UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

PRÁTICAS ALIMENTARES EM MENORES DE UM ANO EM RECIFE-PE

RECIFE

2013

MICHELLE CARDOSO LIMA

Práticas Alimentares em menores de um ano em Recife-PE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, orientada pela Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profª Drª Sônia Bechara Coutinho

Área de Concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Linha de Pesquisa: Epidemiologia dos Distúrbios da Nutrição Materna, da Criança e do Adolescente.

RECIFE

2013

Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

L732p Lima, Michelle Cardoso.
Práticas alimentares em menores de um ano em Recife-PE. / Michelle Cardoso Lima. – Recife: O Autor, 2013.
68 f. : il.; tab.; quad.; gráf.; 30 cm.

Orientadora: Sônia Bechara Coutinho.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2013.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Aleitamento materno. 2. Alimentação complementar. 3. Consumo alimentar. 4. Saúde da criança. I. Coutinho, Sônia Bechara (Orientadora). II. Titulo.

617.6 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2013-0124)

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Título:

Práticas alimentares em menores de um ano em Recife - PE

Nome:

Michelle Cardoso Lima

Dissertação aprovada em: **10 de junho de 2013**

Membros da Banca Examinadora:

Profª. Drª. Cláudia Maria Tavares de Araújo

Profª. Drª. Kátia Galeão Brandt

Profª. Drª. Leopoldina Augusta Sousa Sequeira de Andrade

Recife
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR
Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta (Vice-Coordenadora)
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir
Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira
Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima
Profa Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Dra. Rosemary de Jesus Machado Amorim
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
(Leila Maria Álvares Barbosa - Representante discente - Doutorado)
(Catarine Santos da Silva - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima
Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga
Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo
Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes
Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

SECRETARIA
Paulo Sergio Oliveira do Nascimento
Juliene Gomes Brasileiro
Janaína Lima da Paz

À minha pequena princesa Bárbara, que nasceu durante esta caminhada, e me proporcionou o melhor papel da minha vida: o de mãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre presente em todos os momentos, principalmente nas dificuldades, mostrando-me o caminho certo a seguir.

À minha mãe, Evangelina, que mesmo ausente fisicamente, se faz presente em meu coração em todos os momentos.

Ao meu pai, Antonio, por seu apoio, amor, e por me incentivar a sempre querer ir mais além.

Às minhas irmãs, Márcia e Érika, e meu sobrinho David, pelo amor incondicional.

A Bernardo, pelo amor, carinho, companheirismo, apoio e incentivo em nossa caminhada.

À minha filha, Bárbara, por ser meu grande tesouro.

À minha numerosa família, que nunca mediu esforços e sempre vibrou com minhas conquistas.

Aos amigos que, de alguma forma em minha vida, ajudaram a me tornar quem sou hoje.

À minha orientadora, Profa. Sônia Bechara Coutinho, pelo apoio e inspiração, além da paciência e dedicação de tempo na orientação e elaboração desta dissertação.

Ao Professor Pedro Israel Cabral de Lira, pela excelente contribuição durante a análise dos dados.

A Paulo Frias, por sua generosidade em ceder o banco de dados desta pesquisa, além das contribuições científicas durante a confecção do projeto.

A todos os professores da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, pela participação na formação e construção do conhecimento.

Aos amigos da 26º turma do Mestrado, que tornaram esta jornada tão especial.

À minha amiga, também mestranda, Elaine Sereno, pelo apoio e ajuda durante a realização do projeto e da dissertação.

Aos funcionários da secretaria da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Juliene, Paulo e Janaína, pela credibilidade e empenho em seu trabalho.

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de estudos.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis."

José de Alencar

RESUMO

As práticas alimentares infantis são afetadas pelo desmame precoce e introdução incorreta de alimentos complementares, podendo levar a doenças carenciais, obesidade e doenças crônico-degenerativas. Este estudo objetivou identificar as práticas alimentares no primeiro ano de vida e os fatores associados. Estudo transversal, com dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno, com 3.119 crianças menores de um ano que compareceram à campanha de vacinação no Recife-PE, em 2008. Os acompanhantes foram entrevistados através de questionário estruturado contendo variáveis relacionadas à amamentação, introdução de outros líquidos e alimentos, características maternas e relacionadas à criança. Mais de dois terços dos menores de seis meses consumiram outro alimento além do leite materno: 24,7% água, 48,6% suco, 63,0% outro tipo leite e 40,3% mingau. Houve associação entre a maior escolaridade materna e o consumo de água, chá e mingau ($p \leq 0,001$), além do feijão ($p \leq 0,05$). Quanto ao trabalho materno, encontrou-se associação com o maior oferecimento de água, suco, outro leite, mingau, fruta e comida de sal ($p \leq 0,001$). A associação do consumo de água e mingau com as variáveis maternas permaneceu significante ($p < 0,05$) após a análise de regressão logística de Poisson. Verificou-se prevalência elevada no consumo de alimentos adoçados e biscoitos recheados/salgadinhos nos primeiros meses. A maior escolaridade e o trabalho maternos foram associados à introdução precoce de líquidos, alimentos sólidos e doces, representando riscos à saúde infantil. Torna-se necessário realizar diagnóstico da situação e analisar seus indicadores para subsidiar o planejamento de intervenções apropriadas.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alimentação complementar. Consumo alimentar. Saúde da criança.

ABSTRACT

Feeding practices in childhood are affected by early weaning and the incorrect introduction of complementary foods, which can lead to vitamin deficiencies, obesity and chronic degenerative diseases. The aim of the present study was to identify eating practices in the first year of life and associated factors. A cross-sectional study was carried out using data from the 2nd Survey on the Prevalence of Breastfeeding, involving 3119 infants up to 12 months of age who participated in the vaccination campaign in the city of Recife, Brazil, in 2008. Guardians were interviewed using a structured questionnaire addressing variables related to breastfeeding, the introduction of other liquids and foods as well as characteristics of the mother and infant. More than two thirds of the infants under six months of age consumed substances other than breast milk, such as water (24.7%), juice (48.6%), other type of milk (63.0%) and porridge (40.3%). Associations were found between a greater level of mother's schooling and the consumption of water, tea, porridge ($p \leq 0.001$) and beans ($p \leq 0.05$). Mother's work status was associated with the consumption of water, juice, other type of milk, porridge, fruit and savory foods ($p \leq 0.001$). The associations between characteristics of the mother and the consumption of water and porridge remained significant ($p < 0.05$) in the Poisson logistic regression analysis. Moreover, a high prevalence rate of the consumption of sweetened foods and cookies/salty snack foods in the first months of life was also identified. In conclusion, a greater level of mother's schooling and mother's work status were associated with the premature introduction of liquids, solid foods and sweets, representing risks to child health. Further studies are needed to analyze this situation and determine indicators to assist in the planning of appropriate measures.

Keywords: Breastfeeding. Complementary Foods. Food Intake. Child Health.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Artigo original

Tabela 1	Prevalência do aleitamento materno exclusivo, predominante e aleitamento materno em crianças de zero a 12 meses de idade. Recife (PE), 2008.	43
Tabela 2	Associação entre as características maternas e o consumo de outros líquidos por crianças de zero a seis meses de idade. Recife (PE), 2008.	45
Tabela 3	Associação entre as características maternas e o consumo de outros alimentos por crianças de zero a seis meses de idade. Recife (PE), 2008.	46
Tabela 4	Análise multivariada da associação entre as características maternas e o consumo de água e mingau, por crianças de zero a seis meses de idade. Recife (PE), 2008.	47
Tabela 5	Análise multivariada da associação entre as características maternas e o consumo de alimentos adoçados, por crianças de zero a 12 meses de idade. Recife (PE), 2008.	47
Figura 1	Prevalência de consumo de alimentos inapropriados para crianças menores de um ano, segundo a faixa etária, Recife (PE), 2008.	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AM	Aleitamento Materno
Amamunic	Amamentação e Municípios
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DF	Distrito Federal
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IC 95%	Intervalo de Confiança de 95%
Icict	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Ihac	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
II PPAM	II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno
LM	Leite Materno
MS	Ministério da Saúde
Nbcal	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pnam	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Programa Nacional de Imunizações
Pniam	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
Posca	Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente
RPA	Região Político Administrativa
R24h	Recordatório das 24 horas
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....13

2 REVISÃO DA LITERATURA..... 15

2.1 Introdução.....15
2.2 Método.....16
2.3 Aleitamento materno.....16
2.4 Alimentação complementar.....18
2.5 Fatores relacionados à alimentação inadequada.....19
2.5.1 Fatores relacionados à mãe.....21
2.5.2 Consumo de alimentos inadequados.....23
2.5.3 Uso de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras).....26
2.6 Considerações finais.....27

3 MÉTODOS.....28

3.1 Desenho do estudo.....28
3.2 Local do estudo.....28
3.3 População do estudo (amostra e cálculo amostral).....29
3.4 Definição das variáveis.....30
3.5 Instrumento de coleta de dados.....32
3.6 Método de coleta de dados.....32
3.6.1 Estratégia de capacitação.....33
3.7 Plano de análise dos dados.....33
3.8 Aspectos éticos.....34
3.9 Considerações metodológicas.....35

4 RESULTADOS.....37

4.1 Artigo original: Dieta complementar e alimentos inadequados no primeiro ano de vida: fatores maternos associados.....**37**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....53

REFERÊNCIAS.....54

APÊNDICES
APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO.....64

ANEXOS.....65-68
ANEXO A – FORMULÁRIO DE PESQUISA DA II PPAM.....65
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA.....67
ANEXO C – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO CEP /CCS/UFPE.....68

1 APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

As necessidades biológicas do crescimento e desenvolvimento da criança são afetadas por práticas alimentares inadequadas nos dois primeiros anos de vida, exemplificadas pela introdução incorreta e precoce de alimentos complementares, além do desmame precoce (WHO, 2002a; KRAMER; KAKUMA, 2012). Essa conduta pode levar ao surgimento de enfermidades, muitas vezes com repercussões negativas na vida adulta, como desnutrição, déficit no crescimento pôndero-estatural, carência de micronutrientes, exposição aumentada a agentes infecciosos, doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e câncer (VIEIRA et al., 2004a; OLIVEIRA et al., 2005; JOHNSTON et al., 2012; KRAMER; KAKUMA, 2012).

Desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), na década de 80, ocorreram melhorias na situação do aleitamento materno (AM). No entanto, ainda existem diferenças regionais significativas, evidenciando a necessidade de ações integradas e continuadas de planejamento, implementação e execução de políticas públicas centradas no fortalecimento do AM em todas as suas formas, especialmente no que concerne ao aleitamento materno exclusivo (AME) (BRASIL, 2009a; VENÂNCIO et al., 2010).

A complementação do leite materno (LM) com outros líquidos não nutritivos (água e chás) antes dos seis meses de idade ainda é comum, especialmente no Nordeste brasileiro, visto que as mães consideram necessária esta complementação. No entanto, é deletéria do ponto de vista biológico e nutricional, levando à diminuição da produção de LM e de seu consumo, à desnutrição, ao desmame precoce e ao aumento de riscos de morbimortalidade (PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; PALMEIRA; SANTOS; VIANNA, 2011; JOHNSTON et al., 2012). A decisão em parar de amamentar e a introdução precoce e inadequada de outros alimentos é fortemente influenciada pela falta de conhecimento, de apoio à amamentação e ao enfrentamento de dificuldades (BROWN; RAYNOR; LEE, 2011).

Entende-se por alimento complementar aquele que é introduzido na dieta do lactente, qualquer alimento sólido ou líquido que compõe a alimentação saudável regional, diferente do LM, mas que seja nutritivo do ponto de vista biológico, capaz de atender às necessidades metabólicas da criança (GIUGLIANI; VICTORA, 2000; BRASIL, 2013).

A importância de uma alimentação adequada do ponto de vista nutricional, que atenda às demandas da criança (especialmente na faixa etária de zero a 12 meses) e a proteja dos agravos à saúde decorrentes da interrupção precoce do AME incentivaram a realização da presente pesquisa, com a finalidade de responder a seguinte questão: Qual a prática alimentar e seus fatores associados em crianças menores de um ano em Recife –PE?

Portanto, este estudo visa primordialmente identificar as práticas alimentares em crianças menores de um ano no Recife – PE, verificando seus fatores associados, listando os tipos de alimentos utilizados e o período da introdução alimentar, além da prevalência do AM nesta população.

Para esta dissertação foram utilizados os dados extraídos da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (II PPAM), do município do Recife - PE. A II PPAM teve como objetivos verificar a situação da amamentação e da alimentação complementar no Brasil, analisando a evolução dos indicadores e identificando grupos populacionais vulneráveis à interrupção do aleitamento materno e avaliando as práticas alimentares saudáveis e não saudáveis (BRASIL, 2009b).

Esta dissertação está relacionada à linha de pesquisa Epidemiologia dos Distúrbios da Nutrição Materna, da Criança e do Adolescente, da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (Posca), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS-UFPE). Apresenta um capítulo de revisão da literatura acerca das práticas alimentares em menores de um ano. O segundo capítulo, denominado métodos, detalha a operacionalização da pesquisa. O capítulo seguinte consiste em um artigo original intitulado “Dieta complementar e alimentos inadequados no primeiro ano de vida: fatores maternos associados”.

Finalmente, apresentamos as considerações finais, esperando que os resultados obtidos possam subsidiar políticas públicas para melhorar a prática alimentar em crianças menores de um ano de idade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Introdução

Alimentação infantil é todo processo alimentar, comportamental e fisiológico, que envolve a ingesta de alimentos pela criança (BRASIL, 2002). As práticas alimentares têm repercussões importantes no estado de saúde e a promoção de mudanças faz parte das metas para atingí-la, sendo necessárias modificações baseadas na escolha e no preparo dos alimentos de maneira que promovam a adoção de uma alimentação mais saudável (MARINHO; HAMMAN; LIMA, 2007). Do ponto de vista científico, a relação entre dieta e saúde vem sendo investigada desde tempos remotos, e grandes avanços foram alcançados na identificação da relação entre ingestão de alimentos e desenvolvimento ou prevenção de doenças (FISBERG et al., 2005).

A formação dos hábitos alimentares começa na gestação e durante a amamentação. A mãe deve estar atenta à variedade dos alimentos na própria dieta, pois os mesmos interferem no odor do líquido amniótico e no sabor do leite materno (VALLE; EUCLYDES, 2007). É na infância que se inicia o contato com diferentes sabores e texturas, e as práticas alimentares nesta faixa etária dependerão de fatores de ordem econômica, social e cultural, além das preferências maternas, que atingem especialmente as crianças menores (WHO, 2002a; TOLONI et al., 2011). A construção dessas práticas também é influenciada pelo estado de saúde ou doença que afeta a criança, além das atitudes de cuidados dos pais, inclusive afetivas (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004; CHUPROSKI, 2009; TOLONI et al., 2011).

Para facilitar a aceitação, as crianças devem ser expostas a diferentes alimentos, em período oportuno, atentando-se para alimentos saudáveis, iniciados de forma correta e em período adequado. Destaca-se a importância do exemplo dos pais ou da pessoa mais ligada à sua alimentação (geralmente a figura materna), pois suas atitudes em relação à alimentação de seus filhos são importantes na formação do hábito alimentar, influenciando a saúde de suas crianças (VIEIRA et al., 2004b; VALLE; EUCLYDES, 2007).

Este capítulo de revisão objetiva descrever a importância da amamentação para a saúde da criança no período recomendado pela literatura científica, além de destacar o

papel da introdução correta e em período oportuno da alimentação complementar, como também do uso de alimentos inadequados no primeiro ano de idade.

2.2 Método

As bases de dados utilizadas foram Bireme, Biblioteca Cochrane, Medline, PubMed e Scielo. Foram pesquisados artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCs/MesH): alimentação (do lactente, infantil, complementar e artificial), aleitamento materno (breastfeeding), consumo alimentar (food intake), comportamento alimentar (feeding behavior), saúde da criança (child health), lactação, prática alimentar, alimentação complementar (feeding complementary) e desmame (weaning).

Foram incluídos artigos publicados no período de 2000 a 2013.

2.3 Aleitamento materno

A primeira fonte de alimento da criança é o LM. A prática do AM é a estratégia que mais previne mortes infantis, exercendo importante papel na promoção da saúde física, mental e psíquica da criança (WHO, 2002b; JOHNSTON et al., 2012). O aleitamento pode ser exclusivo (AME), quando a criança ingere apenas leite da mãe, seja diretamente da mama ou extraído, com exceção das gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos; predominante (AMP), quando o lactente recebe além do LM, água, chás e sucos; ou somente definido como aleitamento materno (AM), quando a criança, além de receber LM, também ingere outros alimentos (BRASIL, 2009b).

É consenso, entre os especialistas, que o AM é a melhor maneira de alimentar o lactente, com repercussões positivas no desenvolvimento biológico e emocional da criança. Sua prática de forma exclusiva é recomendada durante os seis primeiros meses de idade, período em que o LM é suficiente para suprir as demandas nutricionais do lactente. Após os seis meses de idade, é necessário elevar as quotas de energia e de micronutrientes, mantendo o AM por, pelo menos, até os dois anos. O leite humano prepara o organismo da criança para aceitar novos alimentos e fortalece o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis, quando comparado com crianças

que não foram amamentadas (WHO, 2002a; OLIVEIRA et al., 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006; BRASIL, 2009b; CRUZ; ALMEIDA; EGSTROM, 2010; JOHNSTON et al., 2012; KRAMER; KAKUMA, 2012).

A criança que foi totalmente desmamada antes dos seis meses de idade fica mais suscetível às infecções respiratórias, principalmente do trato respiratório inferior, afecções dermatológicas e intestinais (XIMENES et al., 2010; BERNARDI; GAMA; VITOLO, 2011; JOHNSTON et al., 2012; KRAMER; KAKUMA, 2012). Por outro lado, bebês que foram exclusivamente amamentados possuem maiores índices de inteligência e acuidade visual, persistindo o efeito protetor do LM durante toda a vida (PARIZOTO et al., 2009; DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; JOHNSTON et al., 2012).

A amamentação, nos países mais pobres, constitui uma importante estratégia para prevenir as mortes prematuras decorrentes de infecções e doenças carenciais. Seus benefícios estendem-se por toda a vida, reduzindo o risco e a gravidade de doenças não transmissíveis, como a diabetes e as doenças cardiocirculatórias (CAMINHA et al., 2010).

A complementação do LM com outros líquidos não nutritivos (água e chás), antes dos seis meses de idade, ainda é comum, visto que as mães consideram que as crianças necessitam dessa complementação, evidenciando o desconhecimento dos prejuízos de tal prática (VIEIRA et al., 2004b; FIDÉLIS; OSÓRIO, 2007; BROWN; RAYNOR; LEE, 2011). Elas valorizam o LM, mas não o utilizam como único alimento para as crianças de zero a seis meses de vida (SOUSA; ARAÚJO, 2005). No entanto, a complementação é desnecessária, do ponto de vista biológico e nutricional, ocasionando a diminuição da produção de LM e do seu consumo, levando à desnutrição, ao desmame precoce e ao aumento dos riscos de morbimortalidade (PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; JOHNSTON et al., 2012).

Mesmo com diversas políticas públicas centradas no apoio ao aleitamento, ainda há a necessidade de continuidade dessas ações, principalmente com ênfase no AME (VENÂNCIO et al., 2010). Os dados da Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM), em 2009, apontam, respectivamente, prevalências de 19,8% e 8,4% de AME aos quatro e seis meses de idade no Nordeste. Na cidade do Recife, PE, estas tendências foram de 18,6% e 6,1%, respectivamente (BRASIL, 2009a).

2.4 Alimentação complementar

Alimentos complementares são aqueles introduzidos na alimentação do lactente em momento oportuno, visando aumentar o aporte calórico e de micronutrientes. São representados pelos cereais, frutas, legumes, verduras, raízes, carnes, gorduras e ovos. No entanto, em países em desenvolvimento, como o Brasil, particularmente no Nordeste, a alimentação complementar integra as refeições de crianças menores de seis meses, geralmente a partir dos quatro meses, e é constituída basicamente de preparações lácteas, à base de leite de vaca em pó ou líquido, acrescida de amiláceos e açúcar, além de sucos de frutas e sopas (OLIVEIRA et al., 2005; DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010; PALMEIRA; SANTOS; VIANNA, 2011).

Uma alimentação complementar adequada é aquela que supre todas as necessidades de energia e de micronutrientes, como ferro, zinco, cálcio, vitaminas A e C, que é isenta de microorganismos patogênicos ou qualquer produto prejudicial, além de não ter excesso de sal ou condimentos. Além disso, a introdução deve ser feita de maneira gradual, uma alimentação composta de cereais, tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças desde a primeira etapa. Segundo recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), a alimentação deve ser a mais ampla possível, composta de proteínas heterólogas e glúten, visando à aquisição de tolerância e à redução no risco de alergenicidade (WHO, 1998; 2003; MONTE; GIUGLIANI, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; CAETANO et al., 2010).

O início da alimentação complementar deve ocorrer após os seis meses de vida, ofertando-se pequenas quantidades, com aumento gradativo das porções, além de se adaptar a consistência do alimento às necessidades e habilidades da criança. Recomenda-se o consumo de purês aos sete meses (nunca passados no liquidificador ou na peneira), de alimentos cortados, desfiados, amassados ou picados em pequenos pedaços aos oito meses, granulosos aos dez meses, e o início de ingestão dos alimentos constantes do cardápio da família a partir de um ano de idade (WHO, 2002b; VIEIRA et al., 2004b BRASIL, 2009b; DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, dos seis aos oito meses, as crianças amamentadas recebam duas a três refeições por dia. Dos nove meses aos dois anos de vida, a criança deve receber três a quatro refeições diárias e continuar a ser amamentada. Para aquelas que já foram desmamadas são preconizadas

de quatro a cinco refeições por dia, com lanches adicionais (PAHO, 2004; WHO, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil elaborou os dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de dois anos (BRASIL, 2010):

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

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

Passo 3 – Após os seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Passo 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Passo 5 – A alimentação complementar dever ser espessa desde o início e oferecida de colher, começar 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, garantindo 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.

Diversos autores destacam que o conhecimento de diferentes alimentos pela criança é uma das premissas para uma alimentação saudável e variada. Além de que o consumo de frutas, legumes e verduras é influenciado pela disponibilidade e acessibilidade desses alimentos em casa (BRASIL, 2002; ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

2.5 Fatores relacionados à alimentação inadequada

Existem, no Brasil, diversas iniciativas e políticas públicas que visam proteger e incentivar o AM e a alimentação na infância. Dentre elas, destacam-se o Guia

alimentar para crianças menores de dois anos, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (Nbcal) (BRASIL, 2002b, 2007). Além destas medidas, há a tentativa de promover o resgate de hábitos alimentares regionais, que sejam conhecidamente saudáveis (CHUPROSKI, 2009).

Considerando a importância de uma dieta adequada, que atenda todas as demandas nutricionais e metabólicas na infância, especialmente na faixa etária de zero a 12 meses, é crescente o interesse de pesquisadores da área de saúde da criança e de nutrição em conhecer os hábitos alimentares dessa população. Os agravos à saúde da criança, decorrentes de uma alimentação inadequada, têm sido amplamente discutidos, visto que determinadas práticas constituem fatores protetores de condições mórbidas tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, vários tipos de neoplasias e obesidade. As repercussões negativas decorrentes de uma alimentação inadequada são fruto do efeito cumulativo de alterações iniciadas de forma precoce, que resultam em morbidades no adulto (BRASIL, 2002a; SOUSA; ARAÚJO, 2005; XIMENES et al., 2010).

A prática alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, exemplificada pela introdução incorreta e precoce dos alimentos complementares e o desmame, está associada a consequências negativas na saúde das crianças, tais como desnutrição, déficit no crescimento pôndero-estatural, obesidade, carência de micronutrientes, exposição a agentes infecciosos e aumento da morbimortalidade infantil (WHO, 2002b; VIEIRA et al., 2004a ; OLIVEIRA et al., 2005; GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011). Crianças que recebem alimentos precocemente e as não amamentadas podem sofrer retardo no crescimento e obesidade, com risco 2,4 vezes maior de morte por infecções respiratórias e 3,9 vezes maior de morte por diarreia, quando comparadas àquelas que foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade (SPYRIDES et al., 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Em estudo que investigou a relação das práticas alimentares e as intercorrências clínicas em crianças de zero a seis meses de idade, destacaram-se as afecções respiratórias, principalmente a partir dos três meses, especialmente do trato inferior, devido à diminuição da proteção oferecida pelos anticorpos maternos. Isto

ocorre em maior prevalência nas crianças em AMP e AM, quando comparadas àquelas em AME, devido, provavelmente, ao consumo precoce de leite de vaca e à alergia desenvolvida pela ingestão de proteína heteróloga (VIEIRA et al., 2004b; XIMENES et al., 2010).

A introdução de outros líquidos antes dos quatro meses de idade é considerada responsável por efeitos nocivos à saúde dos lactentes, como a diminuição na absorção de nutrientes, especialmente o ferro, o decréscimo do volume de LM ingerido, além de aumentar o risco para diarreia, internamentos por infecções respiratórias e gastrintestinais, episódios de alergias e dos casos de desnutrição na infância, comprometendo o crescimento e desenvolvimento (VENÂNCIO et al., 2002; WHO, 2002a; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003; VIEIRA et al., 2004b; GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011). Esta prática ainda é frequente, com sua introdução ainda na primeira semana de vida, devido principalmente a fatores culturais (CAETANO et al., 2010; LIMA et al., 2011). São conhecidos os agravos em crianças que não foram amamentadas de forma exclusiva, tais como enterocolite necrotizante, diabetes e doenças respiratórias (PARIZOTO et al., 2009; BERNARDI; JORDÃO; BARROS FILHO, 2009; SULLIVAN et al., 2010; JOHNSTON et al., 2012; KRAMER; KAKUMA, 2012).

Assim como os líquidos, a introdução, antes dos quatro meses de idade, de alimentos complementares, também tem sido associada ao surgimento de doenças alérgicas na infância, como asma e dermatite atópica, sendo relacionada em vários estudos também com a baixa escolaridade e A idade materna e ao uso de chupeta e mamadeira (AUDI; CORREIA; LATORRE, 2003; LIMA; OSÓRIO, 2003; DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

2.5.1 Fatores relacionados à mãe

É importante destacar que os hábitos alimentares da criança, saudáveis ou não, começam nos primeiros meses de vida e são fortemente influenciados pela mãe ou outra pessoa mais ligada à sua alimentação, contribuindo a interação com o alimento, o ambiente, as reações familiares e as condições socioeconômicas (XIMENES et al.,

2010; LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011). No ambiente familiar são geradas práticas que expressam valores, crenças e aspirações, vividas no cotidiano como parte de um hábito importante na formação dos indivíduos. Na idade infantil, cabe aos pais preparar a dieta dos filhos, transmitindo-lhes um padrão alimentar saudável. Mas, quando a criança passa a frequentar a escola e a conviver com outras crianças, conhecerá hábitos, alimentos e preparações diferentes, que podem ser ou não saudáveis. Além disso, deve-se considerar que o consumo alimentar na infância é influenciado pela disponibilidade, acesso e preparo do alimento (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008; SALVE; SILVA, 2009).

As características maternas têm muita influência nos padrões de alimentação das crianças. Estudos apontam que a oferta de outros tipos de leite e de suplementos alimentares é mais frequente em mães adolescentes, quando comparada àquelas com mais de 20 anos. No entanto, parece não haver diferença nas prevalências de AM, AME e AMP quando comparadas mães adolescentes às mães adultas (PEDROSO et al., 2004; CRUZ; ALMEIDA; EGSTROM, 2010).

Em estudo realizado no sul do país, por Chuproski (2009), as mães disseram haver um "período" para o desmame. Estas associaram crenças e hábitos culturais ao processo de interromper a amamentação, apresentando dificuldades no manejo entre as mamadas e o horário das refeições em crianças que já consumiam alimentos sólidos (CHUPROSKI, 2009).

Por outro lado, mães que possuem hábitos alimentares saudáveis irão passá-los aos seus filhos desde o início da alimentação complementar, destacando-se aqui aquelas com maior nível de escolaridade, idade e renda familiar. Geralmente, as famílias de baixa renda possuem hábitos alimentares mais restritos. Mas, em estudo realizado em Feira de Santana-BA, evidenciou-se que mulheres pertencentes aos níveis socioeconômicos mais baixos dão maior valor ao AM e, em outra pesquisa realizada no Paraná, com mulheres de baixa renda, observou-se declínio do desmame precoce (VIEIRA et al., 2004a; CHUPROSKI, 2009).

A influência do trabalho materno sobre a amamentação foi observada em estudo realizado no sul do país: a prevalência de AME nos menores de seis meses foi maior entre mães que não trabalham fora e que estão em licença maternidade. Isto evidencia uma mudança nas práticas de alimentação infantil, pois a mãe, ao retornar ao trabalho, poderá interromper a amamentação e introduzir precocemente o uso de

outros líquidos e alimentos, acarretando prejuízo para a saúde de seu filho. É importante o amparo legal e maior incentivo à licença-maternidade remunerada de seis meses, apoio à amamentação no retorno ao trabalho, através de disponibilização de creches e locais adequados para ordenha e armazenamento do leite e flexibilização da jornada de trabalho (CAMPAGNOLO et al., 2012).

No entanto, Ximenes *et al*. (2010) identificaram o início do desmame já a partir dos três meses de vida e o desmame completo ainda aos quatro meses, especialmente em crianças filhas de mães donas de casa e sem trabalho fixo, o que não condiz com a ocupação das mesmas, visto estarem mais disponíveis para amamentar. Isto pode ser explicado pela inexperiência, baixa escolaridade e renda familiar, além de fatores culturais (VENÂNCIO et al., 2010; XIMENES et al., 2010; CAMPAGNOLO et al., 2012).

A paridade, como outro fator relacionado à prática da amamentação, foi avaliada por Vieira *et al*. (2004): mães multíparas e que não trabalhavam fora do domicílio apresentaram maior chance de iniciar e manter a lactação do que as primíparas, provavelmente devido à maior influência dos fatores culturais na introdução de outros líquidos, durante a amamentação. Nas mães primíparas é importante destacar que a menor frequência de AME pode estar associada à insegurança, além da crença de que o leite é fraco e não supre as necessidades da criança, levando a um maior uso de leites artificiais e outros líquidos, consequentemente de mamadeiras (VIEIRA et al., 2004b; CAMPAGNOLO et al., 2012). Há também dados apontando que mães que trabalham fora de casa e com mais de 35 anos tendem a oferecer mais tardiamente alimentos sólidos a seus filhos (SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010).

2.5.2 Consumo de alimentos inadequados

O Brasil, nas últimas décadas, vem passando por uma transição nutricional. Os padrões alimentares mais tradicionais, como cereais, raízes e tubérculos, estão sendo substituídos por uma alimentação mais rica em gorduras, açúcares, sal e conservantes, a qual, aliada à diminuição progressiva de exercício físico, converge para o aumento

no número de casos de sobrepeso e obesidade na infância e, consequentemente, na vida adulta (MARINHO; HAMMAN; LIMA, 2007). Inúmeros fatores são responsáveis por essas mudanças, tais como: renda familiar, nível de escolaridade, preço dos alimentos, preferências individuais, tradições culturais, fatores ambientais, geográficos e sociais. Essas mudanças nos padrões de consumo têm colocado a população brasileira em maior risco de doenças crônicas (MADRUGA, 2006).

O oitavo passo do guia alimentar para crianças menores de dois anos recomenda evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida e usar sal com moderação (BRASIL, 2002b). Em estudo realizado no município de São Paulo, com 718 crianças de até cinco anos de idade, verificou-se que, dentre os alimentos industrializados mais consumidos, o açúcar (66,3%) e os biscoitos (40,0%) foram aqueles que mais se destacaram. Outro estudo, realizado em uma creche, também em São Paulo, identificou que cerca de 75,0% das crianças consumiam alimentos com potencial obesogênico (AQUINO; PHILIPPI, 2007; TOLONI et al., 2011).

Caetano *et al*. (2010) também constataram que as crianças começam a receber precocemente alimentos industrializados, como doces, biscoitos recheados, macarrão instantâneo, refrigerantes e sucos artificiais. Esta atitude é influência da propaganda de consumo de alimentos mais práticos e pode significar uma tentativa da população mais carente em adquirir "status" social (CHUPROSKI, 2009). A introdução destes alimentos na dieta familiar é reflexo direto da estabilidade econômica das famílias, da maior praticidade e rapidez (especialmente das preparações prontas), além da durabilidade e boa aceitação destes produtos, especialmente pelas crianças. O consumo em excesso desses alimentos pode influenciar os padrões de vida, uma vez que os primeiros anos são cruciais para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis. A maioria dos produtos industrializados é rica em gorduras, carboidratos refinados e aditivos químicos, com grande quantidade de açúcar, polifenóis e acidulantes. Os dois últimos interferem na absorção de ferro não-heme, podendo levar à anemia, e também ao surgimento precoce de osteoporose, respectivamente. Geralmente, a população menos favorecida é a que mais os consome (AQUINO; PHILLIPI, 2002; TOLONI et al., 2011).

Toloni *et al*. (2011) encontraram associação significativa entre a introdução precoce de alimentos industrializados (principalmente salgadinhos, macarrão instantâneo e refrigerantes) e algumas características maternas. Mães com baixa

escolaridade apresentaram risco duas vezes maior de oferecer estes alimentos a seus filhos. Mães com idade inferior a 20 anos apresentaram risco 7,5 vezes maior de oferecer os mesmos alimentos. O alimento industrializado é muito utilizado devido à praticidade e ao sabor; no entanto, é fortemente associado ao baixo consumo de frutas, verduras, legumes e cereais. As mães adolescentes tendem a oferecer alimentos que fazem parte do cotidiano delas próprias: refrigerantes, salgadinhos e frituras, inadequados para a faixa etária pediátrica (LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011; CAMPAGNOLO et al., 2012). O inverso também ocorre, em que mães com maior nível de escolaridade tendem a oferecer menos alimentos industrializados a seus filhos, possivelmente pelo maior nível de informação (TOLONI et al., 2011; CAMPAGNOLO et al., 2012). Aquelas com 1º e 2º grau têm mais chances de não ofertarem carne a seus filhos, e as que possuem nível superior tendem a oferecer chás e água em um momento mais tardio. O mesmo se observa quanto ao número de filhos, em que primíparas têm maior chance de não oferecer feijão antes dos oito meses de idade (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003).

Outros alimentos também são consumidos por crianças menores de um ano, como os espessantes e o mel. A grande preocupação no consumo de mel antes de um ano de idade refere-se à imaturidade do sistema gastrintestinal da criança, sendo mais suscetível à intoxicação por esporos do *Clostridium botulinum*. No que se refere à introdução de chás e açúcar, estes geralmente são oferecidos antes dos 12 meses de idade. A influência cultural, especialmente das mães e avós, associada a propriedades calmantes, alívio de cólicas e hidratação da criança seriam justificativas para seu uso. Quanto ao açúcar, os hábitos culturais também refletem a prática, as mães ainda tendem a oferecê-lo na tentativa de satisfazer a criança, desconhecendo o grande aumento energético na dieta em detrimento do valor nutritivo (TOLONI et al., 2011).

Outro fator preocupante é o consumo de café por crianças menores de um ano. Este último tem sido associado à grande prevalência de anemia no Nordeste brasileiro, pois é prática comum o oferecimento da combinação do café com leite. O café contém altas concentrações de polifenóis, responsáveis pela reduzida absorção de ferro no organismo (BRASIL, 2002; CHUPROSKI, 2009; ANTUNES; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2010).

2.5.3 Uso de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras)

O uso de bicos artificiais tem potencial interferência nas práticas alimentares infantis, especialmente na associação do uso de mamadeiras e doenças diarreicas, além da mortalidade infantil. A mamadeira é uma importante fonte de infecção, reduz o tempo de sucção das mamadas, retarda o estabelecimento da lactação e altera a dinâmica oral, confundindo o bebê, pois, com seu uso, a criança não realiza os movimentos naturais à amamentação (abaixar, protuir e elevar a mandíbula e movimentos linguais para ordenha do leite), levando ao desmame precoce (WHO, 1998; GIUGLIANI; VICTORA, 2000; AUDI; CORREA; LATORRE, 2003; NEIVA et al., 2003; BRASIL, 2009b; CAMPAGNOLO et al., 2012).

No caso da chupeta, por ser um artefato universalmente aceito e muito difundido culturalmente, assume a função de acalmar, confortar e satisfazer as necessidades de sucção do bebê. Embora muitos estudos associem seu uso ao desmame precoce, indicando dificuldades na amamentação, falta de confiança materna e motivação em aleitar, ainda não está estabelecida uma relação de causalidade. Além do desmame, o uso de chupetas está intimamente relacionado a comprometimento do desenvolvimento sensório motor oral (ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

A chupeta e a mamadeira estão tão arraigadas em nossa cultura que já fazem parte do enxoval do bebê, sendo utilizadas logo na primeira semana de vida. As crianças alimentadas por mamadeira estão mais propensas a utilizar chupeta, visto que a fome é saciada, mas não a necessidade de prazer e conforto que o seio materno proporciona. A chupeta traz problemas à saúde infantil, tais como cáries, retardo no desenvolvimento da fala e da mastigação, otites recorrentes, possibilidade de acidentes (devido à queda das crianças com chupeta e o uso de fitas para prendê-las), infecções fúngicas na cavidade oral e ainda serve como veículo para parasitoses intestinais (CASTILHO; ROCHA, 2009).

Em estudo realizado em Volta Redonda (RJ), foram encontradas diferenças significativas no uso de chupeta e mamadeira entre as mães jovens e as com mais de 20 anos, sendo estes utensílios mais utilizados pelas crianças filhas de mães adolescentes (CRUZ; ALMEIDA; EGSTROM, 2010). A principal razão apontada para a introdução de outros líquidos e, consequentemente, de mamadeiras, são as cólicas, já para o uso de chupeta a justificativa seria a de acalmar o bebê. Esta última

aumenta em 90,0% o risco dos bebês não estarem mamando exclusivamente no terceiro mês de vida (MASCARENHAS et al., 2006; CAETANO et al., 2010).

Em estudo realizado em uma maternidade pública da cidade do Recife (2007), identificou-se que o maior uso da chupeta se deu entre crianças filhas de mães mais jovens. Estas crianças apresentaram resposta diminuída aos reflexos orais, língua mais projetada e foram desmamadas precocemente (ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2009).

2.6 Considerações finais

A alimentação infantil no primeiro ano de vida se distancia de uma prática alimentar segura, especialmente devido à interrupção precoce do AME e sua substituição por outros líquidos, além da introdução precoce de alimentos industrializados e inapropriados. Como consequência, esse grupo populacional fica exposto a situações de insegurança alimentar e nutricional muitas vezes severas.

Considerando a criança em sua totalidade e tendo em vista seu crescimento e desenvolvimento satisfatórios, deve-se assegurar por meio de políticas públicas eficientes e capazes de monitorar, detectar e solucionar o problema da oferta adequada de alimentos, orientação nutricional e educação em saúde no âmbito social da comunidade e, sobretudo, com enfoque na família, a fim de minimizar os efeitos deletérios de uma alimentação inadequada.

Além do exemplo dos pais e da família, é importante destacar o papel do profissional de saúde. Este deve repensar suas práticas para além das orientações de quais alimentos e em que período a mãe deve oferecê-los ao seu filho. Quando os profissionais prestam assistência, promoção e educação continuada de forma efetiva são capazes de transformar hábitos antes culturalmente aceitos, direcionando para práticas alimentares saudáveis e garantindo, assim, a saúde das crianças por eles atendidas. Para isto, é indispensável uma adequada formação e capacitação técnica destes profissionais, enriquecendo seus conhecimentos e competências, para incentivar, proteger e apoiar as práticas seguras de alimentação infantil (SOUSA; ARAÚJO, 2005; CHUPROSKI, 2009).

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

Foi desenvolvido um estudo transversal descritivo a partir de dados obtidos do município do Recife – PE, provenientes da II PPAM (BRASIL, 2009a).

A II PPAM teve como objetivos verificar a situação da amamentação e da alimentação complementar no Brasil, analisando a evolução dos indicadores de AM no período de 1999 a 2008, com a identificação dos grupos populacionais mais vulneráveis à interrupção do AM e a avaliação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis. Além de obter informações obstétricas e do nascimento da criança, tipo de atendimento de puericultura e dados maternos (BRASIL, 2009a).

A II PPAM foi financiada pelo MS por meio de convênio firmado com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e coordenada por uma equipe composta por pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Área Técnica de Saúde da Criança do MS. Contou com o apoio do Programa Nacional de Imunização (PNI), das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e, em vários estados, com a parcerias de universidades (BRASIL, 2009a).

3.2 Local do estudo

Recife, capital de Pernambuco, tem uma área de 218,50 km^2, sendo subdividido em 94 bairros. Para efeito de planejamento e gestão, a cidade é dividida em seis regiões político administrativas (RPAs), cada uma subdividida em três microrregiões que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. No que concerne à saúde, cada RPA corresponde a um distrito sanitário (RECIFE, 2013).

3.3 População do estudo (amostra e cálculo amostral)

Para a II PPAM foi realizada uma amostragem probabilística, da qual participaram 34.366 crianças menores de um ano que compareceram à segunda fase da campanha de multivacinação, em outubro de 2008, em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF). Em vários estados, houve adesão de outros municípios, além das capitais, de forma que o estudo contou com a participação de 266 municípios e aproximadamente 118.000 crianças menores de um ano, de todo o país.

Foram utilizados, no presente estudo, os dados oriundos de Recife-PE. No período em que ocorreu a II PPAM, o município possuía uma população de 1.533.580 habitantes (IBGE, 2008), sendo 20.985 crianças menores de um ano (BRASIL, 2009a). Para a presente dissertação foram utilizados os dados de 3.119 crianças.

O inquérito foi realizado adotando-se amostras por conglomerados, com sorteios em dois estágios e probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio foram sorteados os postos de vacinação e, no segundo, as crianças em cada posto. A amostra foi planejada com base nas informações fornecidas pela Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife – PE, tais como: número de postos de vacinação no município e número de crianças menores de um ano vacinadas em cada posto, em 2007. O tamanho amostral levou em conta a prevalência de AME em 1999, com acréscimo de 2,0 a 10,0%, prevendo-se um aumento da prevalência. Para compensar as perdas de precisão inerentes à amostra por conglomerados, acrescentou-se o efeito do desenho, multiplicando-se por 1,5 a estimativa inicial e, ainda, uma taxa de não resposta de 5,0 a 10,0%. O tamanho da amostra desejada para estimar o AME em menores de seis meses foi multiplicado por dois (BRASIL, 2009a).

A amostra foi representativa devido à grande cobertura vacinal da campanha, que no Recife foi de 111,9%, segundo o Programa Nacional de Imunizações (BRASIL, 2008) e à metodologia aplicada, fortalecendo os resultados obtidos, refletindo a situação das práticas alimentares na época da coleta de dados. No Brasil, é crescente o interesse dos municípios por essa estratégia, pois os levantamentos realizados em campanhas têm se mostrado adequados para a análise da situação da amamentação nas cidades, devido ao seu baixo custo e possibilidade de obtenção de dados representativos da população, em razão da alta cobertura populacional em campanhas de vacinação.

3.4 Definição das Variáveis

As práticas de alimentação complementar seguiram o preconizado, de acordo com a estratégia dos "Dez Passos para a Alimentação Saudável" (BRASIL, 2013). As variáveis utilizadas para análise neste estudo estão explicitadas no Quadro 1:

Quadro 1: Tipo, conceito e descrição das variáveis das mães e das crianças estudadas. Recife, 2008.

Variáveis	***Tipo / Conceito***	***Descrição***
Biológicas da criança		
Sexo	Dicotômica / corresponde ao gênero da criança.	• Masculino • Feminino
Idade	Numérica / corresponde à idade (em meses) das crianças, no momento da entrevista.	• < 4 meses • ≤ 6 meses • > 6 meses
Relacionadas à mãe		
Escolaridade materna	Qualitativa ordinal / corresponde ao grau de escolaridade da mãe, a partir do último ano de estudo concluído.	• Sem escolaridade • Fundamental incompleto • Fundamental completo • Ensino médio incompleto • Ensino médio completo • Superior incompleto • Superior completo
Trabalho materno	Qualitativa nominal / corresponde a: se a mãe trabalha fora, não trabalha, ou está gozando de licença maternidade no momento da entrevista.	• Está trabalhando fora • Não está trabalhando fora • Está de licença maternidade
Idade materna	Numérica contínua / corresponde à idade da mãe (em anos) no momento da entrevista.	• ≤ 19 anos • > 19 anos
Primiparidade	Dicotômica / corresponde a: se esta criança é o primeiro filho.	• Sim • Não
Alimentação da criança		
Tomou leite de peito	Categórica / corresponde à criança ter mamado no peito nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Tomou água	Categórica / corresponde à proporção de crianças que tomaram água nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Tomou chá	Categórica / corresponde à proporção de crianças que tomaram chá nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Tomou suco	Categórica / corresponde à proporção de crianças que tomaram suco nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Tomou mingau	Categórica / corresponde à proporção de crianças que tomaram mingau nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Tomou outro leite	Categórica / corresponde à proporção de crianças que tomaram outro leite nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar

(Continua)

(Continuação)

Comeu comida de sal	Categórica / corresponde à criança ter comido comida de panela nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Comeu fruta	Categórica / corresponde à criança ter comido fruta nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Comeu verduras/legumes	Categórica / corresponde à criança ter comido verduras e legumes nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Comeu carne	Categórica / corresponde à criança ter comido carne nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Comeu feijão	Categórica / corresponde à criança ter comido feijão nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Comeu biscoito ou salgadinho	Categórica / corresponde à criança ter comido biscoito e/ou salgadinho nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Comeu alimentos adoçados	Categórica / corresponde à criança ter comido alimentos adoçados nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Tomou suco de fruta industrializado	Categórica / corresponde à criança ter tomado suco de fruta industrializado nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Tomou refrigerante	Categórica / corresponde à criança ter tomado refrigerante nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar
Tomou café	Categórica / corresponde à criança ter tomado café nas 24 horas anteriores à entrevista.	• Sim • Não • Não sabe informar

A análise do aleitamento materno neste estudo seguiu as recomendações da OMS (WHO, 2008):

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebeu somente leite materno, diretamente da mama ou ordenhando, sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): a criança recebeu leite materno, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas e fluidos rituais;
- Aleitamento Materno (AM): a criança recebeu leite materno e quaisquer outros líquidos ou alimentos.

No caso de variáveis que apresentarem como resposta o item "não sabe informar", foram consideradas como *missings*, sendo excluídas da análise.

3.5 Instrumento de Coleta de dados

O questionário de pesquisa contém predominantemente questões fechadas sobre o consumo de LM nas últimas 24 horas, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos (Anexo A). O recordatório foi adaptado para ser aplicado de forma qualitativa, sem quantificar os alimentos. A utilização de dados atuais (*current status*), recomendada pela OMS, tem por objetivo minimizar possíveis vieses de memória do informante.

O recordatório das 24 horas (R24h) é o instrumento mais empregado para avaliação da ingestão de nutrientes e alimentos de diversos grupos populacionais. Consiste em definir e quantificar tudo o que o indivíduo consumiu nas 24 horas anteriores à entrevista, mostrando-se sensível às diferenças culturais. A qualidade das informações depende da memória, idade e escolaridade do entrevistado, como também do treinamento prévio do entrevistador e de sua capacidade de estabelecer um canal de comunicação. O método tem como vantagens o curto tempo de aplicação, não influenciar na ingesta do indivíduo, poder ser utilizado em qualquer faixa etária ou nível de compreensão, como em analfabetos, seu baixo custo e, se for realizado de forma seriada, poder estimar a ingestão habitual de alimentos. Possui algumas desvantagens, já que depende da capacidade recordatória do entrevistado, da habilidade do pesquisador e da dificuldade em estimar o tamanho das porções (FISBERG et al., 2005).

3.6 Método de coleta de dados

A coleta dos dados da II PPAM foi realizada por entrevistadores previamente capacitados, junto aos acompanhantes de crianças menores de um ano, durante a segunda etapa da campanha de multivacinação, que ocorreu no dia nove de agosto de 2008.

As entrevistas ocorreram durante o dia inteiro da campanha, estendendo-se também durante o período em que as atividades de vacinação ultrapassaram a data prevista.

As mães ou acompanhantes das crianças foram abordadas na fila de vacinação e eram informados sobre o inquérito alimentar e, após o consentimento verbal, os questionários eram aplicados individualmente.

3.6.1 Estratégia de capacitação

Para a II PPAM foram convidados dois representantes das áreas técnicas de saúde da criança dos estados e um das capitais para participar de um treinamento em três oficinas de 16 horas nas macrorregionais. Estas oficinas ocorreram em Brasília, para as regiões Norte e Centro-Oeste; no Recife, para a região Nordeste; e em São Paulo, para as regiões Sul e Sudeste. Nestas oficinas foram entregues manuais de apoio, com a finalidade de orientar os coordenadores, supervisores de campo e entrevistadores (BRASIL, 2009a).

Após a capacitação, foram selecionados os supervisores de campo por distrito sanitário e entrevistadores de acordo com o número de postos sorteados, adicionando 20,0% de reserva técnica a ser utilizada para as faltas e substituições no dia da coleta, diante de alguma dificuldade. O conteúdo e método reproduziram a oficina nacional, através de uma oficina municipal de 12 horas, realizada do Centro de Saúde do Trabalhador - Recife.

O manual de apoio foi entregue aos participantes das oficinas, com a finalidade de orientar os supervisores de cada distrito sanitário e os entrevistadores de cada posto.

3.7 Plano de análise dos dados

Os dados da II PPAM foram digitados pelos municípios em um aplicativo da *web*, desenvolvido pela equipe de informática do Instituto de Comunicação e

Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz). Este foi elaborado com os mesmos recursos do aplicativo Amamunic (Amamentação e Municípios) do Instituto de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP). Após a digitação, os dados das capitais e do DF foram exportados para um banco no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)16.0,* para análise.

Os dados do município do Recife – PE foram transportados para um banco específico criado no programa *Epi Info;* versão 6.04 (CDS, Atlanta, USA). Após revisão das incoerências e correção dos possíveis erros de digitação (*"validate"*), checados e excluídos os valores nulos, foi realizada análise univariada de todos os dados disponíveis, com cálculos de proporções para as variáveis categóricas. Para comparar a associação entre as características maternas e a proporção de crianças com menos de seis meses que estavam em aleitamento materno no momento da entrevista e o uso de outros líquidos e outros alimentos, foram realizados cálculos do risco relativo como estimativa das *Razões de Prevalência*, e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). O valor de *p* foi calculado por meio do teste qui-quadrado (x^2) de Pearson, com correção de *Yates*. Após esta etapa, procedeu-se a realização da análise multivariada, por regressão de Poisson, através do programa *Stata,* versão 7.0 (Stata Corp., College Station, USA), para ajuste dos fatores de confusão.

A exposição dos resultados foi apresentada por meio de tabelas de distribuição de frequências e de gráfico das variáveis analisadas.

3.8 Aspectos éticos

Por se tratar de um inquérito de base populacional e observacional, que envolveu riscos mínimos de natureza psíquica, física, moral, intelectual, social ou cultural aos participantes, solicitou-se aos acompanhantes das crianças menores de um ano o consentimento verbal para aplicação do questionário, após dar-lhes todas as informações inerentes à pesquisa.

Todos os entrevistadores foram orientados a ler um texto de apresentação da pesquisa, visando padronizar as informações para o esclarecimento dos acompanhantes

e solicitação do consentimento verbal. Os acompanhantes receberam filipetas contendo dados de contato com o coordenador local da pesquisa, sendo possível, com esses procedimentos, agilizar as entrevistas e não interromper a vacinação.

Os dados para a realização desta pesquisa foram cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife (Anexo B), sendo assumido o compromisso de confidencialidade com os participantes (Apêndice A).

Para fins desta pesquisa com dados do Recife-PE, foi solicitada avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e a análise dos dados foi iniciada após a aprovação pelo referido comitê, processo número 537/11, e CAAE número 0529.0.172.000-11 .

Os resultados gerais obtidos foram utilizados apenas e exclusivamente para alcançar o objetivo do trabalho, incluída sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos, além do retorno aos gestores, com o objetivo de subsidiar as ações de planejamento e execução de políticas públicas de saúde.

3.9 Considerações metodológicas

Dentre as limitações deste estudo é conveniente mencionar que, em se tratando de um estudo transversal, torna-se difícil avaliar até que ponto os padrões alimentares incorporam mudanças induzidas por intervenções educativas ou de outra natureza. Visto que, neste tipo de pesquisa, as medidas de exposição e efeito são realizadas ao mesmo tempo, não sendo fácil avaliar associações entre elas. Por outro lado, apresenta custo relativamente baixo e é de fácil condução. Este tipo de pesquisa é muito útil para avaliar as necessidades de uma população, especialmente quando os dados são oriundos de pesquisas repetidas, com amostras aleatórias e definições padronizadas. Assim, é possível obter indicadores úteis de tendência. Para isto, faz-se necessário utilizar um questionário claro, bem elaborado, com uma amostra de tamanho adequado e boa taxa de resposta (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Outro limitante se refere à realização de um estudo com dados secundários, em que se pode encontrar valores incoerentes com as variáveis pesquisadas. Com o objetivo

de diluir vieses, foi realizada a revisão e/ou retirada destes valores, através do programa *Epi Info,* versão 6.04.

No entanto, mesmo com possíveis obstáculos metodológicos, o presente estudo é importante, no que se refere aos benefícios que a análise destes dados pode trazer, através do conhecimento dos indicadores do aleitamento materno e da prática alimentar das crianças no primeiro ano de vida, no município do Recife-PE.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Artigo original: Dieta complementar e alimentos inadequados no primeiro ano de vida: fatores maternos associados

Resumo

Objetivos: Identificar as práticas alimentares no primeiro ano de vida e os fatores maternos associados.
Métodos: Estudo transversal, com dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno, com 3.119 crianças menores de um ano que compareceram à campanha de vacinação no Recife, PE, em 2008. Os acompanhantes foram entrevistados através de questionário contendo variáveis relacionadas à amamentação, introdução de outros líquidos e alimentos, características maternas e relacionadas à criança.
Resultados: A prevalência do aleitamento materno exclusivo para os menores de quatro meses foi de 50,1% e 10,5% estavam desmamados. Mais de dois terços dos menores de seis meses consumiram outro alimento além do leite materno: 24,7% água, 48,6% suco, 63,0% outro tipo leite, 40,3% mingau e 16,2% não mamavam mais. Houve associação entre a maior escolaridade materna e o consumo de água, chá e mingau ($p \leq 0,001$), além do feijão ($p \leq 0,05$). Quanto ao trabalho materno, encontrou-se associação com o consumo de água, suco, outro leite, mingau, fruta e comida de sal ($p \leq 0,001$). A associação do consumo de água e mingau com as variáveis maternas permaneceu significante ($p < 0,05$) após a análise de regressão logística de Poisson.
Conclusões: A maior escolaridade e o trabalho maternos foram associados à introdução precoce de líquidos, alimentos sólidos e doces, representando riscos à saúde infantil. Verificou-se elevada prevalência no consumo de alimentos adoçados e biscoitos recheados/salgadinhos nos primeiros meses. Torna-se necessário realizar um diagnóstico da situação e analisar seus indicadores para subsidiar o planejamento de intervenções apropriadas.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alimentação complementar. Consumo alimentar. Saúde da criança.

.

Abstract

Original article: Complementary diet and inadequate foods in the first year of life: Factors associated with characteristics of the mother

Purpose: The aim of the present study was to identify feeding practices in the first year of life and factors associated with characteristics of the mother.
Methods: A cross-sectional study was carried out using data from the 2nd Survey on the Prevalence of Breastfeeding, involving 3119 infants up to 12 months of age who participated in the vaccination campaign in the city of Recife, Brazil, in 2008. Guardians were interviewed using a structured questionnaire addressing variables related to breastfeeding, the introduction of other liquids and foods as well as characteristics of the mother and infant.
Results: The prevalence of exclusive breastfeeding among infants under four months of age was 50.1% and 10.5% had already been weaned. More than two thirds of the infants under six months of age consumed substances other than breast milk, such as water (24.7%), juice (48.6%), other type of milk (63.0%) and porridge (40.3%), and 16.2 % no longer breastfed. Associations were found between a greater level of mother's schooling and the consumption of water, tea, porridge ($p \leq 0.001$) and beans ($p \leq 0.05$). Mother's work status was associated with the consumption of water, juice, other type of milk, porridge, fruit and savory foods ($p \leq 0.001$). The associations between characteristics of the mother and the consumption of water and porridge remained significant ($p < 0.05$) in the Poisson logistic regression analysis.
Conclusions: A greater level of mother's schooling and mother's work status were associated with the premature introduction of liquids, solid foods and sweets, representing risks to child health. A high prevalence rate of the consumption of sweetened foods and cookies/salty snack foods in the first months of life was identified. Further studies are needed to analyze this situation and determine indicators to assist in the planning of appropriate measures.

Keywords: Breastfeeding. Complementary Feeding. Food Intake. Child Health.

Introdução

O Ministério da Saúde (MS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e sua manutenção por, pelo menos, os dois primeiros anos (BRASIL, 2009a). Além disso, estabelece por meio dos " Dez passos para alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos", que a introdução da alimentação complementar seja realizada de maneira gradual e com alimentos adequados à maturidade biológica e funcional da criança (BRASIL, 2010). A introdução de outros alimentos é um determinante das preferências alimentares e do surgimento de determinadas morbidades que podem se prolongar por toda a vida do indivíduo (CAMPAGNOLO et al., 2012).

Nos últimos anos, os indicadores sobre aleitamento materno (AM) e a introdução da alimentação complementar vêm apresentando melhorias. Na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (II PPAM) a prevalência do AME no conjunto das capitais foi de 41,0% para os menores de seis meses. No entanto, este valor não reflete a real situação, visto que cada região apresenta indicadores distintos, que variam. No Recife, por exemplo, a prevalência foi de 38,3%, para os menores de seis meses, com uma mediana de 49,59 dias de duração do AME (BRASIL, 2009a).

Apesar da política nacional de proteção e estímulo ao aleitamento materno e dos esforços envidados pelos gestores e profissionais de saúde, ainda há muito a ser feito para atingir os valores ideais. Dados nacionais demonstram que, já no quarto mês de vida ocorre a introdução de suco de fruta, mingau, frutas e sopas, caracterizando a introdução precoce dos alimentos (SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010).

A introdução alimentar, quando efetuada de maneira errônea pode levar a casos de obesidade, diabetes, hipertensão arterial e outras alterações metabólicas ainda na infância, perpetuando-se até a fase adulta (GREER; 2010; SOCHA et al., 2011).

Historicamente, a introdução de alimentos complementares sofre influências culturais, familiares, maternas e de cunho econômico (SALDIVA et al., 2007; CHUPROSKI et al., 2012). No Brasil, estudos recentes têm mostrado a influência de fatores maternos sobre a duração do aleitamento materno e da alimentação infantil (BRUNKEN et al., 2006; PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; ARAÚJO et al., 2008). Diante disso, justifica-se a necessidade de conhecer os fatores associados em cada realidade local, com vistas a subsidiar a escolha de estratégias que foquem e adequem as intervenções em grupos de risco.

O presente estudo objetivou investigar as práticas alimentares no primeiro ano de vida e os fatores maternos associados na cidade do Recife (PE).

Métodos

Estudo transversal, descritivo, sobre práticas alimentares de amostra representativa da população de crianças menores de um ano de idade que compareceram aos postos de vacinação na segunda etapa da campanha da vacinação do ano de 2008, no Recife (PE). O cálculo amostral foi baseado nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, que realizou 24.915 vacinas em crianças menores de um ano nesta campanha da vacinação, nos postos distribuídos nas seis gerências regionais de saúde.

Para o cálculo amostral foi considerada a prevalência de AME em menores de seis meses no Recife, em 1999, com acréscimo de 2,0 a 10,0%, supondo um aumento da prevalência no período entre 1999 e 2008. Acrescentou-se a taxa de não resposta, que variou entre 5,0% e 10,0%, constituindo a amostra de 3.119 crianças. Adotou-se a amostragem por conglomerados, sorteados em dois estágios, para que fosse representativa da população do Recife. No primeiro estágio, foram determinados os postos nos quais seria realizada a coleta de dados pelos entrevistadores. Buscou-se a obtenção de amostra equiprobabilística, ou seja, as crianças vacinadas em grandes conglomerados tiveram maior chance de participar do primeiro sorteio e as crianças vacinadas em pequenos conglomerados tiveram maior chance no segundo sorteio. No segundo estágio, foi realizada uma amostragem sistemática na fila de vacinas, de acordo com critérios pré-estabelecidos pela equipe da coordenação nacional da pesquisa.

O questionário elaborado para coleta de dados continha questões fechadas, para facilitar seu preenchimento e evitar que a realização das entrevistas prejudicasse o andamento da campanha de vacinação. As questões sobre alimentação referiram-se às últimas 24 horas; considerando-se "últimas 24 horas" o que a criança recebeu da manhã do dia anterior à manhã do dia da pesquisa. Cada posto de vacinação contemplado tinha, pelo menos, quatro entrevistadores e um supervisor de campo, todos treinados para realizar as entrevistas, além de suporte da coordenação local (gerência distrital) e da coordenação municipal. A pesquisa estendeu-se por um mês, além do dia principal.

Foram obtidos dados maternos, como escolaridade (categorizada em: sem escolaridade e ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou

incompleto e ensino superior completo ou incompleto), idade (categorizada em menor ou igual a 19 anos e maior que 19 anos), ocupação no momento da entrevista (categorizada em: trabalha fora, não trabalha fora e em licença maternidade) e paridade (primíparas ou multíparas). Além de dados biológicos da criança, como idade (até quatro meses, até seis meses e maior que seis meses), sexo (feminino e masculino), hospital de nascimento (Hospital Amigo da Criança ou não) e tipo de parto (transpelviano ou cirúrgico).

O responsável respondeu a questões relacionadas ao consumo dos seguintes alimentos, pela criança, no dia anterior à entrevista: leite materno, água, chá, outro leite, suco, mingau, fruta, comida de panela/comida de sal, carne, feijão, legumes/verduras, refrigerante, biscoito recheado/salgadinho, alimentos adoçados e café. Todas as variáveis foram categorizadas em consumiu e não consumiu.

O aleitamento foi classificado de acordo com os seguintes conceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS): Aleitamento Materno Exclusivo (AME) - quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos; Aleitamento Materno Predominante (AMP) - quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás; Aleitamento Materno (AM) - quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano (WHO, 2003).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Processo nº 537/11). Este estudo não envolveu conflito de interesses.

Análise dos dados

Para a análise dos dados da II PPAM foi utilizado um aplicativo desenvolvido pelo Serviço de Desenvolvimento de Sistemas da Secretaria de Saúde de São Paulo e Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) para a digitação dos dados utilizando a *Internet*, por meio de sistema *online* (http://www.redeblh.icict.fiocruz.br/pesqam), que possui recursos de checagem dos dados durante a digitação. As análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0.

A análise univariada dos dados do município do Recife (PE) expressou a frequência da variável de desfecho sob a forma de proporções. Para a análise da associação entre as características maternas e a proporção de crianças com menos de seis meses que estavam em aleitamento materno no momento da entrevista e o uso de outros líquidos e outros alimentos, foram realizadas *Razões de Prevalência* e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). O valor de *p* foi calculado por meio do teste qui-quadrado (x^2) com correção de Yates, através do programa *Epi Info*, versão 6.04, sendo considerada diferença estatisticamente significativa quando $p<0,05$. As variáveis que apresentaram $p<0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise de regressão logística de Poisson, com erro padrão robusto, estimando-se as razões de prevalência ajustadas, seus respectivos intervalos de confiança e avaliação da significância estatística. As análises foram realizadas no software *Stata,* versão 7.0

Resultados

Foram avaliados os dados de 3.119 crianças, das quais 3.079 apresentaram dados completos com relação ao aleitamento materno e alimentação complementar. Para a análise da associação do consumo de alimentos inadequados para as faixas etárias de zero a seis meses e zero a 12 meses com as variáveis independentes, o número amostral variou conforme o registro de dados completos.

Entre as crianças menores de um ano avaliadas, metade era do sexo feminino. Quanto à idade, 38,0% tinham até quatro meses, 10,0% entre quatro e seis meses e 52,0% eram maiores de seis meses. Dentre as crianças menores de seis meses de idade, 44,0% já consumiam água, sendo 24,7% menores de quatro meses. O consumo de chá esteve presente em 12,7% da população até quatro meses. Na faixa etária entre quatro e seis meses, 40,3% das crianças consumiram mingau, 48,6% suco e 63,0% outro tipo de leite.

Da população estudada, 67,0% nasceu em Hospital Amigo da Criança, sendo a metade nascida através de parto cirúrgico e cerca de um terço não mamou na primeira hora de vida (35,6%). Quanto às características maternas, 86,0% das mães eram maiores de 19 anos, metade eram primíparas, 44,6% estudaram até o ensino fundamental, e 76,3% não trabalhavam fora do domicílio ou estavam em licença maternidade no momento da entrevista.

Na Tabela 1 encontram-se as prevalências de AM em suas diferentes modalidades, segundo a faixa etária (em meses) da criança. A prevalência do AME foi de 49,9% para os menores de quatro meses e 10,5% das crianças nesta faixa etária já estavam totalmente desmamadas. Mais de dois terços das crianças menores de seis meses consumiram outro tipo de alimento além do leite materno e 16,2% não mamavam mais. Apenas 56,7% das crianças com idade entre seis e 12 meses consumiam leite materno associado a outros alimentos.

Tabela 1 . Prevalência do aleitamento materno exclusivo, predominante e aleitamento materno em crianças de zero a 12 meses de idade. Recife (PE), 2008.

Faixa etária (em meses)	AME			AMP			AM		
	Total n	Sim %	Não %	Total n	Sim %	Não %	Total n	Sim %	Não %
0-4	1091	49,9	50,1	872	15,6	84,4	1179	89,5	10,5
4-6	533	14,4	85,6	311	16,4	83,6	544	71,3	28,7
0-6	*1624*	*38,3*	*61,7*	*1183*	*16,0*	*84,0*	*1723*	*83,8*	*16,2*
6-12	-	-	-	806	6,4	93,6	1599	56,7	43,3

*AME: aleitamento materno exclusivo; AMP: aleitamento materno predominante; AM: aleitamento materno.

O consumo de outros líquidos, que não o leite materno, por crianças menores de seis meses de idade, no dia anterior à entrevista, segundo as características maternas é apresentado na Tabela 2. Foi encontrada associação estatisticamente significante entre a maior escolaridade materna e o consumo de água, chá e mingau. As mães com maior nível de escolaridade (ensino médio e superior) oferecerem mais outro tipo de líquido a seus filhos, quando comparadas àquelas sem escolaridade ou com ensino fundamental. As genitoras que trabalhavam fora ofereceram 1,53 vezes mais água, 2,21 vezes mais suco, 1,74 vezes mais mingau e 1,67 vezes mais outro tipo de leite a seus filhos menores de seis meses, quando comparadas às mulheres que não trabalhavam fora ou estavam em licença maternidade no momento da entrevista (dados estatisticamente significantes).

Observa-se, na Tabela 3, a associação das características maternas com o consumo de outros alimentos (fruta, comida de sal, carne, feijão e legumes), no dia anterior à entrevista, por crianças menores de seis meses de idade. Identifica-se

associação estatisticamente significante entre a maior escolaridade e o oferecimento de feijão, além do trabalho materno e o oferecimento de fruta e comida de sal. Houve um maior oferecimento de feijão às crianças filhas de mães com menor idade (1,57 vezes mais), porém sem significância estatística. O mesmo ocorreu nas mães primíparas quanto ao oferecimento de fruta (1,30) e comida de sal (1,16). As mães que trabalhavam fora apresentaram duas vezes mais chances de oferecer fruta e 2,79 vezes mais chances de ofertar comida de sal aos seus filhos menores de seis meses de idade.

As variáveis que apresentaram o valor de $p< 0,20$ no teste do qui-quadrado e foram selecionadas para análise de regressão multivariada (Poisson) foram o consumo de água e mingau para os menores de seis meses de idade (Tabela 4), e o consumo de alimentos adoçados para as crianças menores de 12 meses (Tabela 5), com as respectivas características maternas. As associações entre o consumo de água e mingau nos menores de seis meses e a maior escolaridade e o trabalho materno permaneceram estatisticamente significantes ($p<0,05$). Os filhos de mães que trabalhavam apresentaram 1,60 e 1,93 mais chances de consumir água e mingau (IC 95% 1,29-1,96 e IC95% 1,45-2,60, respectivamente). Quanto ao consumo de alimentos adoçados, observa-se associação com significância estatística entre a maior escolaridade, a multiparidade e o trabalho materno, na análise univariada. Mães que trabalham fora apresentam 1,28 vezes mais chances de ofertar alimentos com adição de açúcar a seus filhos menores de um ano. Após a análise de regressão logística, a significância estatística permaneceu para a maior escolaridade e o trabalho materno, aumentando para 1,36 vezes as chances de oferecimento de alimentos adoçados para os filhos de mães que trabalham fora (IC 95% 0,67-0,91).

Tabela 2 . Associação entre características maternas e consumo de outros líquidos por crianças de zero a seis meses de idade. Recife (PE), 2008.

Características maternas	Água			Chá			Suco			Mingau			Outro leite		
	< 6 meses			< 6 meses			< 6 meses			< 6 meses			< 6 meses		
	n	%	RP (IC 95%)	n	%	RP (IC 95%)	n	%	RP (IC 95%)	n	%	RP (IC 95%)	n	%	RP (IC 95%)
Escolaridade															
Sem escolaridade/Ens. Fundamental	327	38,7	0,82*** (0,73-0,92)	69	8,2	0,61*** (0,45-0,81)	175	21,8	0,94 (0,78-1,14)	135	16,4	0,61*** (0,50-0,75)	328	38,7	0,95 (0,84-1,08)
Ensino Médio e Superior	318	47,3	1	91	13,5	1	147	23,1	1	177	26,8	1	275	40,7	1
Idade															
<19 anos	135	43,1	1,02 (0,88-1,18)	25	8,1	0,72 (0,48-1,09)	62	21,4	0,94 (0,74-1,20)	74	24,3	1,20 (0,96-1,51)	129	41,2	1,05 (0,91-1,22)
>19 anos	508	42,3	1	134	11,2	1	259	22,7	1	237	20,1	1	472	39,1	1
Paridade															
Primípara	335	42,8	1,01 (0,90-1,14)	85	10,8	1,03 (0,77- 1,39)	167	22,6	1,01 (0,83-1,22)	154	20,2	0,91 (0,75- 1,11)	310	39,6	0,99 (0,88-1,13)
Multípara	304	42,3	1	75	10,4	1	152	22,4	1	156	22,1	1	287	39,8	1
Trabalho															
Trabalha fora	105	61,4	1,53*** (1,34-1,76)	12	7,1	0,65 (0,37-1,15)	72	42,9	2,21*** (1,80-2,72)	57	33,5	1,74*** (1,37-2,21)	105	61,4	1,67*** (1,45-1,91)
Não trabalha/Licença maternidade	533	40,1	1	144	10,8	1	243	18,4	1	250	19,2	1	492	36,9	1

Valor de p: * $\leq$ 0,05; ** $\leq$ 0,01; *** $\leq$ 0,001

Tabela 3. Associação entre características maternas e o consumo de outros alimentos por crianças de zero a seis meses de idade. Recife (PE), 2008.

Características maternas	Fruta			Comida de sal			Carne			Feijão			Legumes		
	< 6 meses			< 6 meses			< 6 meses			< 6 meses			< 6 meses		
	n	%	RP (IC 95%)	n	%	RP (IC 95%)	n	%	RP (IC 95%)	n	%	RP (IC 95%)	n	%	RP (IC 95%)
Escolaridade															
Sem escolaridade/Ens. Fundamental	72	8,8	0,89 (0,64- 1,22)	75	9,0	0,83 (0,61-1,13)	29	39,7	0,90 (0,61-1,32)	22	29,7	0,61* (0,40-0,94)	60	81,1	0,93 (0,81-1,07)
Ensino Médio e Superior	65	9,9	1	72	10,9	1	31	44,3	1	34	48,6	1	62	87,3	1
Idade															
<19 anos	30	10,0	1,09 (0,74-1,61)	29	9,4	0,96 (0,65-1,41)	9	33,3	0,75 (0,42-1,33)	15	55,6	1,57' (1,04-2,39)	22	81,5	0,96 (0,79-1,17)
>19 anos	107	9,1	1	117	9,9	1	51	44,3	1	41	35,3	1	99	84,6	1
Paridade															
Primípara	80	10,6	1,30 (0,94-1,80)	81	10,5	1,16 (0,85-1,58)	30	38,0	0,78 (0,54-1,15)	29	36,3	0,83 (0,55-1,25)	63	78,8	0,86* (0,75-0,98)
Multípara	57	8,1	1	64	9,1	1	30	48,4	1	27	43,5	1	58	92,1	1
Trabalho															
Trabalha fora	28	16,6	2,0*** (1,36-2,94)	38	22,4	2,79*** (1,99-3,90)	17	47,2	1,16 (0,76- 1,76)	14	37,8	0,97 (0,60-1,57)	35	92,1	1,13 (0,99-1,29)
Não trabalha/Licença maternidade	107	8,3	1	105	8,0	1	42	40,8	1	40	38,8	1	84	81,6	1

alor de p:' ≤ 0,10; * ≤ 0,05; ** ≤ 0,01; *** ≤ 0,001

Tabela 4. Análise multivariada da associação entre as características maternas e o consumo de água e mingau, por crianças de zero a seis meses de idade. Recife (PE), 2008.

Características maternas	Água				Mingau			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	n	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	p	n	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	P
Escolaridade								
Sem escolaridade/Ens. Fundamental	327	0,82*** (0,70-0,96)	0,79 (0,67-0,92)	0,003	135	0,61*** (0,49-0,76)	0,59 (0,46-0,74)	0,000
Ensino Médio e Superior	318	1	1		177	1	1	
Idade								
<19 anos	135	1,02 (0,84-1,23)	-	-	74	1,20 (0,93-1,56)	1,14 (0,87-1,50)	0,33
>19 anos	508	1			237	1	1	
Paridade								
Primípara	335	0,99 (0,84-1,15)	-	-	154	1,09 (0,88- 1,37)	-	-
Multípara	304	1			156	1		
Trabalho								
Trabalha fora	105	1,53*** (1,24-1,88)	1,60 (1,29-1,96)	0,000	57	1,74*** (1,30-2,32)	1,93 (1,45-2,60)	0,000
Não trabalha/Licença maternidade	533	1	1		250	1	1	

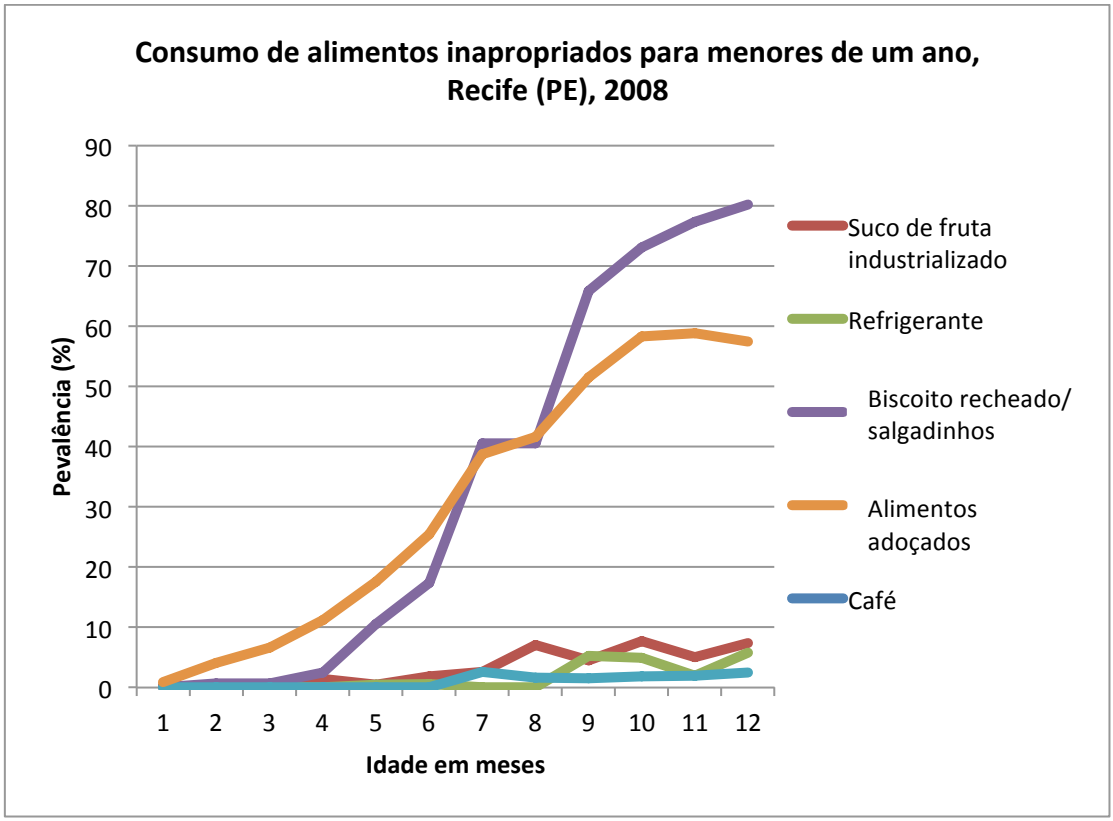
Valor de p: *≤ 0,05; ** ≤ 0,01; *** ≤ 0,001

Tabela 5. Análise multivariada da associação entre características maternas e consumo de alimentos adoçados, por crianças de zero a 12 meses de idade. Recife (PE), 2008.

Características Maternas	Alimentos adoçados				
	Não ajustado			Ajustado	
	n	%	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	p
Escolaridade					
Sem escolaridade/Ens. Fundamental	371	26,0	0,78*** (0,67-0,89)	O,78 (0,67-0,91)	0,002
Ensino Médio e Superior	386	33,5	1	1	
Idade					
<19 anos	152	31,4	1,09 (0,91-1,30)	1,14 (0,93-1,40)	0,19
>19 anos	601	28,8	1		
Paridade					
Primípara	352	27,1	0,86* (0,74-0,98)	0,85 (0,72-1,00)	0,058
Multípara	397	31,6	1	1	
Trabalho					
Trabalha fora	144	35,8	1,28** (1,06-1,53)	1,36 (0,67-0,91)	0,002
Não trabalha/Licença maternidade	601	28,0	1	1	

Figura 1 demonstra a prevalência do consumo de alimentos inapropriados para menores de um ano de idade. O uso deste tipo de alimento (suco de fruta industrializado, refrigerante, biscoito recheado e salgadinhos, alimentos adoçados e café) já é observado desde os primeiros meses e segue em ascensão, especialmente quanto aos alimentos com adição de açúcar (ainda no primeiro mês de idade e aos 12 meses são oferecidos para 60,0% das crianças). Quanto ao consumo de biscoitos recheados e salgadinhos, verifica-se um crescimento potencial a partir dos quatro meses de idade, atingindo cerca de 80,0% ao final do primeiro ano de vida.

Figura 1. Prevalência de consumo de alimentos inapropriados para crianças menores de um ano, segundo a faixa etária, Recife (PE), 2008.



Discussão

No presente estudo, o desmame precoce em crianças menores de seis meses de idade mostrou-se um grave problema de saúde e a introdução de outros líquidos nessa faixa etária apresentou alta prevalência. Observou-se também associação das características maternas com o oferecimento precoce de alimentos sólidos em menores de seis meses e alimentos inadequados no primeiro ano de vida.

Os indicadores de AME em crianças menores de seis meses no Recife (PE) apresentaram evolução importante, quando comparadas as duas Pesquisas de Prevalência do Aleitamento Materno, em 1999 e 2008 (VENÂNCIO et al., 2010); no entanto, ainda se encontram aquém do preconizado (WHO, 2003). Cerca da metade da população menor de seis meses já não se encontrava em AME. Dados semelhantes também foram encontrados em Volta Redonda (RJ) e em São Paulo (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010; GOLIN et al., 2011). O percentual de crianças menores de seis meses em AME, no Recife (38,3%), em 2008, apesar de maior que a média no Nordeste (37,0%) ficou abaixo da média brasileira no mesmo ano (41,0%), de acordo com a II PPAM. Apesar da evolução positiva, ainda há necessidade de intervenções específicas para que as crianças menores de seis meses possam se beneficiar das vantagens desta prática (BRASIL, 2009a; PARIZOTO et al., 2009).

O conhecimento adquirido nos últimos anos, através de diversas pesquisas, demonstra os agravos à saúde da criança quando a amamentação exclusiva no período recomendado não é seguida: enterocolite necrotizante, alergia, pneumonia, diabetes, doenças carenciais, dentre outros (REA, 2003; MARQUES; LOPES; BRAGA, 2004; FEWTRELL et al., 2007). Apesar das evidências científicas dos benefícios do aleitamento materno na saúde física e mental das crianças e dos riscos associados à sua interrupção em momento precoce, estes resultados apontam que o Brasil continua com um grave problema de saúde pública, sendo urgente a necessidade de monitoramento dos indicadores, com a identificação dos fatores modificáveis (EICKMAN et al., 2007; WHO, 2007; PARIZOTO et al., 2009).

Em Pernambuco, um evento pioneiro destacou a defesa do AME: portaria da Secretaria Estadual de Saúde, divulgada em 1974, que proibiu a distribuição de leite industrializado e mamadeiras em maternidades públicas. Este o primeiro passo para tentar combater o problema do desmame precoce no Estado (PERNAMBUCO, 1974). Mesmo assim, os hábitos culturais ainda permanecem fortes, muitas vezes por

influência das avós, como o uso precoce de água e chás para minimizar a sede em dias muito quentes, devido às propriedades calmantes, alívio da cólica ou "limpar o intestino", mesmo que em menor proporção que o encontrado em outros estados brasileiros (COUTINHO et al., 2005; BRUNKEN et al., 2006; PARADA, CARVALHAES; JAMAS, 2007; TOLONI et al., 2011).

Além dos hábitos culturalmente existentes, o processo de industrialização e o ingresso da mulher no mercado de trabalho influenciaram a substituição do leite materno pelo leite pasteurizado e em pó. Surge, então, a "alternativa" mais segura e cômoda para alimentar crianças, levando a uma mudança radical nos padrões alimentares do lactente (BITTENCOURT et al., 2005). Estudos internacionais demonstraram que crianças amamentadas com fórmula possuem mais gordura em sua composição corporal, quando comparadas àquelas amamentadas exclusivamente (SOCHA et al., 2011; GALE et al., 2012).

É possível inferir que o desmame observado neste estudo tem relação com o oferecimento precoce de outros líquidos e alimentos em menores de seis meses, quando a prática recomendada é o AME (WHO, 2002a; 2003; 2008; BRASIL, 2002b; 2004). As causas do desmame são múltiplas: além de crenças, hábitos e influências familiares, acrescentam-se o despreparo dos profissionais de saúde em estabelecer uma comunicação e educação em saúde eficientes, além do marketing das indústrias e comerciais de alimentos infantis (ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

Características maternas, como o trabalho fora do lar e o maior nível de escolaridade foram associadas, neste estudo, ao início do desmame antes do quarto mês de idade e, consequentemente, o consumo precoce de outros líquidos, em especial água, mingau e outro leite (principalmente na faixa etária de quatro a seis meses). Isto evidencia que o retorno da mãe ao trabalho é fator de risco para a introdução de outros alimentos, podendo repercurtir negativamente na saúde da criança (CHUANG et al., 2010). Outros autores também encontraram associação do trabalho materno com o desmame precoce e a introdução de outros líquidos. No entanto, o mesmo não foi observado quanto à maior escolaridade materna, já que nestes estudos mães de maior escolaridade amamentaram por mais tempo e postergaram a introdução de outros líquidos (DAMIÃO, 2008; CAMPAGNOLO et al., 2012).

Nos últimos anos ocorreram mudanças no contexto social e econômico, que favoreceram o egresso da mulher no mercado de trabalho. Com isso, ela passou a assumir mais uma função, o que implicou em mudança de atitude em relação à

amamentação (ARAÚJO et al., 2008). Por ser o hábito alimentar fortemente influenciado pelas características maternas e familiares, é importante o amparo legal às mães trabalhadoras, para que elas possam ter a garantia de licença maternidade remunerada, acesso à creche, locais apropriados para a ordenha e a estocagem do leite, além da flexibilização da jornada de trabalho com pausas para amamentar seu filho (ROBINSON et al., 2007; BRASIL, 2010; CHUANG et al., 2010).

Os lactentes cujas mães trabalhavam fora de casa também consumiram precocemente frutas e comida de sal. Em relação ao nível de escolaridade, o mesmo ocorreu com maior consumo de alimentos sólidos pelos menores de seis meses cujas mães tinham mais anos de escolaridade. Este hábito é considerado impróprio para a faixa etária, e não condizente com a possibilidade de essas mulheres terem maior acesso a informações sobre práticas alimentares saudáveis (SKAFIDA, 2009). Em estudo realizado em São Paulo, também se observou maior consumo de alimentos sólidos por crianças menores de seis meses filhas de mães que trabalhavam fora. Os autores enfatizaram que apesar de inadequada, a introdução precoce de frutas provavelmente ocorreu devido à maior aceitação da criança, acesso e ênfase dada pelo profissional de saúde (SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010).

Algumas pesquisas relataram a introdução precoce de alimentos sólidos em menores de um ano de idade (OLIVEIRA et al., 2005; PARADA, CARVALHAES; JAMAS, 2007). O consumo destes alimentos antes do período recomendado traz consequências perigosas à saúde da criança, evidenciando a relação entre consumo de alimentos complementares antes dos seis meses de idade e o risco elevado de doenças cardiovasculares e obesidade na fase adulta (WU; CHEN, 2009).

Os dados apresentados nesta pesquisa descrevem a elevada prevalência do consumo inapropriado de alimentos adoçados e biscoitos recheados/salgadinhos ainda nos primeiros meses de idade, em filhos de mulheres com maior escolaridade e que trabalhavam fora no momento da entrevista. Corrêa *et al.* (2009) encontraram, em Florianópolis (SC), maior consumo de doces em filhos de mulheres que trabalhavam fora do domicílio, resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. No entanto, em São Paulo, o consumo destes alimentos, apesar de elevado, foi associado à menor escolaridade e idade materna (TOLONI et al., 2011).

Registra-se que açúcar e sal são integrados ao cardápio da criança de maneira incorreta, tanto em relação à época de sua introdução quanto na quantidade, sendo quase sempre muito acima do necessário e em época precoce. Alimentos com estes

componentes contêm alta densidade energética e poucos nutrientes, favorecendo o surgimento de doenças ainda na infância, como obesidade, hipertensão arterial e cáries dentárias (FELDENS et al., 2010; FALL et al., 2011; NADEAU et al., 2011; GUARDAMAGNA et al., 2012), além de ser um preditor de hábitos alimentares inadequados na adolescência e vida adulta (FIORITO et al., 2010).

Apesar de este estudo apresentar algumas limitações que merecem ser comentadas, como o fato de ser um estudo transversal, a partir de um banco de dados não sendo possível avaliar relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas, ressalta-se que a realização de pesquisas durante as campanhas de vacinação tem se mostrado estratégia eficaz, devido ao seu menor custo e à grande cobertura vacinal, o que torna a amostra representativa do Recife (PE) um registro importante em âmbito regional.

No entanto, mesmo verificando-se melhora na prevalência do AME no município do Recife, os índices ainda estão abaixo do desejado. Conclui-se também que a maior escolaridade materna e o trabalho materno fora do domicílio são fatores associados à introdução precoce de líquidos, alimentos sólidos e doces nesta população. Uma situação que apresenta risco potencial à saúde das crianças e de desenvolver doenças crônicas na idade adulta. Portanto, deve ser objeto de intervenção e educação nutricional específica dessa população de risco.

Assim, os resultados são relevantes, uma vez que a abordagem de problemas relacionados ao desmame precoce e à introdução inoportuna de alimentos nos menores de um ano de idade servem como gerador de hipóteses para investigações futuras mais detalhadas, subsidiando novas políticas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram melhora na situação do AM no município do Recife; no entanto, ainda se encontra muito aquém do recomendado. Estes avanços podem ser creditados às inúmeras iniciativas em prol da amamentação e alimentação saudável, como o Pniam, a Ihac e a Rede Amamenta e Alimenta Brasil.

Porém, no Recife, diferentemente do que aponta a maioria dos estudos, alguns grupos populacionais precisam ser priorizados pelos progamas de incentivo à amamentação e alimentação saudáveis. Mães com maior nível de escolaridade e que trabalham fora de casa constituem categorias de risco para o desmame precoce e para a introdução inoportuna de alimentos complementares, além daqueles alimentos de alto valor energético e baixa importância nutricional. Estas práticas podem gerar consequências negativas na saúde e no estado nutricional destas crianças.

Devido às múltiplas questões que interferem na amamentação e na alimentação complementar de crianças, o monitoramento, em nível local, dos fatores associados deve fazer parte das estratégias de proteção e promoção de hábitos saudáveis. As intervenções sobre este grupo populacional pressupõem um diagnóstico atual da realidade, considerando as características sociais e os cenários que possam ter relação com o evento em si, possibilitando assim, o planejamento e a execução de políticas públicas eficientes que possam reverter essse quadro tão alarmante.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M.M.L.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 26, n. 8, p. 1642-1650, ago. 2010.

AQUINO, R.C.; PHILIPPI, S.T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública,** v. 36, n. 6, p. 655-660, 2002.

ARAÚJO, C.M.T.; SILVA, G.A.; COUTINHO, S.B. Aleitamento materno e uso de chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensório motor oral. **Revista Paulista de Pediatria,** v. 25, n. 1, p. 59-65, 2007.

ARAÚJO, O.D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 61, n. 4, p. 488-492, Jul/Ago. 2008.

ARAÚJO, C.M.T.; SILVA, G.A.P.; COUTINHO, S.B. A utilização da chupeta e o desenvolvimento sensório motor oral. **Revista CEFAC**. v. 11, n. 2, p. 261-267, Abr/Jun. 2009.

AUDI, C.A.F.; CORREA, M.A.S.; LATORRE, M.R.D.O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itabira, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 3, n. 1, p. 85-93, 2003.

BERNARDI, J.L.D.; JORDÃO, R.E.; BARROS FILHO, A.A. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Revista Pan Americana de Saúde Pública,** v. 26, n. 5, p. 405-11, 2009.

BERNARDI, J. R..; GAMA, C.M.; VITOLO, M. R. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 27, n. 6, p. 1213-1222, 2011.

BITTENCOURT, L.J. et al. Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 5, n. 4, p. 439-48, Out/dez. 2005.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Basic Epidemiology**. 2 ed. São Paulo: World Health Organization, 2010. 213 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: 2002. Série A – Normas e Manuais Técnicos, n. 107. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_criancas_menores_2anos.pdf>. Acesso em: 10 out, 2011.

_____. **Dez Passos Para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_criancas_2anos_guia_profissional.pdf>. Acesso em: 15 set, 2011.

_____. **Dez Passos Para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para criança menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2 ed. Brasília: 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf>. Acesso em: 30 maio, 2013.

_____.Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. 2009 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 05 ago, 2011.

_____.**Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida**. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica. n, 23. 2009 b. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernoatenaaobasica_23.pdf >. Acesso em: 17 ago, 2011.

_____. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf> . Acesso em: 15 maio, 2013.

_____. **Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 . Disponível em: <http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_203.pdf>. Acesso em: 15 maio, 2013.

_____. Programa Nacional de Imunizações.**Campanha de multivacinação 2008**. Disponível em: <http://pni.dataus.gov.br/consulta_polio2_mun_08.asp>. Acesso em: 02 out, 2011.

BROWN, A.; RAYNOR, P.; LEE, M. Healthcare professional's and mother's perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. **Journal of Advanced Nursing,** v. 67, n. 9, p. 1993-2003, 2011.

BRUNKEN, G.S.et al. Risk factors for early interrupption of exclusive brestfeeding and late introduction of complementary foods among infants in Midwestern Brazil. **Jornal de Pediatria,** v. 82, n. 6, p. 445-51, 2006.

CAETANO, M.C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria,** v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010.

CAMINHA, M. F. C. et al.Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública,** v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010.

CAMPAGNOLO, P.D.B. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição,** v. 25, n. 4, p. 431-439. Jul/Ago, 2012.

CASTILHO, S.D.; ROCHA, M.A.M. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **Jornal de Pediatria,** v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

CHUANG, C.H. et al . Maternal return to work and brestfeeding: a population-based cohort study. **International Nursing Studing,** v. 47, n. 4, p. 461-74, 2010.

CHUPROSKI, P. **Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava – PR: experiências do cotidiano**. 2009. 166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo – SP, 2009.

CORRÊA, E.N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópilis (SC). **Revista Paulista de Pediatria,** v. 27, n. 3, p. 258-64, 2009.

COUTINHO, S.B. et al. Comparison of the effect two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **Lancet,** v. 366, n. 9491, p. 1094-100, 2005.

CRUZ, M.C.C.; ALMEIDA, J.A.G.; ENGSTROM, E.M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Revista de Nutrição,** v. 23, n. 2, p. 201-10, 2010.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008.

DIAS, M.C.A.P.; FREIRE, L.M.S.; FRANCESCHINI, S.C.C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição,** v. 23, n. 3, p. 475-486, Mai/jun. 2010.

EICKMAN, S.H. et al. Breastfeeding and mental and motor development at 12 months in a low-income population in northeast Brazil. **Paediatric and Perinatal Epidemiology,** v. 21, n. 2, p. 129-137, 2007.

FALL, C.H. et al. Infant feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low-and middle-income countries. **International Journal of Epidemiology,** v. 40, n. 1, p. 47-62, 2011.

FELDENS, C.A. et al. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. **Caries Research,** v. 44, n. 5, p. 445-52, 2010.

FEWTRELL, M.S. et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? **The American Journal of Clinical Nutrition,** v. 85, n. 2, p. 635-8, 2007.

FIDELIS, C.M.F.; OSÓRIO, M.M. Consumo alimentar de macro e micronutrientes de crianças menores de 5 anos em PE, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 7, n. 1, p. 63-74, Jan/mar. 2007.

FIORITO, L.M. et al. Girl's early sweetened carbonated beverage intake predicts different patterns of beverage and nutrient intake across childhood and adolescence. **Journal of American Dietetic Association,** v. 110, n. 4, p. 543-550, Apr. 2010.

FISBERG, R. M. et al. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos.** São Paulo: Manole, 2005. 350 p.

GALE, C. et al. Effect of breastfeeding compared with formula feeding on infant body composition: a systematic review and meta-analysis. **The American Journal of Clinical Nutrition,** v. 95, n. 3, p. 656-659, Mar. 2012.

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da família em Acrelândia, Acre, Amazônnia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 27, n. 2, p. 305-316, Fev. 2011.

GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria,** v. 76, Supl.3, p. 253-262, 2000.

GOLIN, C.K. et al. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 1, p. 35-40. 2011.

GUARDAMAGNA, O. et al. Impact of nutrtition since early life on cardiovascular prevention. **Italian Journal of Pediatrics,** v. 38, n. 73, p. 1-10, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População por município**. Brasil, 01 abr, 2007. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PE.pdf>. Acesso em: 02 out, 2011.

JOHNSTON, M. et al. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of Human Milk. **Pediatrics,** v.129, n.3, p. 827-841, 2012.

KRAMER, M.S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. **The Crochane Library**. 2012.

LIMA, T.M.; OSÓRIO, M.M.Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v.3, n. 3, p.305-14, 2003.

LIMA, D. B.et al. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 45, n. 2, p. 1705-1709, 2011.

LIMA, A.P.E.; JAVORSKI, M. VASCONCELOS, M.G.L. práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 64, n. 5, p. 912-8, Set/Out. 2011.

MADRUGA, S. W. **Fibras alimentares na População de Pelotas-RS: Hábito de consumo e Fatores associados**. 2006. 91f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas – RS, 2006.

MARINHO, M.C.S.; HAMANN, E. M.; LIMA, A.C.C.F. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 7, n. 3, p. 251-261, 2007.

MARQUES, R.F.S; LOPES, F.A.; BRAGA, J.A.P.O. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.

MASCARENHAS, M.L.W.et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria,** v. 82, n. 4, p. 289-94, 2006.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J Recomendações para alimentação complementar e criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria,**v. 80,n. 5, p. 131-41, 2004.

NEIVA, F.C.B.et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria,** v. 79, n. 1, p. 7-12, 2003.

NADEAU, K.J. et al. Childhood obesity and cardiovascular disease: links and prevention strategies. **Nature Reviews Cardiology,** v. 8, n. 9, p. 513-25, 2011.

OLIVEIRA, L.P.M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista de Nutrição,** v. 18, n. 4, p. 459-69, Jul/Ago. 2005.

PALMEIRA, P.A.; SANTOS, S. M. C.; VIANNA, R. P.T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição,** v. 24, n. 4, p. 553-563, Jul/Ago. 2011.

PARADA, C.M.G.L.; CARVALHAES, M.A.B.L.; JAMAS, M.T. Complementary feeding practices to children during their first year of life. **Revista Latino-americana de Enfermagem,** v. 15, n. 2, p. 282-9, Mar/abr. 2007.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. World Health Organization. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Geneva: WHO, 2004. 37 p. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf>. Acesso em: 12 maio, 2013.

PARIZOTO, G.M.et al.Tendências e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses. **Jornal de Pediatria,** v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

PEDROSO, G.C. et al. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. **Revista Brasileira de Saúde materno Infantil,** v. 4, n. 1, p. 45-58, 2004.

PERNAMBUCO (Estado).**Portaria** nº 99, de 03 de dezembro de 1974. Proíbe a propaganda realizada diretamente pelos fabricantes ou distribuidores, através da doação do leite em pó, às mães pobres nos hospitais e demais unidades da Secretaria de Saúde de Pernambuco. **Diário Oficial [do Estado de Pernambuco]**, Pernambuco, v. 51 , n. 234, p. 5965, 6 dez. 1974. Disponível em: <http://www.bvsam.icict.fiocruz.br/gotadeleite/01/opcao02.htm>. Acesso em: 10 maio, 2013.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Aspectos gerais da cidade**. Recife, 20 maio. 2013. Disponível em < http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/aspectos-gerais/>. Acesso em: 20 maio, 2013.

REA, M.F. Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 19, p. 37-45, 2003.

ROBINSON, S. et al. Dietary patterns in infancy: the importance of maternal and family influences on feeding practice. **The British Journal of Nutrition,** v. 98, n. 5, p. 1029-1037, Nov. 2007.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A.M.; RAUEN, M.S. Determinantes do Comportamento Alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição,** Campinas. n. 21, v. 6, p. 739-748, Nov/dez. 2008.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas Alimentares e o cuidado à saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 4, n. 1, p.85-94, 2004.

SALDIVA, S.R.DM. et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal de Pediatria,** v. 83, n. 1, p. 53-8, 2007.

SALVE, J.M.; SILVA, I.A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 22, n. 1, p. 43-8, 2009.

SKAFIDA, V. The relative importance of social class and maternal education for breast-feeding initiation. **Public Health Nutrition,** v. 12, n. 12, p. 2285-2292, Dec. 2009.

SILVA, L.M.P.; VENÂNCIO, S.I.; MARCHIONI, D.M.L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição,** v. 23, n. 6, p. 983-992, 2010.

SIMON, V.G.M.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v.6, n.1, p. 29-38, 2003.

SOCHA, P. et al. Milk protein intake, the metabolic-endocrine response, and growth in infancy: data from a randomized clinical trial. **American Journal Clinical Nutrition,** v. 94, n. 6, p. 1776-1784, Dec. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. **Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3 ed. São Paulo: SBP; 2012. Disponível em: < http://www.sbp.com.br/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf>. Acesso em: 30 maio, 2013.

SOUSA, F. G. M.; ARAÚJO, T. L. Padrão alimentar de crianças de seis a 24 meses em área rural do Maranhão. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 18, n. 2, p. 172-177, 2005.

SPYRIDES, M. H. C.et al. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Revista Brasileira de Nutrição Materno Infantil,** v. 5, n. 2, p. 145-53, Abr./jun. 2005.

SULLIVAN, S. et al. An exclusively human-milk based diet is associated with a lower rate necrotizing enterecolitis than a diet human milk and bovine milk-based products. **Journal of Pediatrics**, v. 156, n. 4, p. 562-7. 2010.

TOLONI, M.H.A.et al. Introdução de alimentos industrializados de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista de Nutrição,** v. 24, n. 1, p. 61-70, 2011.

VALLE, J.M.N.; EUCLYDES, M.P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS,** v. 10, n. 1, p. 56-65, 2007.

VENÂNCIO, S.I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública,** v. 36, n. 3, p. 313-8, 2002.

VENANCIO, S.I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria,** v. 86, n. 4, p. 317-24, 2010.

VIEIRA, G.O.et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana – BA. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 4, n. 2, p. 143-50, 2004 a.

VIEIRA, G.O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria,** v.80, n. 5, p. 411-6, 2004b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Complementary feeding of young children in developing countries**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.1.pdf>. Acesso em: 12 maio, 2012.

_____.**The Optimal duration of exclusive breastfeeding**. Geneva: WHO, 2002 a. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf>. Acesso em: 15 jun, 2012.

_____. **Infant and Young child nutrition: a systematic review**. In: Organização Mundial de Saúde, 55º Assembléia Mundial de Saúde: 2002 May 18. Geneva: WHO; 2002 b. Disponível em: <http://www.ibfanasia.org/WHA/Global%20Strategy%20for%20Infant%20and%20Young%20Children.pdf>. Acesso em: 23 ago, 2012.

_____. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf >. Acesso em: 16 jun, 2012.

_____. **Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age**. Geneva: WHO, 2005. 40 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593431.pdf>. Acesso em: 16 jun, 2012.

_____. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis**. Geneve: WHO, 2007. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf>. Acesso em: 16 jun, 2012.

_____.**Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus**. Geneva: WHO: 2008. . Disponível em: <http://www.unicef.org/nutritioncluster/files/IYCFE_WHO_Part1_eng.pdf>. Acesso em: 25 jun, 2012.

WU, T.C.; CHEN, P.H. Health consequences of nutrition in childhood and early infancy. **Pediatrics and Neonatology,** v. 50, n. 4, p. 135-42. 2009.

XIMENES, L. B. et al. Práticas alimentares e sua relação com intercorrências clínicas em crianças de zero a seis meses. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery,** v. 14, n. 2, p. 377-385, 2010.

Nota: De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Michelle Cardoso Lima, Brasileira, solteira, Enfermeira, CPF número 040.839.084-08/MF, RG 5.87.3543 SDS/PE, inscrita no Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco sob o número 191760 abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **"Práticas alimentares de menores de um ano em Recife - PE".**

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar ou disponibilizar para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Recife, 12 de Dezembro de 2011.

_____

Michelle Cardoso Lima

ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO DE PESQUISA DA II PPAM

ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO / DAPES / SAS/MS - ICICT/FIOCRUZ - SES/PE
II PESQUISA NACIONAL DE PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO – 2008

☞N°____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)	☐ RECUSA
01-DATA: ___/___/___ 02-ENTREVISTADOR:	03-MUNICÍPIO: 04-UF:
05-LOCAL DE VACINAÇÃO:	06-ÁREA 1☐ Urbana 2☐ 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

- 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)
12-QUANTAS VEZES?	____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 ☐ Não sabe
13-TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
14-TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
15-TOMOU OUTRO LEITE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/Q.17) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 17)
16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	
1 ☐ Só durante o dia? 2 ☐ Só à noite? 3 ☐ De dia e de noite? 9 ☐ Não Sabe	
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q.26) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q.26)
20-QUANTAS VEZES? 1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes ou mais 9 ☐ Não Sabe	
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa) 1 ☐ Igual à da família? 2 ☐ Preparada só para a criança? 3 ☐ Industrializada (de potinho)? 9 ☐ Não Sabe ☞Q.21 ___ (Código para Digitação)	
22-ESSA COMIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa) 1 ☐ Em pedaços? 2 ☐ Amassada? 3 ☐ Passada pela peneira? 4 ☐ Liquidificada? 9 ☐ Não Sabe ☞Q.22 ___ (Código para Digitação)	
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

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
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 é 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? □□□□ 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
□ 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 ESCREVER? 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 B – CARTA DE ANUÊNCIA

DECLARAÇAO DE ANUENCIA

Declaro para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, que Michelle Cardoso Lima, RG 5873543, CPF: 040.839.084-08 que desenvolverá o Projeto intitulado Práticas alimentares de menores de um ano em Recife-PE, está autorizada a utilizar parte do banco de dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal referente ao município do Recife, realizada em 2008, cuja coordenação no município de Recife ficou sob minha responsabilidade.

Recife, 01/12/2001

Paulo Germano de Frias

Paulo Germano de Frias

Coordenador Municipal do Recife da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal

ANEXO C – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO CEP /CCS/UFPE

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa
Av. da Engenharia, s/n – 1º andar – Sala 4 – Cidade Universitária
50.740-600 Recife – PE, Tel/fax: 81. 2126.8588 – cepccs@ufpe.br

Ofício nº. 107/2013 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 22 de maio de 2013.

À
Pesquisadora Michelle Cardoso Lima
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 486497
CAAE – 0529.0.172.000-11
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 537/11
Titulo: Práticas alimentares de menores de um ano em Recife-PE.
Pesquisador Responsável: Michelle Cardoso Lima

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 22/05/2013 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê.

Atenciosamente

Vânia Pinheiro Ramos
Profa. Vânia Pinheiro Ramos
Vice-Coordenadora do CEP/ CCS / UFPE