As questões 11 à 34 referem-se aos líquidos e alimentos que a criança consumiu nas últimas 24 horas. Nesta pesquisa, consideramos "últimas 24 horas" o período compreendido entre "a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista".

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

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

- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O(A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q.11 à Q. 34)

11-TOMOU LEITE DE PEITO?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não (PASSE P/ Q. 13)	9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 13)
--------------------------	--------------------------------	---	---

Se a mãe ou informante respondeu **“Sim”** assinale e siga para a próxima questão – Q.12

Se a resposta for **“Não”** ou **“Não sabe”** ☒ ☐ assinale e pule para a Q.13.

12- QUANTAS VEZES?	_____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 ☐ Não sabe
--------------------	---

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

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

Se o informante de fato não sabe informar, pois não acompanhou a rotina da criança, assinale **“Não sabe”** e siga a próxima questão – Q.13.

13-TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
----------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Refere-se à água oferecida nas últimas 24 horas. **Não** considerar aqui o **Soro de Reidratação Oral**, pois ele é classificado como “medicamento”.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.14

14- TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
----------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Refere-se a qualquer tipo de chá oferecido nas últimas 24 horas, inclusive se dado como remédio, como por exemplo, o “chá para cólica”. Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.15.

15- TOMOU OUTRO LEITE?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não (PASSE P/Q. 17)	9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 17)
------------------------	--------------------------------	--	---

O objetivo dessa questão é saber se a criança recebeu qualquer tipo de leite que não seja o leite materno, com ou sem complementos (açúcar, engrossante, achocolatado, etc). Outro leite pode ser leite em pó, leite fluído tipo longa vida, em saquinho, garrafa, leite de vaca in natura, leite de soja, leite de cabra, etc.

Se o informante responder “Sim”, assinale e siga para a próxima questão - Q.16.

Se a resposta for “Não” ou “Não sabe” ☒ ☞ assinale e pule para a Q.17.

16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE (Leia as alternativas, e assinale apenas uma)

1 ☐ Só durante o dia? 2 ☐ Só à noite? 3 ☐ De dia e de noite? 9 ☐ Não Sabe

O objetivo é verificar em que períodos a mãe ofereceu **outro tipo de leite**. Veja exemplos:

Se a mãe disser que a criança recebeu outro leite só durante dia porque ela estava trabalhando fora e que à noite só deu o peito, assinale “Só durante o dia”.

Se a mãe disser que ofereceu o peito de dia e **outro leite à noite**, para poder descansar, assinale “Só à noite”.

Se a criança recebeu **outro leite** durante o dia e à noite assinale “De dia e de noite”, **mesmo que tenha também recebido leite materno**.

Nessa questão você deverá ler as alternativas de resposta “Só durante o dia”, “Só à noite”, “De dia e de noite” e assinalar apenas uma alternativa. Não leia a alternativa “Não Sabe” para evitar que o entrevistado apressado responda sempre “não sabe” para outras questões.

17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

Refere-se à refeição preparada com alguma farinha (trigo, mandioca, láctea, de roça, etc.) ou engrossante (maizena, cremogena, aveia, mucilon, creme de arroz, etc.) e misturada com leite, fruta ou mesmo só com água. Pode ser doce ou salgado.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.18.

18- COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

Refere-se a todo o tipo de fruta consumida em pedaço ou amassada. **Não considerar** aqui a fruta amassada com leite (essa informação deverá constar na Q.15- TOMOU OUTRO LEITE?)

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.19

19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q.26) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q.26)

Refere-se à refeição de sal com consistência líquida (sopa), pastosa (papa), que contém pedaços inteiros de alimentos e se assemelha à comida dos adultos, ou a mesma comida oferecida ao restante da família. Considere também a comida industrializada (de potinho).

Se a resposta for “Sim”, assinale e siga para a próxima questão - Q.20.

Se a resposta for “Não” ou “Não sabe”, ☒ ☞ assinale e pule para a Q.26.

20- QUANTAS VEZES? 1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes ou mais 9 ☐ Não Sabe

O objetivo é verificar quantas vezes a criança recebeu comida salgada (de panela, papa, sopa) da manhã do dia anterior até a manhã do dia da pesquisa.

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

21-A COMIDA OFERECIDA FOI (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)		
1 ☐ Igual à da família?	3 ☐ Industrializada (de potinho)?	Q.21 _ _ _ _ (Código para Digitação)
2 ☐ Preparada só para a criança?	9 ☐ Não Sabe	

Nessa questão o Entrevistador **deverá ler as alternativas de resposta, podendo assinalar mais de uma alternativa.**

Se a criança recebeu comida salgada 2 vezes ou mais, pode variar a forma de preparo do alimento. Por exemplo, pode ter sido oferecido no almoço uma sopa preparada “só para a criança” e no jantar “refeição igual à da família”.

Portanto é importante que o entrevistador esteja atento ao **número de vezes da Q.20**, para explorar um pouco a resposta, dizendo por exemplo:

“ - *Mas nessas 2 ou 3 vezes* [conforme o que foi respondido na Q.20] *a refeição foi “Igual a da família?”* [explorar a questão repetindo e confirmando o que foi dito na Q.21].

No caso de preenchimento de mais de uma alternativa o **Supervisor** na revisão dos questionários irá anotar no campo cinza os vários códigos assinalados pelo Entrevistador.

Assinale a(s) resposta(s) e siga para a próxima questão - Q.22

22-ESSA COMIDA FOI (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)		
1 ☐ Em pedaços?	2 ☐ Amassada?	Q.22 _ _ _ _ (Código para Digitação)
3 ☐ Passada pela peneira?	4 ☐ Liquidificada?	
9 ☐ Não Sabe		

Nessa questão o Entrevistador **deverá ler as alternativas de resposta, podendo assinalar mais de uma resposta.**

Se a criança recebeu comida salgada 2 vezes ou mais [conforme o que foi respondido na Q.20], pode variar o cardápio e a consistência do alimento (em pedaço, amassada, passada pela peneira, liquidificada), portanto é importante que o Entrevistador confirme a resposta dizendo:

“ - *Mas nessas 2 ou 3 vezes* [conforme o que foi respondido na Q.20] *a refeição foi amassada?* [explorar a questão repetindo e confirmando o que foi dito na Q.22].

Mesmo no caso da criança ter recebido apenas 1 refeição (Q.20), pode acontecer de na Q.22 o acompanhante responder 2 alternativas, pois a comida foi amassada e depois liquidificada.

Assinale a(s) resposta(s) e siga para a próxima questão - Q.23.

23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE (DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS, ETC)?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar carne de boi, vaca, frango, galinha, porco, peixe, bode, carneiro e vísceras (fígado, rim, coração, etc.).

Não considerar embutidos, como salsicha, lingüiça, etc. (essa informação deverá constar na “Q. 32- TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?”).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.24.

24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Considerar qualquer tipo de feijão.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.25

25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
---	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Considerar qualquer tipo de legume (abobrinha, chuchu, vagem, cenoura, etc.) e/ou verdura (alface, agrião, couve, espinafre, etc.)

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.26

26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Considerar sucos naturais feitos em casa, misturando-se a fruta com água. Considere também polpa de fruta congelada (desde que não contenha açúcar e conservantes) e água de coco natural.

Não considerar nessa questão a fruta batida com leite (essa informação deverá constar na “Q.15- TOMOU OUTRO LEITE?”).

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.27

Q. 27 À Q.31

QUESTÕES INTRODUZIDAS NO QUESTIONÁRIO COMO “MARCADORES” DE ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: “- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA”;

27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
---	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Considerar aqui os sucos artificiais em pó, os sucos ou água de coco em embalagem tipo “longa vida” e os sucos artificiais de garrafa pet.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.28

28-TOMOU REFRIGERANTE?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
-------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Refere-se à qualquer refrigerante oferecido nas últimas 24 horas. Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.29

29-TOMOU CAFÉ?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Refere-se a qualquer tipo de café oferecido nas últimas 24 horas. Considere também café com leite.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.30

30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
---	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Considerar qualquer líquido ou alimento (leite, chá, água, mingau, fruta, sucos, etc.) adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante artificial, etc. oferecido nas últimas 24 horas.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.31

31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Considerar qualquer tipo de bolacha ou biscoito, doce ou salgado. Considere também bolacha misturada ao leite.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.32

32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Refere-se a qualquer outro tipo de alimento ou líquido dado à criança, nas últimas 24 horas, não citado nas questões anteriores. Exemplos: iogurtes, pães, etc.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.33

33-ÚSOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

A questão procura verificar se algum alimento (leite materno, outro leite, sopa, papa, água, suco, etc.) foi dado à criança por meio de mamadeira ou chuquinha.

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.34

34-ÚSOU CHUPETA?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

A questão procura verificar se a criança usou chupeta **desde a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista.**

Assinale a resposta e siga para a próxima questão – Q.35

QUESTÕES 35 À 44			
INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO			

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anotar o nome)	9 ☐ Não Sabe
--	-------------------------------------

Anotar o nome do município onde está situado o hospital no qual a criança nasceu ou recebeu assistência após o parto.

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

Anotar a resposta e siga para a próxima questão – Q.36

36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (ANOTAR O NOME)	998 ☐ Nasceu em casa	9 ☐ Não Sabe
☛ Q.36 ☐ HAC (digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)		

Anotar o nome do hospital ou do serviço de saúde onde a criança nasceu ou recebeu assistência após o parto, mesmo que não seja do município onde está se realizando a entrevista. . Mesmo que a criança tenha nascido em casa ou na ambulância, se recebeu cuidados em hospital após o parto, preencher a questão.

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

Se o acompanhante não souber sobre o local de nascimento, marcar **“Não sabe”**.

Anotar a resposta e siga para a próxima questão - Q.37

Com o correto preenchimento das questões Q.35 e Q.36 será possível saber se a criança nasceu em um “Hospital Amigo da Criança”. Caso o informante responder “Não Sabe” verifique se consegue recuperar alguma informação contida na Caderneta de Saúde da Criança.

37- QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 ☐ Normal 2 ☐ Fórceps 3 ☐ Cesárea 9 ☐ Não Sabe
-------------------------------	---

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.38

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

38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
---	---

Pretende-se verificar se o aleitamento materno foi iniciado logo após o nascimento da criança, conforme preconizado pela OMS.

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

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.39

39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe p/ Q.43)
---	--

Se o acompanhante está com a **nova Caderneta** em mãos assinale “Sim” e passe para a Q.40

Se o acompanhante **NÃO** está com a **nova Caderneta** em mãos, assinale “Não” e pule para Q. 43

Se o acompanhante mostrar uma **Caderneta** que não tem a capa azul e rosa ☒ ☐ assinale “Não” e pule para a Q.43.

40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 ☐ Sim, inteira 2 ☐ Sim, algumas partes 3 ☐ Não leu [Outros acompanhantes]: 9 ☐ Não é a mãe (Passe p/ Q.41)
--

Lembramos que na questão Q.9 perguntamos ao informante qual o parentesco com a criança.

Se o acompanhante for a mãe da criança leia a pergunta – A Sra. leu a Caderneta?

Não leia as alternativas, deixe que a mãe responda espontaneamente.

Caso a mãe responda apenas: “- *Sim*”, explore um pouco a resposta, perguntando: “- *Mas a Sra. leu algumas partes ou leu toda a Caderneta?*”

Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q.41

Para “**Outros acompanhantes**” não leia a Q.40, ☒ ➔ assinale “Não é a mãe” e pule para a Q.41.

41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?

PARA MENINA (PAG. 46 E 47)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

PARA MENINO (PAG. 56 E 57)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Peça para o acompanhante (mãe, pai, ou outros acompanhantes) lhe emprestar um pouco a nova Caderneta (capa azul e rosa).

Observe que os Gráficos para Meninos ou Meninas encontram-se em páginas diferentes

Se a criança em estudo for Menina abra a nova Caderneta na página PAG. 46 E 47

Se a criança em estudo for Menino abra a nova Caderneta na página PAG. 56 E 57

Você irá observar no **GRÁFICO DE PESO X IDADE – DE 0 A 2 ANOS** se existe pelo menos 2 marcações feitas pelo profissional de saúde.

Caso tenha 2 ou mais “pontos” marcados sobre uma das linhas assinale “Sim”

Caso não tenha pelo menos 2 pontos sobre as linhas do gráfico anote “Não”

42-NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?

PARA MENINA (página 48 E 49) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

PARA MENINO (PAG. 58 E 59) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Se a criança em estudo for Menina abra a nova Caderneta na página PAG. 48 E 49

Se a criança em estudo for Menino abra a nova Caderneta na página PAG. 58 E 59

Você irá observar no **GRÁFICO DE ALTURA X IDADE - DE 0 A 2 ANOS** se existe pelo menos 2 marcações feitas pelo profissional de saúde.

Caso tenha 2 ou mais “pontos” marcados sobre uma das linhas assinala “Sim”

Caso não tenha pelo menos 2 pontos sobre as linhas do gráfico anote “Não”

43- QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? g (Se necessário, anote da caderneta) 9999 ☐ Não Sabe

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

Exemplo: Se a criança nasceu com 3 kilos 350 gramas anote 3350 gramas.

Se a criança nasceu com 4 kilos anote 4000 gramas.

44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)

1 ☐ Serviço Particular ou Convênio

☐ Rede Pública: _____ (ANOTE O NOME)

9 ☐ Não Sabe/Não se aplica

Q.44→Se REDE PÚBLICA especificar: 2 ☐ UBS 3 ☐ PACS/PSF 4 ☐ OUTROS (Código para digitação)

O objetivo desta questão é comparar as práticas alimentares de crianças que fazem acompanhamento em serviços particulares, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PACS/PSF).

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

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

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

Outras situações:

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

Exemplo 2: Crianças atendidas em Hospitais

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

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

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

Questões 45 à 49

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO DIA EM CASA - SOMENTE PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49)

45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?

___ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 ☐ Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]
999 ☐ Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]

Anote o número de dias que a criança permaneceu no hospital desde o dia de nascimento até a alta da maternidade. Não interessa nessa questão qualquer outra internação que tenha ocorrido após a alta da maternidade.

Se a criança nasceu em casa ou o acompanhante não souber a informação, passe para a Q. 50 (caso seja a mãe da criança) ou encerre a entrevista (caso não seja a mãe da criança).

Se o acompanhante for a mãe da criança passe para a Q. 46.

- NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:

46-MAMOU NO PEITO?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim	2 ☐ Não	9 ☐ Não Sabe

As questões Q.46 à Q.49 referem-se à **alimentação da criança NO PRIMEIRO DIA EM CASA após a alta da maternidade**. Mesmo que a criança tenha nascido em casa ou na ambulância, se recebeu cuidados em hospital após o parto, preencher as questões.

Deve ser perguntado alimento por alimento, anotando-se cada resposta. Não há instruções para pular questões. Assinale a resposta e passe para a questão seguinte.

Procure repetir o enunciado para cada alimento. O informante deve ser lembrado que as perguntas referem-se ao momento de chegada em casa, após a alta da maternidade.

Após aplicar o Bloco, se o informante for a mãe da criança, aplique as questões Q.50 à Q.55.

Se o informante não for a mãe da criança, revise rapidamente o preenchimento do questionário, inclusive as questões de pulo. Esclareça alguma dúvida agradeça ao entrevistado e encerre a entrevista.

Questões 50 à 55 INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE DA CRIANÇA															
FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)															
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)															
Anotar a idade da mãe em anos completos. Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q. 51															
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)															
Considere apenas filhos nascidos vivos. Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q. 52															
52-A SRA. SABE LER E ESCRIVER? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não															
Se a mãe responder que sabe um pouco, procure saber se ela consegue ler ou escrever uma carta. Se ela responder que sabe escrever uma carta, assinale " <u>Sim</u> ". Assinale a resposta e siga para a próxima questão - Q. 53															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)</th> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">54-E GRAU? (Assinale abaixo)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">0 ☐</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">1 ☐ 2 ☐ 3 ☐</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">1 ☐ INCOMPLETO 2 ☐ COMPLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">0 ☐ SEM ESCOLARIDADE</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">1 ☐ ENSINO FUNDAMENTAL</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">2 ☐ ENSINO MÉDIO</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">3 ☐ SUPERIOR</td> </tr> </table>				53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)		54-E GRAU? (Assinale abaixo)		0 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ INCOMPLETO 2 ☐ COMPLETO	0 ☐ SEM ESCOLARIDADE	1 ☐ ENSINO FUNDAMENTAL	2 ☐ ENSINO MÉDIO	3 ☐ SUPERIOR
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)		54-E GRAU? (Assinale abaixo)													
0 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ INCOMPLETO 2 ☐ COMPLETO												
0 ☐ SEM ESCOLARIDADE	1 ☐ ENSINO FUNDAMENTAL	2 ☐ ENSINO MÉDIO	3 ☐ SUPERIOR												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 👉 Q.53 _____ 👉 Q.54 _____ (Código para Digitação) </div>															

Q.53 – Assinale o quadradinho correspondente ao último ano (série) que cursou com aprovação

Q.54 – Assinale o nível do ensino correspondente – ensino fundamental (antigo primeiro grau); ensino médio (antigo colegial), superior incompleto, superior completo.

1º. grau (1ª à 8ª série, primário, ginásio) - corresponde ao **Ensino Fundamental**

2º. grau (1º ao 3º ano Colegial) - corresponde ao **Ensino Médio**

3º. grau (faculdade) - corresponde ao **Ensino Superior**

Exemplo 1: Se a mãe responder: “-Estudei até a 5ª série”.

1 ☒ ENSINO FUNDAMENTAL
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐

Pergunte: “-Mas a Sra. chegou a terminar a 5ª série?”

Se a mãe responder **SIM** anote: 5ª série do Ensino Fundamental

Se a mãe responder **NÃO** anote: 4ª série do Ensino Fundamental

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐

1 ☒ ENSINO FUNDAMENTAL

Exemplo 2: A mãe respondeu: “-Estou estudando, estou freqüentando o 3º ano do Ensino Médio”.

Anote o último ano que a mãe concluiu com aprovação. No caso desse exemplo o **último ano concluído** foi o 2º ano do Ensino Médio.

1 ☐ 2 ☒ 3 ☐

2 ☒ ENSINO MÉDIO

Em alguns casos, a mãe poderá utilizar a nova nomenclatura do **Ensino Fundamental (1º ao 9º ano)** ao invés de **1ª à 8ª série**. Nesta situação, considere a antiga classificação. Assim, se ela disser: “-Completei o 9º ano” considere que completou a 8ª série.

55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)

1 ☐ Está trabalhando fora? 2 ☐ Não está trabalhando fora? 3 ☐ Está sob Licença Maternidade?

Trabalhar fora de casa significa que a mãe exerce uma atividade remunerada fora de casa.

Não trabalhar fora significa que a mãe permanece em casa realizando atividades remuneradas ou não.

Licença maternidade é o afastamento remunerado do trabalho por 4 meses (em alguns locais, 6 meses) que as gestantes têm direito, quando possuem registro em carteira de trabalho.

Exemplos de preenchimento:

Exemplo 1: Se a mãe responder:

“- Não estou trabalhando fora, mas faço um bico como diarista”

1 ☒ Está trabalhando fora

Exemplo 2: Se a mãe responder:

“- Faço bico em casa costurando para uma confecção”

2 ☒ Não está trabalhando fora

Exemplo 3: Se a mãe responder:

“- Sou registrada como Empregada Doméstica estou de Licença Maternidade, 2 vezes por semana vou à casa da patroa para lavar as roupas, e ela me paga por fora”.

1 ☒ Está trabalhando fora

Observações: _____

Esse campo deve ser utilizado para anotações de acontecimentos durante a entrevista, dúvidas do entrevistador, anotações de algumas falas do informante que podem ajudar o Supervisor a decidir sobre o preenchimento de alguma questão.

Encerramento da entrevista

Antes de liberar a mãe/acompanhante, **revise rapidamente o preenchimento** de todo o questionário, observando as questões que não foram assinaladas. Verifique se seguiu corretamente as instruções de pulo, ou se esqueceu de aplicar alguma questão. No caso de **rasura circule a resposta correta**.

Após revisar o preenchimento, esclarecer e corrigir alguma questão, encerre a entrevista e agradeça a colaboração.

A Equipe da Coordenação agradece a colaboração e deseja a todos um ótimo trabalho!!!

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM
SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA

Protocolo: 001/08 **2º Parecer**

I. Identificação

Título: Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida.

Pesquisador(es): Sônia Ioyama Venâncio, Maria Mercedes Loureiro Escuder, Maria Cecília Dias Miranda, Jerônimo Gerolin, Elsa Regina Justo Giugliani.

Instituição onde se realizará o campo: Postos de vacinação das capitais brasileiras e de alguns municípios definidos pelas SES, priorizando aqueles com alta taxa de mortalidade infantil.

Instituição responsável: Instituto de Saúde – SES/SP.

Data de entrada no CEPIS: 3/03/08.

II. Parecer:

Acusamos o recebimento do projeto de pesquisa acima mencionado, em que as alterações sugeridas por este Comitê em 10.04.2008, foram acatadas. Desta forma considero o projeto **APROVADO**.

Data: 06.05.2008

SILVIA REGINA DIAS MEDICI SALDIVA
COORDENADOR DO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade de São Paulo

Janus

RELATÓRIO DE QUALIFICAÇÃO

Relatório do Exame de Qualificação do(a) Senhor(a) Gislene dos Anjos Tamasia no Programa de Mestrado em Nutrição em Saúde Pública - Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública do(a) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo realizado em 18 de Abril de 2012.

Após declarada aberta a sessão, o(a) Sr(a) Presidente passa a palavra ao candidato para exposição e a seguir aos examinadores para as devidas arguições que se desenvolvem nos termos regimentais. Em seguida, a Comissão Examinadora proclama o resultado:

Participantes da Banca	Instituição	Resultado
Sonia Isoyama Venancio (Presidente)	Externo FSP - USP	<u>Aprovada</u>
Maria Helena D Aquino Benicio	SES/SP -	<u>APROVADO</u>
Silvia Regina Dias Médici Saldiva	Externo	<u>Aprovada</u>

Resultado Final: aprovada

Eu,

(nome) Alessandra B. Frutuoso (assinatura) A. B. Frutuoso,
lavrei o presente relatório, que assino juntamente com os(as)
Senhores(as) examinadores.

São Paulo, 18 de Abril de 2012.

Maria Helena D Aquino Benicio Silvia Regina Dias Médici Saldiva
Maria Helena D Aquino Benicio Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Sonia Isoyama Venancio
Sonia Isoyama Venancio
Presidente da comissão examinadora