



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

TACIANA IRACEMA DA SILVA

**PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO E DA ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE**

Vitória de Santo Antão
2016

TACIANA IRACEMA DA SILVA

**PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO E DA ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Michelle Figueiredo Carvalho

Coorientador: Antônio Flaudiano Bem Leite

Vitória de Santo Antão

2016

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Giane da Paz Ferreira Silva, CRB4/ 977

S586p Silva, Taciana Iracema da.
Práticas do aleitamento materno e da alimentação complementar no Município de Vitória de Santo Antão-PE / Taciana Iracema da Silva. – Vitória de Santo Antão, 2016.
81 folhas.: il. fig., tab.

Orientadora: Michelle Figueiredo Carvalho.
Coorientador: Antônio Flaudiano Bem Leite

TCC (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2016.
Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Consumo alimentar - Crianças. 2. Aleitamento materno. I. Carvalho, Michelle Figueiredo (Orientadora). II. Leite, Antônio Flaudiano Bem (Coorientador) III. Título.

613.2 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE- 016/2017

Taciana Iracema da Silva

Práticas do aleitamento materno e da alimentação complementar no município da Vitória de Santo Antão - PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 08/12/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Cristina da Silva Santana
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. M^a. Catarine Santos da Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Camila Rafaela dos Santos Silva
Hospital João Murilo de Oliveira

Dedico este trabalho aos meus pais por todo incentivo e dedicação a mim, e por me fazer acreditar que o sonho pode se tornar real.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pelo dom da vida e por permitir que o meu sonho se tornasse possível mesmo diante de todas as dificuldades ao longo desses anos.

Agradeço a minha família, por todo o apoio e encorajamento nessa trajetória. Em especial ao meu pai, minha mãe e meu irmão, que viveram esse sonho comigo e não me deixaram desistir diante dos obstáculos encontrados. Vocês sempre serão o meu melhor lugar. Agradeço também, ao meu tio Eduardo André e minha tia Iracema Lúcia, que se encontram perto de Deus, que me mostraram diversas vezes, que através da luta e perseverança é possível alcançar grandes vitórias.

Ao meu namorado, Rodrigo Sousa por todo companheirismo, amor, carinho, paciência e dedicação a mim, tornando a caminhada mais leve e valendo a pena a cada segundo.

A minha orientadora, Michelle Carvalho por ter acreditado em meu potencial entregando-me oportunidades excelentes que tive a honra de vivenciar experiências inesquecíveis durante esses anos. Seu conhecimento, humildade e compreensão me impulsionaram a buscar conhecimento a cada dia mais. Sou eternamente grata por todo esforço e dedicação a mim. Agradeço ao meu coorientador, Antônio Flaudiano por toda paciência e ajuda na construção desse trabalho, tornando-o possível.

Agradeço aos meus amigos/irmãos de turma, que fizeram desses quatro anos serem extremamente valiosos e agradáveis, além de toda a força, motivação e amizade.

A prefeitura da Vitória de Santo Antão, pela oportunidade de executar esta pesquisa no município. Agradeço também a todas as enfermeiras e mães das crianças que tornaram a pesquisa possível.

Não temas, porque eu sou contigo, não te assombres; porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça.

Isaías 41:10

RESUMO

Uma alimentação adequada para a idade é fator crucial para que ocorra o crescimento e desenvolvimento adequado. Porém, o cenário atual é caracterizado pela baixa prevalência da amamentação e introdução de alimentos não saudáveis. O objetivo desse estudo foi Avaliar qualitativamente o consumo alimentar e as práticas de aleitamento materno das crianças nos primeiros dois anos de vida com vista à necessidade de implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no município de Vitória de Santo Antão – PE. Este estudo caracteriza-se como descritivo com delineamento transversal, realizado nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município. A população de interesse foi crianças de 0 a 24 meses, atendidas nas ESF nos dias de consulta de puericultura, totalizando 13 unidades participantes da pesquisa, na qual foram entrevistadas 10 mães para cada ESF. Foi aplicado um questionário para identificação do nível socioeconômico e demográfico, e perguntas sobre a alimentação da criança nas últimas 24 horas. Os resultados foram expressos em números absolutos e em frequência simples. Foi verificado que a maioria das famílias (67,7%) sobrevivem com apenas um salário mínimo. Em relação ao consumo alimentar, apenas 68,8% das crianças menores de seis meses mamaram nas últimas 24 horas, sendo 28,3% exclusivamente. Após essa idade, o consumo de leite materno diminuiu, cerca de 18,8% entre as crianças de 6-11,9 meses e 12,5% entre 12-23,9 meses. De acordo com os marcadores do consumo alimentar, apenas 2,5% das crianças consumiram os seis grupos alimentares, nenhuma consumiu os três alimentos ricos em ferro estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como o feijão, carnes e vísceras, 10,3% das crianças consumiram alimentos fontes de Vitamina A e 68,8% consumiram alimentos processados/ultraprocessados. Diante de várias irregularidades da alimentação das crianças, esta pesquisa confirma a hipótese da necessidade urgente da implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), no município. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil contribui para a qualificação dos profissionais que atuam diretamente com este público e dessa maneira, podem realizar intervenções para diminuir essas inadequações com o intuito de prevenir agravos e favorecer um crescimento e desenvolvimento adequado.

Palavras-chave: Consumo de alimentos. Criança. Estratégia.

Abstract

A food adapted for the age is a crucial factor so that the growth and appropriate development takes place. However, the current scenery is characterized by the low predominance of the breastfeeding and introduction of foods you were not greeting. The objective of this study valued qualitatively the food consumption and the practices of motherly breast-feeding of the children in the first two years of life with sight to the necessity of introduction of the Strategy Breast-feed and feed Brazil in the local authority of Saint's Victory Antão – Pernambuco. This study is characterized how descriptively with cross delineation carried out in the unities of the Strategy Health of the Family (ESF) in the own one. The population of interest was children from 0 to 24 months, attended in the ESF in the days of consultation of child care, when there are totalizing 13 unities participants of the inquiry, in which 10 mothers were interviewed for each ESF. A questionnaire was applied for identification of the level economical partner and demographic, and you ask on the food of the child in the last 24 hours. The results were expressed in absolute numbers and in simple frequency. It was checked that most of the families (67,7%) survive with only a minimum wage. Regarding the food consumption, as soon as 68,8% of the least children of six months suckled in the last 24 hours, being 28,3% exclusively. After this age, the consumption of motherly milk lessened, around 18,8% in the children of 6-11,9 months and 12,5% between 12-23,9 months. In accordance with the markers of the food consumption, as soon as 2,5 of the children consumed six food groups, none consumed three rich foods in iron established by the Ministry of Health, like the bean, meats and innards, 10,3% of the children consumed foods fountains of Vitamin to and 68,8% consumed foods prosecuted/ultraprosecuted. Before several irregularities of the food of the children, this inquiry confirms the hypothesis of the urgent necessity of the introduction of the Strategy Breast-feeds and Feeds Brazil (EAAB), in the local authority. The EAAB contributes to the qualification of the professionals who act straightly with this publicand in this way, they can carry out interventions to reduce these inadequacies with the intention of preventing agravos and favoring a growth and appropriate development.

Keywords: Consumptionoffoods. Child. Strate.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema alimentar para crianças dos 6 meses a dois anos de idade que estão em aleitamento materno.....	21
Figura 2–Esquema alimentar para crianças não amamentadas.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Situação socioeconômica e demográfica das crianças atendidas nas Unidades de Saúde da Família, no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.....	35
Tabela 2 – Alimentos consumidos por crianças de 0 a 24 meses segundo o consumo alimentar nas últimas 24h, Unidades Básicas de Saúde no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.....	39
Tabela 3 – Situação da alimentação das crianças de 0-2 anos segundo os marcadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 2015, Vitória de Santo Antão, Pernambuco.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AM	Aconselhamento em Amamentação
BLH	Bancos de Leite Humano
CAV	Centro Acadêmico de Vitória
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CGSCAM	Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CICSLM	Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EAR	Necessidade Média Estimada
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
IBGE	Censo Demográfico pelo Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
LM	Leite Materno
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde

NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactent
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBV	Projeto Bombeiros da Vida
PCA	Projeto Carteiro Amigo
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAB	Rede Amamenta Brasil
SAS	Sistema de Assistência a Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMAM	Semana Mundial da Amamentação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 JUSTIFICATIVA	17
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
4.1 Características do aleitamento materno e seu cenário nos dias atuais.....	18
4.2 Alimentação complementar: recomendações e situação atual no Brasil.....	20
4.3 Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada.....	23
4.4 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	27
5 MATERIAL E MÉTODOS	29
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
7 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS	50
ANEXO.....	58
Anexo A – Carta de anuência.....	58
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP	59
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP. Continuação.....	60
APÊNDICE	61
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
APÊNDICE B – Questionário da criança.....	64

1 INTRODUÇÃO

O ato de amamentar é uma das ferramentas mais eficazes na proteção e saúde da criança, bem como no favorecimento do vínculo mãe – bebê (ANTUNES et al, 2008). O aleitamento materno exclusivo (AME) é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) até o sexto mês de vida em livre demanda e, a partir dessa idade deve, ser complementado com outros alimentos adequados à criança e mantido até os dois anos ou mais (CAMPOS et al, 2015).

No entanto, o cenário atual é caracterizado pelo desmame precoce e tempo reduzido de aleitamento materno exclusivo. Diversos fatores podem influenciar o abandono da amamentação como: a falta de orientação pelos profissionais às mães sobre a saúde e alimentação da criança, parto cesáreo, presença ou ausência paterna na estrutura familiar, mães adolescentes, número de filhos e experiência prévia com amamentação (ARAÚJO et al, 2008).

Com o desmame precoce, a introdução de alimentos inadequados tem se tornado frequente em todo o país, com destaque para a oferta insuficiente de frutas, verduras e legumes; leite de vaca integral, alimentos industrializados, baixa biodisponibilidade e densidade dos nutrientes, consistência inapropriada, balas e pipocas (CAETANO et al, 2010). Esses hábitos alimentares podem levar ao excesso de peso, propiciando o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, bem como o desenvolvimento de carências nutricionais, que podem acarretar maior suscetibilidade à diarreias, problemas visuais, intelectuais, prejuízo no desenvolvimento do Sistema Nervoso e infecções (CARVALHO et al, 2014).

Nos últimos dez anos o governo vem tentando melhorar o incentivo e a promoção ao aleitamento, à assistência dada pelos profissionais de saúde à mãe e ao seu filho até dois anos de idade, bem como a introdução adequada da alimentação complementar, priorizando a qualidade dos alimentos oferecidos à criança nos primeiros anos de vida (SALDAN, 2014).

Diante disso, no ano de 2008 foi instituída a Rede Amamenta Brasil, que objetivou a diminuição da mortalidade materna e infantil e aumento da prevalência do aleitamento materno (PASSANHA et al, 2013). Seguindo os objetivos da Rede Amamenta Brasil, foi criada a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar

Saudável (ENPACS), com o objetivo de promover a alimentação complementar de forma adequada e o fortalecimento do incentivo ao aleitamento materno. Ocorreram capacitações de tutores com a finalidade dos mesmos serem multiplicadores em seus estados, facilitando a propagação da estratégia (BRASIL, 2010).

Em 2012, o governo unificou as ações de incentivo à promoção ao aleitamento materno e à alimentação complementar segura e saudável e criou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Essa estratégia é o resultado da junção da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) com a Rede Amamenta Brasil (WEFFORT, 2014). O objetivo dessa estratégia é melhorar a competência e habilidade dos profissionais de saúde, nas ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada em crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2013).

Diante das diversas ações ao longo dos anos referentes à promoção e incentivo ao aleitamento materno, bem como o incentivo a introdução de alimentos saudáveis na alimentação complementar das crianças, o presente trabalho tem como objetivo analisar o consumo alimentar das crianças e dessa forma avaliar a necessidade de implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no município da Vitória de Santo Antão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar qualitativamente o consumo alimentar e as práticas de aleitamento materno das crianças nos primeiros 2 anos de vida com vista a necessidade de implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a situação socioeconômica e demográfica das famílias;
- Investigar o consumo de alimentos não saudáveis e ultraprocessados;
- Investigar o consumo alimentar das crianças através dos marcadores alimentares e de aleitamento materno propostos para as crianças menores de dois anos no Brasil;
- Avaliar a necessidade de implantação no município da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

3 JUSTIFICATIVA

Diante da mudança do perfil nutricional do país, representado pelo desmame precoce, tempo reduzido de aleitamento materno exclusivo, prática de alimentação complementar inadequada, agravando o quadro de doenças e prejuízos à saúde das crianças, o governo tem criado programas e estratégias com ações de promoção à saúde materno-infantil, dentre essas, tem destaque a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

No entanto, apesar dessa Estratégia ter sido criada em 2012 através da unificação da Rede Amamenta Brasil com a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, o município da Vitória de Santo Antão, não tem implantado nenhuma dessas políticas de saúde para a melhoria da assistência as crianças até os dois anos de idade. Portanto, tornou-se importante investigar os aspectos relativos à prática do aleitamento materno e da alimentação complementar com vistas a chamar atenção das políticas de saúde locais para a necessidade de implantação dessa Estratégia no município, e assim permitir o incentivo ao aleitamento materno e uma alimentação complementar de qualidade para as crianças e a adequada capacitação dos profissionais de saúde nestas ações.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Características do aleitamento materno e seu cenário nos dias atuais

A amamentação é um processo que favorece o vínculo mãe-bebê e tem impacto diretamente no estado nutricional da criança (BRASIL, 2015). Por isso, uma alimentação adequada para a idade é fator crucial para que ocorra o crescimento e desenvolvimento adequado (SILVA; VENÂNCIO; MAECHIONI, 2010).

O Ministério da Saúde (MS) considera aleitamento materno, quando este é retirado diretamente do seio materno por sucção da criança ou oferecida a ela após ser ordenhado, independente se está recebendo qualquer outro alimento ou líquido (BRASIL, 2005). A Organização Mundial de saúde (OMS) classifica o aleitamento materno de diversas formas, de acordo como este é oferecido à criança (BRASIL, 2009, p.12). Segue abaixo estas definições:

Aleitamento materno exclusivo, quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante, quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento materno complementado, quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

Aleitamento materno misto ou parcial, quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

O MS e a OMS preconizam o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva e em livre demanda até os seis meses de vida (BRASIL, 2015). Após essa idade, outros alimentos devem ser introduzidos na alimentação, pois a criança já possui maturidade neurológica e fisiológica suficiente. Dessa maneira, pode-se evitar o surgimento de carências nutricionais, pois o leite materno já não consegue suprir essas necessidades a partir desta fase de vida (MARANHÃO et al, 2015).

Dentre os benefícios que o leite materno (LM) possui para o bebê, está à prevenção de infecções do trato gastrointestinal, sistema urinário e respiratório. Além disso, ele reduz a probabilidade do surgimento das doenças crônicas e protege contra o surgimento das alergias, como por exemplo, a alergia às proteínas presentes no leite de vaca (BRASIL, 2015). Portanto, as crianças amamentadas têm menos riscos de adoecer o que propicia menos hospitalizações e utilização de medicamentos (BRASIL, 2015).

Além disso, o LM oferece vantagens para a mãe, para a família e para o estado (MARQUES; COTTA; MINARDI, 2011). Para a nutriz, diminui o risco de estresse e mau humor, mediada pela ocitocina, a qual também favorece a contração uterina quando ocorre à sucção do bebê, reduz a probabilidade do desenvolvimento de câncer de mama e favorece o vínculo do binômio mãe-filho (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013). Em relação à família, a amamentação traz vantagens relacionadas com a praticidade e a diminuição dos custos, o que também é vantagem para o estado, pois as fórmulas infantis e outros tipos de leite possuem um custo maior (MARQUES; COTTA; MINARDI, 2011).

Apesar dessas vantagens, o cenário atual é caracterizado pelo tempo reduzido de aleitamento materno exclusivo, desmame precoce e uma alimentação complementar iniciada precocemente (MAIS et al, 2014).

Segundo dados a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2009), a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras e a estimativa de duração mediana foi de 54,11 dias (1,8 meses). No entanto, a região nordeste apresentou a pior situação entre as regiões do país, com duração apenas de 34,9 dias. Já a estimativa de duração mediana do aleitamento materno total foi de 341,6 dias (11,2 meses), sendo que a região norte apresentou maior estimativa (434,8 dias – 14,3 meses), o nordeste ficou em terceiro lugar (346,8 dias – 11,4 meses) e o sul em último (302,1 dias – 9,9 meses).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que 50,6% das crianças do Brasil, com idade igual ou superior de 9 a 12 meses estavam em aleitamento materno de modo complementar, o que indica que apesar dos avanços no incentivo ao aleitamento materno, sua prática ainda é reduzida (IBGE, 2015).

Apesar de o leite materno ser a única fonte completa de nutrientes, nos primeiros seis meses de vida da criança as mães cada vez menos tem prolongado os meses de amamentação de seus filhos, o que piora o quadro de desmame precoce no Brasil (FARIAS; WISNIEWSKI, 2015).

Com o abandono precoce da amamentação, aumenta – se o risco para o surgimento de alergias e doenças crônicas mediada pela oferta inadequada de alimentos e nutrientes, como também, acarreta o aumento da mortalidade infantil visto que só o leite materno assegura o bebê a ter um melhor desempenho nas etapas seguintes de sua vida, por conter os nutrientes que ele necessita para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (PASSANHA; MANCUSO; SILVA, 2010).

Diversos fatores contribuem para o abandono do LM, como a baixa escolaridade, o trabalho materno, baixa renda familiar, depressão e a ausência do apoio do companheiro (MACHADO et al, 2014). Outros fatores como, mães adolescentes ou acima dos 35 anos, a pega incorreta do bebê, aceitação da gravidez, problemas nos seios, paridade, introdução de chupeta, mamadeira e acesso a outros produtos lácteos os quais são expostos como substitutos do leite materno, contribuem para o abandono da amamentação (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

4.2 Alimentação complementar: recomendações e situação atual no Brasil

Após os seis meses de vida, é necessária a introdução da alimentação complementar, pois esta com o LM suprirão todas as necessidades nutricionais do bebê e fornecerá as calorias, os macro e micronutrientes necessários (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). Segundo o Ministério da Saúde (MS), alimentos complementares são todos os alimentos que são oferecidos as crianças amamentadas, exceto o leite materno.

Segue abaixo, um esquema estabelecido pelo Ministério da saúde (MS) como proposta de esquema alimentar da alimentação complementar, para que seja realizada gradativamente e de forma adequada para as crianças amamentadas (BRASIL, 2009).

Figura 1 – Esquema alimentar para criança dos 6 meses a 2 anos de idade que estão em aleitamento materno.

De 6 a 7 meses	De 8 a 12 meses	A partir de 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aleitamento materno sob livre demanda ▪ 1 papa de frutas no meio da manhã ▪ 1 papa salgada no final da manhã ▪ 1 papa de frutas no meio da tarde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aleitamento materno sob livre demanda ▪ 1 papa de frutas no meio da manhã ▪ 1 papa salgada no final da manhã ▪ 1 papa de frutas no meio da tarde ▪ 1 papa salgada no final da tarde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aleitamento materno sob livre demanda ▪ 1 refeição pela manhã (mingau ou leite batido com fruta) ▪ 1 fruta ▪ 1 refeição básica da família no final da manhã ▪ 1 fruta ▪ 1 refeição básica da família no final da tarde

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

Na papa salgada, deve-se utilizar os mesmos alimentos da família, abrangendo os grupos dos cereais e tubérculos, leguminosas, hortaliças (verduras e legumes) e as carnes como a bovina, frango, peixe, e especialmente o fígado (SBP, 2006).

A partir dos seis meses, a consistência dos alimentos recebidos pelas crianças deve ser bem amassada em forma de purês ou papas, cozidos com pouca água e não devem ser liquidificados e peneirados. Aos oito meses, os alimentos devem ser oferecidos picados ou em pedaços pequenos e a partir dos doze meses, devem consumir as refeições com a mesma consistência que da sua família. (BRASIL, 2015). A introdução desses alimentos deve ser feita de maneira lenta e gradual, sendo isenta de temperos picantes, pouco sal e sem alimentos industrializados (BRASIL, 2013).

Muitos bebês não estão sendo amamentados e por essa razão o MS estabeleceu um esquema alimentar para a melhoria das condições de saúde dessas crianças, representado pela figura 2. (BRASIL – 2009).

Figura 2 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas

	Menores de 4 meses	4–8 meses	Maiores de 8 meses
Manhã	Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo
Intervalo	Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta
Almoço	Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Lanche	Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta ou pão ou bolacha sem recheio
Jantar	Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Noite	Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

Para essas crianças, devem-se utilizar as fórmulas específicas para os primeiros seis meses de vida e em seguida, utilizar uma formula infantil de seguimento associada a uma alimentação complementar balanceada para que ocorra um melhor desenvolvimento nessas crianças menores de dois anos que se encontram em desenvolvimento psicológico e físico (SBP, 2006).

Porém, nos últimos anos com a globalização, houve mudanças nas escolhas alimentares da população, com a substituição de alimentos naturais por alimentos industrializados que teve impacto direto com a alimentação dos lactentes, pelo motivo de ter seus pais na maior parte do dia fora do lar. (TOLONI et al, 2014).

Diante deste cenário, diversas regiões brasileiras tem chamado a atenção com a introdução de alimentos inapropriados para crianças cada vez mais cedo (TOLONI et al, 2014). O consumo de chá foi mais freqüente nas regiões do Sul, os sucos e leites foram ofertados mais frequentemente nas capitais da região nordeste e sudeste, bem como o consumo precoce de mingau. Foi observado também, que essas crianças tem consumido refrigerantes, café, salgadinhos e bolachas antes dos 12 meses de vida (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012).

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2009), o Nordeste tem o percentual maior das regiões brasileiras com o consumo de água ainda no primeiro mês de vida,

totalizando 19,1%, sendo cinco vezes maior se comparada à região sul (4,6%). Outro fator preocupante é a introdução precoce de outros leites ainda no primeiro mês de vida, onde o Nordeste e Sudeste têm destaque na introdução desses alimentos, sendo 20,6 e 21,4 dias respectivamente.

Esses alimentos ofertados nos primeiros dois anos repercutem durante toda a vida do indivíduo, por ser um período de rápido desenvolvimento e crescimento (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). Essas condutas inadequadas podem favorecer a morbimortalidade, pela ausência do aleitamento materno exclusivo (AME) e a deficiente introdução de alimentos saudáveis no planejamento alimentar das crianças (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

4.3 Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada

Ao longo dos anos, a realização das ações de promoção e proteção ao aleitamento materno e também a prática de uma adequada alimentação complementar, tem ganhado destaque por ser um desafio para o sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Diante disso, com o intuito de controlar o uso indiscriminado dos leites artificiais, chupetas, mamadeiras e estimular as mães a amamentarem foram criado em 1981 o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (CICSLM). No mesmo ano, com o objetivo de informar às vantagens do LM para as mães das crianças, foi instituído o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e diante das informações, elas pudessem escolher se iriam dar continuidade à amamentação (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

Após três anos, devido ao movimento feminista, que questionou e combateu o fato da mulher ser vista apenas como um instrumento de nutrição para o filho, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM), visto que elas precisavam de uma atenção integral para que sua saúde fosse adequada. Além desse programa, no mesmo ano o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à saúde da criança (PAISC) com a finalidade de reduzir a morbimortalidade infantil (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

No ano seguinte, com mais uma tentativa de sensibilizar as mães a darem o seu leite para o filho, foi criada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (BLH),

pois era um momento onde estavam ocorrendo vários óbitos por desnutrição associado com o leite artificial (LOPES; FRACOLLI, 2008).

Após alguns anos, foi criada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1992 em parceria com o grupo de Defesa da Saúde, a qual tinha a finalidade de melhorar as ações executadas nos hospitais que incluíam os dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Foi criada também, a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para lactentes (NBCAL) com o intuito de fiscalizar a comercialização de alimentos para os lactentes (SILVA; THOMÉ, 2011).

Além desses grandes avanços, foi implantada no mesmo ano, a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) para o desenvolvimento de diversas intervenções na melhoria desta prática, bem como o Método Mãe Canguru (MMC), que também foi implantado para servir de impulso as mães não desistirem de amamentar (SILVA; THOMÉ, 2011).

Já em 1993, foi criado o Alojamento Conjunto (AC) instituído pela Portaria GM/MS nº 1016, com o principal objetivo de o bebê permanecer com a mãe 24 horas por dia até receber alta e dessa maneira, facilitaria o vínculo mãe-filho e a amamentação. Sucessivamente, foi criado em 1995 o Programa Aconselhamento em Amamentação (AM) para que os profissionais de saúde orientassem as mães que o melhor alimento para o seu bebê era o seu próprio leite e a partir desta informação, elas escolherem se amamentariam ou não (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

Em seguida, para facilitar a disseminação das informações e fornecer orientações sobre o aleitamento exclusivo até os seis meses de vida e complementado até os dois anos de idade ou mais, foi implantado em 1996, programa educativo Projeto Carteiro Amigo (PCA) com a ajuda da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e a Secretaria Estadual de Saúde. Três anos após o surgimento desse programa, o Ministério da saúde implantou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) para informar as mães durante o pré-natal e período puerperal, de que amamentar era a melhor opção para o bebê e para ela (LOPES; FRACOLLI, 2008).

Porém, mesmo com a criação de diversos programas para o favorecimento da amamentação, foi necessário a partir do ano 2000 fazer modificações nas normas já

existentes e criar outros programas que intensificassem os cuidados do binômio mãe-filho (LAMOUNIER et al, 2008).

Por isso, em 2002 o Banco de Leite Humano uniu-se ao Corpo de Bombeiros e criou o Projeto Bombeiros da Vida (PBV) para coletar leite nos domicílios, e no ano de 2003 o MS determinou o dia 1 de outubro como o Dia Nacional de Doação do Leite Humano, favorecendo a manutenção dos BLH e promovendo e apoiando a prática do aleitamento materno (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

Além desse projeto, em 2008 com a finalidade de aumentar o período da licença maternidade que eram de 120 dias, o Congresso Nacional implantou a Lei nº 11.770 no dia 9 de setembro e aumentou o período para 180 dias e ainda assegurou a remuneração à empregada nesse período de prorrogação (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013). Em 2008, foi criada também a Rede Amamenta Brasil (RAB), divulgada e regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.799 com o objetivo de instruir os profissionais de saúde para exercer da melhor forma possível os cuidados de proteção à amamentação e ajudar na diminuição das mortes infantis. (AMORIM, 2008).

Para que sua implementação fosse realizada, foram formados tutores das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) através de oficinas com o intuito de ampliar também para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios. Essas oficinas definem as ações que serão realizadas, as quais são monitoradas por tutores que as acompanham nas visitas trimestrais (VENÂNCIO et al, 2013).

Na RAB, os tutores são um dos principais pilares, pois eles são capacitados em uma oficina que usa a educação crítico – reflexiva, onde adquirem competência para formar novos tutores e desempenhar oficinas sobre o aleitamento materno nas UBS. Além disso, durante a formação, eles recebem o Caderno de Tutores, que explana a metodologia da oficina de trabalho em aleitamento materno, a estrutura da Rede Amamenta Brasil e sua proposta, bem como o filme “Amamentação: muito mais do que alimentar as crianças” e o Caderno de Atenção Básica (Saúde da criança: nutrição infantil) número 23 (BRASIL, 2011).

Para a formação dos tutores, foram realizadas oficinas em cinco dias, o que totalizou 40 horas com a participação de 30 profissionais que deviam ter conhecimento teórico e vivência na área. As atividades desempenhadas sobre o LM,

eram teóricas e práticas, leitura de textos e suas respectivas discussões, com trocas de experiências, realizações de dinâmicas de grupo, explanação da realidade local e formação das idéias que seriam trabalhadas nas ações sobre o LM (BRASIL, 2011).

Já no ano de 2010, o MS criou a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), com o objetivo de ampliar a orientação referente à alimentação complementar nas UBS, respeitando a cultura das regiões e a situação sócio-econômica.

Para a implementação da ENPACS, foram necessárias as seguintes etapas: formar tutores através de oficinas, realizados por profissionais da saúde e demais profissionais que trabalhavam nas UBS das esferas estaduais e municipais; sensibilizar os gestores dessas esferas a importância da implementação dessa estratégia; divulgar os materiais elaborados pelo MS que serviam de apoio para a instituição da estratégia; acompanhar o processo de implantação nos estados e municípios através dos indicadores devidamente estabelecidos e monitorar e avaliar a implantação através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional web e outros instrumentos; capacitar os tutores da Rede Amamenta Brasil para a implementação dessa estratégia e propiciar o fortalecimento com esta rede orientando sobre a introdução da alimentação complementar (BRASIL, 2010).

Com o intuito de intensificar o cuidado com a mulher e o seu filho através de uma atenção humanizada durante o pré-natal, parto, período puerperal e atenção à saúde da criança, o governo federal implantou a Rede Cegonha em 2011, segundo as portarias nº 1.459, de 24 de julho de 2011, e nº 2.351, de 5 de outubro de 2011 (Brasil, 2011). Esse programa propõe a garantia do acesso, acolhimento e resolutividade referentes à saúde materno-infantil (BRASIL, 2013).

Mesmo diante de diversos programas que intensificavam a atenção a saúde da criança, o governo em 2012, fez a unificação da RAB juntamente com a ENPACS e criou a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável, (Amamenta e Alimenta Brasil) para melhorar a qualificação dos profissionais atuantes na Atenção Básica e dessa forma, reforçar as ações de apoio, proteção e promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável (BRASIL, 2013).

4.4 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) foi criada em conformidade com os propostos da Rede Cegonha, e resultou da junção da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (BRASIL, 2013). A EAAB tem como objetivos gerais propor a fortificação das ações de promoção, proteção e apoio ao AM e AC saudável que são realizadas para as crianças menores de dois anos, visando o aperfeiçoamento das habilidades e aptidões dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção básica (BRASIL, 2015).

As atividades da EAAB são apoiadas pelas Coordenações-Gerais que são a de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS) e da Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS). Além delas, o Ministério da Saúde junto com as secretarias estaduais e municipais, auxiliam com as iniciativas de atenção à saúde das crianças (BRASIL, 2014).

Fazem parte dos objetivos específicos da Estratégia, contribuir para a melhora o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a sua continuação até os dois anos de idade ou mais, e a construção da alimentação saudável. Ela visa também, a redução de práticas que desencorajam o ato de amamentar e que propicia o surgimento do desmame precoce, pretende melhorar o estado nutricional das crianças, favorecendo o consumo de verduras, frutas e legumes e desestimulando o consumo de alimentos industrializados e assim, diminuir a prevalência das carências nutricionais, a desnutrição e o excesso de peso (BRASIL, 2015).

Para que ocorra a implementação da EAAB, são necessárias ações que garantam a obtenção dos objetivos e a eficácia da proposta. São elas: a formação de facilitadores que são responsáveis por conduzir as atividades e dar apoio técnico na formação de tutores, os quais estes terão como missão propagar a Estratégia e executar oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esses tutores deverão acompanhar pelo menos uma UBS e ajudá-la na execução de um plano de ação (Brasil, 2015).

Outras ações são também necessárias, como o monitoramento dessas atividades, que pode ser feito pelo Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica atual. Também é preciso, a certificação dessas ações que pode ser dar para as equipes que estão inclusas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica(Pmaq-AB) e para as equipes que atuam nas UBS , mas que não fazem parte do Pmaq-AB (Brasil,2014).

Por isso, o sucesso da EAAB implantada pelo Ministério da Saúde, não trará apenas benefícios em curto prazo, mas implicará em mudanças de hábitos alimentares na infância, e dessa forma melhorar as condições de saúde e prevenir o surgimento das comorbidades no futuro (MARIOT, 2015).

5 MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo é de caráter descritivo, com delineamento transversal, realizado nas Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município da Vitória de Santo Antão, que de acordo com o último Censo Demográfico pelo Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a população residente no município era de 129.974 habitantes. O município está localizado no interior do estado de Pernambuco e, se encontra em uma área de transição entre Zona da Mata e Agreste e por isso possui em seu território características pertencentes aos dois ambientes.

Este trabalho representou uma subamostra de um projeto maior intitulado *Avaliação das condições de saúde e nutrição materno-infantil atendidas nas unidades de saúde no município de vitória de Santo Antão, PE, Brasil*, o qual fez parte do PET Redes de Atenção à Saúde – Rede Cegonha, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), do Centro Acadêmico de Vitória (CAV).

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro a setembro de 2016, por meio de um questionário com perguntas fechadas e objetivas realizadas com as mães de crianças menores de 2 anos de idade atendidas nas ESF. Participaram da pesquisa 13 unidades escolhidas pela facilidade de acesso, proximidade para o deslocamento e continuidade dos serviços de puericultura na unidade. Sendo assim fizeram parte do estudo, 11 unidades da área urbana e 2 da área rural que no total abrange 46,4% das unidades no município.

Para cada ESF foram entrevistadas 10 mães, totalizando 130 crianças participantes desse estudo, não sendo possível aplicar o estudo em todas as unidades devido a problemas de mudanças do calendário dos dias de puericultura e o período político no município, o que ocasionou a diminuição dos dias dos serviços prestados na assistência às crianças.

As mães que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e as informações coletadas foram tratadas de forma sigilosa, preservando a identificação das unidades de saúde e os usuários. Nessa perspectiva, foram obedecidos os princípios Éticos da Pesquisa

com Seres Humanos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução 466/2012 (CNS, 2012). Os resultados foram expressos em números absolutos e em frequência simples.

Para a análise dos dados socioeconômicos e demográficos foram avaliadas as seguintes variáveis: idade das crianças, idade materna, estado civil, profissão, grau de escolaridade, presença de água encanada em casa, lixo coletado, renda familiar, recebimento de benefício do governo. Além disso, foi verificado o número de crianças que faziam o uso da chupeta e mamadeira.

Para avaliação do consumo alimentar dessas crianças, foi aplicado um questionário para obter informações sobre a alimentação da criança nas últimas 24 horas (Apêndice B), e dessa maneira avaliar a prática de aleitamento materno e alimentação complementar de acordo com os indicadores do consumo alimentar para as crianças menores de 2 anos propostos pelo Ministério da Saúde em 2015. Como limitações, as informações descritas pelas mães podem ser influenciadas pela sua memória e também o ambiente onde está sendo realizada a pesquisa.

As variáveis estudadas na alimentação das últimas 24 horas foram em relação ao consumo de: leite materno, outros leites, mingau, farináceos, iogurte (Danoninho), iogurte natural, carne bovina, peixe, carne de frango, ovos, vísceras, feijão, arroz, macarrão, verduras de folhas verdes escuras, ingestão de mamão, manga e pêsego, legumes como beterraba, chuchu e abobrinha, ingestão de macarrão do tipo instantâneo, refrigerante, suco industrializado, balas, chocolates, sorvete e chiclete, frituras, embutidos, salgadinhos, fastfoods, biscoito recheado, bolacha, açúcar e melado e comida industrializada de potinho.

Neste questionário referente à alimentação, foi incluído em um único grupo os últimos 5 marcadores do consumo alimentar de crianças menores de 2 anos propostos pelo ministério da saúde em seu caderno “Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica (2015).

Para a análise dos indicadores propostos pelo MS em 2015, foram realizados os seguintes cálculos:

1. **Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses**

Crianças até 5 meses e 29 dias que receberam apenas leite materno

Total de crianças até 5 meses e 29 dias

Este marcador tem a finalidade de estimar a proporção de crianças que receberam apenas o leite da mãe nas últimas 24 horas.

2. **Aleitamento materno continuado**

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam leite materno

Total de crianças e 6 a 23 meses e 29 dias

Este marcador tem a finalidade de avaliar a proporção de crianças que receberam o leite materno da mãe nas últimas 24 horas, exceto outros alimentos.

3. **Introdução de alimentos**

Crianças de 6 a 8 meses e 29 dias que receberam alimentos na frequência recomendada para a idade

Total de crianças de 6 a 8 meses e 29 dias

Este indicador avalia as crianças que receberam os alimentos na frequência adequada, considerando que dos 6 a 6 meses e 29 dias, elas devem consumir duas frutas e uma comida de sal e dos 7 a 8 meses e 29 dias além desses alimentos, devem ser introduzidos mais uma comida de sal.

4. **Diversidade alimentar mínima**

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam seis grupos alimentares

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Deve ser considerada a respectiva faixa etária que consumiram todos os seis grupos alimentares propostos pelo MS, listados a seguir.

- Leite materno ou outro leite, mingau com leite ou iogurte;
- Carnes e ovos;

- Feijão;
- Cereais e tubérculos
- Vegetais ou frutas de cor alaranjada e folhas verdes escuras;
- Frutas, legumes e verduras;

5. Frequência mínima e consistência adequada

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram comida de sal na frequência e consistência adequada

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Neste marcador deve ser considerada a consistência adequada da alimentação das crianças, a qual aos seis meses de vida, elas devem receber os alimentos na consistência de purês ou papas. Aos oito meses, os alimentos devem ser oferecidos picados ou em pedaços pequenos e a partir dos doze meses, devem consumir as refeições com a mesma consistência que da sua família.

6. Consumo de alimentos ricos em ferro

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam alimentos ricos em ferro

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Neste marcador as crianças devem consumir os três tipos de alimentos relacionados:

- Carnes (boi, frango, porco, peixe, miúdos) ou ovos;
- Fígado;
- Feijão.

7. Consumo de alimentos ricos em vitamina A

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam alimentos ricos em vitamina A

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Devem ser considerados neste marcador todos os alimentos de cor alaranjada ou verdes-escuras para o eventual cálculo.

8. Consumo de alimentos ultraprocessados

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram alimentos ultraprocessados

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Deve ser considerado para o cálculo, o consumo dos eventuais alimentos:

- Hambúrguer e/ou embutidos;
- Bebidas adoçadas;
- Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados;
- Biscoito recheado, doces ou guloseimas

9. Consumo de hambúrguer e/ou embutidos

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram hambúrguer e/ou embutidos

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Neste indicador deve considerar o consumo de salame, salsicha, mortadela, presunto e lingüiça.

10. Consumo de bebidas adoçadas

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram bebidas adoçadas

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Deve ser considerado o consumo de refrigerantes, suco de caixinha, suco de fruta com adição de suco e suco em pó.

11. Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram macarrão instantâneo,
salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Deve ser considerado para o cálculo o consumo de ao menos macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados.

12. Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas

Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram biscoito recheado, doces ou
guloseimas

Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias

Neste indicador deve ser considerado o consumo de biscoito recheado, balas, chicletes, pirulitos, gelatina e caramelo.

Os critérios de exclusão desse estudo foram às crianças maiores de dois anos e crianças adotadas.

A pesquisa foi autorizada pela Prefeitura da Vitória de Santo Antão através da Carta de Anuência (Anexo I), e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, na Plataforma Brasil, com Parecer Consubstanciado do CEP nº CAAE 15371413.8.0000.5208 e parecer nº 390.191 (Anexo II).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 130 crianças com idade entre 0-2 anos de idade, onde 50,7% (66) crianças eram do sexo masculino e 49,3% (64) eram do sexo feminino. Das crianças que participaram do estudo, 40,7% (53) eram crianças de 0 – 5 meses e 29 dias, 26,9% (35) tinham entre 6 – 11 meses e 29 dias e 32,1% tinham idade entre 12 -23 meses e 29 dias. A tabela a seguir, mostra o perfil demográfico da população estudada bem como fatores que podem dificultar o desenvolvimento saudável dessas crianças.

Tabela. 1 - Situação socioeconômica e demográfica das crianças atendidas nas Unidades de Saúde da Família, no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.

Variável	n	%
Idade Materna		
< 20 anos	27	20,8
≥ 20 anos	103	79,2
Estado Civil		
Solteira	17	13,1
Casada	113	86,9
Profissão		
Do lar	86	66,2
Empregada	5	3,9
Outros	39	30
Grau de Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	31	23,9
Ensino médio incompleto	48	36,9
Ensino médio completo	48	36,9
Graduação incompleta	3	2,3
Água encanada		
Sim	102	78,5
Não	28	21,5
Lixo coletado		
Sim	98	75,4
Não	32	24,6
Renda familiar		
< 1 salário mínimo*	7	5,4
1 salário mínimo	88	67,7
> 1 e ≤ 2 salários mínimos	35	26,9
Recebimento de benefício do governo		

Continuação. 1 - Situação socioeconômica e demográfica das crianças atendidas nas Unidades de Saúde da Família, no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.

Variável	n	%
Sim	65	50
Não	65	50

Fonte: SILVA, T.I., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.*Salário mínimo da época R\$ 880,00.

Cerca de 20,8% das mães possuem idade inferior a vinte anos, o que pode vir a favorecer a introdução de outros alimentos precocemente além do leite materno, devido a falta de experiência com a amamentação. Em um estudo realizado por Brito *et al* (2011), com 350 recém nascidos por meio de inquéritos aplicados às mães no período puerperal entre abril e julho de 2008, verificaram que 28,1% das mães com idade inferior a vinte anos, introduziram leites artificiais na alimentação do seu filho precocemente. Para Martins *et al* (2014), esses alimentos introduzidos no momento inadequado na alimentação das crianças, diminui a duração do aleitamento materno, prejudica a absorção de nutrientes, provoca o surgimento de reações alérgicas e aumenta o risco de infecções através de alimentos ingeridos contaminados.

Na tabela 1 é possível perceber que a maioria das mães são casadas e que se dedicam ao lar, achados que também foram encontrados no estudo de Sotero, Cabral e Silva (2015), que avaliaram o padrão de consumo alimentar de lactentes e sua relação com variáveis socioeconômicas, em que 83,5% das mães das crianças atendidas nas unidades de saúde da família eram casadas e 46,6% delas se dedicavam apenas ao cuidado da família.

Porém, 30% das mães entrevistadas alegaram trabalharem na plantação de alimentos (dados não apresentados em tabela), o que ocasiona o aumento da renda e a possibilidade de ter alimentos *in natura* disponíveis para serem consumidos por toda a família. Essa situação também foi encontrada no estudo de Santo *et al* (2013), que desenvolveram sua pesquisa em uma creche municipal em Cuité na Paraíba, e verificaram que das 55 mães de crianças de seis a sessenta meses, 94,6% eram agricultoras. Contudo, para Aires *et al* (2012), este ambiente pode ser fator de risco para a alimentação das crianças pré-escolares, devido à baixa renda

familiar, o número de pessoas residentes no mesmo domicílio e a baixa escolaridade.

Em relação às mães participantes do estudo, apenas 1 (2,3%) estava cursando o ensino superior e 36,9% conseguiram concluir o ensino médio. Esta situação foi também encontrada no estudo de Araújo et al (2013), que avaliaram os fatores que levaram ao desmame precoce antes dos seis meses, e identificaram que de 68 mães 57,3% possuíam o ensino fundamental incompleto.

Segundo Araújo et al (2008), o grau de escolaridade materna ocasiona a falta de motivação para amamentar, principalmente em países em desenvolvimento onde muitas mães não possuem instruções e vivem em lugares menos favorecidos, diferente de países desenvolvidos que possuem mães com maior acesso a informações sobre os benefícios da amamentação e tendem a amamentar por mais tempo.

Associada a essa condição, a renda das famílias é bastante preocupante. A maioria delas, cerca de 67,7% sobrevivem apenas com um salário e 50% recebem algum benefício do governo, situação semelhante encontrada no estudo de Campos et al (2011), que avaliaram o conhecimento das práticas de aleitamento materno de 102 mulheres, e 57,4% delas viviam com menos de um salário.

Apesar da baixa renda, a maioria das famílias possuem água encanada e o lixo é coletado de suas casas, o que para Paz, Almeida e Gunther (2012), as condições precárias de moradia podem levar ao surgimento de agravos na saúde, sendo também indicativo de baixa renda familiar.

Outro aspecto importante que pode favorecer o abandono da amamentação, é o uso da chupeta e mamadeira, que das crianças em estudo, 78,46% utilizam a mamadeira, 61,5% fazem o uso da chupeta, 29,2% nunca usaram e 9,23% não usam, mais já utilizaram alguma vez. O uso freqüente desses objetos também foram encontrados no estudo de Souza, Mendes e Binoti (2016), no qual 50,7% das crianças menores de seis meses usavam a mamadeira e 62% faziam o uso de chupetas. Para Lamounier et al (2008), a utilização da chupeta provoca confusão de bicos que atinge negativamente a amamentação, além de ocasionar a diminuição da freqüência das mamadas durante o dia e menor produção de leite.

Diante desses fatores relevantes, foi aplicado às mães o questionário sobre a alimentação das crianças nas últimas 24 horas em estudo, cujos resultados estão expressos a seguir na tabela 2.

Tabela. 2 - Alimentos consumidos por crianças de 0 a 24 meses segundo o consumo alimentar nas últimas 24h, Unidades Básicas de Saúde no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.

Grupo Alimentar	Alimento	0-5,9 meses (n=53)		6-11,9 meses (n=35)		12-23,9 meses (n=42)		Total Geral	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Leite materno/ outro leite, mingau ou iogurte	- Leite Materno	44	68,8	12	18,8	8	12,5	64	49,2
	- Outro Leite	21	23,3	31	34,4	38	42,2	90	69,2
	- Mingau	4	6,2	29	44,6	32	49,2	65	50,0
	- Farináceos	4	6,8	27	45,8	28	47,5	59	45,4
	- Iogurte (Danoninho)	0	0,0	9	37,5	15	62,5	24	18,5
	- Iogurte Natural	1	14,3	1	14,3	5	71,4	7	5,4
Carnes e Ovos	- Carne Bovina	0,0	0,0	7	35,0	13	65,0	20	15,4
	- Peixe	0,0	0,0	4	50,0	4	50,0	8	6,2
	- Carne de Frango	0,0	0,0	7	33,0	14	66,7	21	16,2
	- Vísceras	0,0	0,0	0	0,0	1	100	1	0,8
	- Ovo	0,0	0,0	1	12,5	7	87,5	8	6,2
Feijão	- Feijão	0,0	0,0	18	34,6	34	65,4	52	40,0
Cereais	e - Arroz	1	2,3	13	29,5	30	68,2	44	33,8
Tubérculos	- Macarrão	0,0	0,0	7	35,0	13	65,0	20	15,4

Continuação. 2 - Alimentos consumidos por crianças de 0 a 24 meses segundo o consumo alimentar nas últimas 24h, Unidades Básicas de Saúde no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.

Grupo Alimentar	Alimento	0-5,9 meses		6-11,9 meses		12-23,9 meses		Total Geral	
		(n=53)		(n=35)		(n=42)		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Alimentos	-Balas, Chocolates,	0,0	0,0	3	27,3	8	72,7	11	8,5
Processados	e sorvete e Chiclete								
Ultraprocessados	- Frituras	0,0	0,0	0	0,0	2	100	2	1,5
	- Embutidos	0,0	0,0	1	14,3	6	85,7	7	5,4
	- Salgadinhos	0,0	0,0	3	23,1	10	76,9	13	10,0
	- Fast Foods	0,0	0,0	2	33,3	4	66,7	6	4,6
	-Biscoito Recheado	0,0	0,0	6	33,3	12	66,7	18	13,8
	- Bolacha	0,0	0,0	18	40,0	27	60,0	45	34,6
	- Açúcar e Melado	2	7,1	4	14,3	22	78,6	28	21,5
	-Comida	0,0	0,0	0	0,0	1	100	1	0,8
	Industrializa								
	Potinho								

Fonte: SILVA, T.I., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa

Em relação às crianças menores de 6 meses, é possível observar que das 53 crianças nessa faixa etária, 68,8% delas mamaram nas últimas 24 horas, no qual 28,3% mamaram exclusivamente. Em relação à ingestão de outros leites, ocorreu o consumo por parte de 23,3% dos bebês e 6,2% tomaram mingau à base de leite de vaca em pó integral juntamente com farináceos.

No estudo de Rocha et al (2013), das 87 crianças menores de seis meses, apenas 54,4% estavam mamando exclusivamente e ao fim do sexto mês de vida, nenhuma mãe amamentava de forma exclusiva e 48,8% dos bebês já não mamavam mais. Já no estudo de Arantes et al (2011), das 126 crianças, 77% estavam recebendo leite materno, no qual 37,3% estavam em aleitamento materno exclusivo e 23% em aleitamento materno predominante.

Em relação ao consumo de outros alimentos presentes nos demais grupos alimentares, as carnes e gorduras não tiveram consumo expressivo, o cereal arroz foi consumido por 2,3% das crianças, a laranja foi consumida por 30,9%, o chuchu por 18,9%, o feijão não foi ingerido por nenhuma criança e 9,4% delas, tiveram a presença de óleo no preparo das suas refeições. Já no grupo de alimentos processados e ultraprocessados, 7,1% fizeram a ingestão de açúcar e melado. Aos demais alimentos, como o macarrão instantâneo, refrigerante, suco industrializado, balas, chocolates, sorvetes, chicletes, frituras, embutidos, salgadinhos, Fast Foods, biscoito recheado, bolacha e comida industrializada de potinho, nenhuma das crianças menores de seis meses fizeram a ingestão.

A inadequação alimentar também ocorreu na pesquisa de Oliveira et al (2005), que das 24 crianças menores de seis meses, 61,7% mamaram nas últimas 24 horas, 58,6% consumiram leite em pó integral, os farináceos a base de arroz e milho, foram consumidos por 43,7%, e a ingestão de açúcares foram bastante expressivas, totalizando 57,5% das crianças consumiram. Na pesquisa de Arantes et al (2011), os legumes, carnes e feijão foram introduzidos no terceiro mês de vida, e a partir do sexto mês, 42,3% delas recebiam frutas, 38,6% tomavam suco e 50% estavam consumindo papas salgadas.

Ademais, é possível verificar também, que a amamentação diminui de acordo com as faixas etárias seguintes. De acordo com as outras faixas etárias do presente estudo, ocorreu uma maior ingestão de mingau no grupo das crianças acima dos 12

meses em relação ao grupo de seis meses a 11 meses e 29 dias, que 18,8% tiveram o consumo de leite materno. Foi identificado na pesquisa de Schaurich e Delgado (2014), que das 88 mães, 24% afirmaram que deixaram de amamentar por achar que o leite materno é insuficiente, 16% alegaram ter introduzido outros alimentos por orientação do pediatra e 10% tiveram que voltar para o trabalho.

Além disso, as crianças entre 6 a 11 meses e 29 dias consumiram mais os vegetais ou frutas de cor alaranjada e folhas verdes escuras com relação ao grupo de maiores de um ano, enquanto que 62,5% das crianças acima de um ano foi o grupo que mais consumiu o danoninho, carnes e ovos, cereais e tubérculos e o feijão.

Diferentemente, na pesquisa de Berciniet al (2007), as crianças com idade igual ou superior ao seis meses, 81,2% delas receberam frutas, 77% tomaram sucos de frutas. 79,8% consumiram papas salgadas, 70,4% tomaram mingau e 65,1% fizeram a ingestão de salgadinhos, iogurte e bolachas. Foi verificado também, que das crianças que comeram a papa de legumes, 63,9% tinham presença de carnes e aquelas que consumiram a comida igual a da família, o feijão e a carne esteve presente, sendo 73,1% e 55,1% respectivamente.

Práticas inadequadas foram também encontradas no estudo de Palmeira, Santos e Vianna (2015), que avaliaram a prática alimentar de 539 crianças nas últimas 24 horas. Das crianças entre 6 e 11 meses e 29 dias (25%), 83,6% mamaram e 21,7% entre 6 e 9 meses e 29 dias, tiveram uma introdução alimentar adequada. Já as crianças acima dos 12 meses, 64,2% delas não mamavam mais, 64,2% consumiram bolachas e pão e 60,4% fizeram a ingestão de mingau ou papa.

Como auxílio para o diagnóstico do consumo alimentar dessas crianças, a tabela 3 mostra a situação da alimentação de acordo com os indicadores para menores de 2 anos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que são ferramentas que ajudam na identificação de práticas alimentares inadequadas e dessa forma, favorecem uma melhor organização das ações para a melhora da situação alimentar.

Tabela. 3 - Situação da alimentação das crianças de 0-2 anos segundo os marcadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 2015, Vitória de Santo Antão – PE.

Indicador	Proporção	%
<0-5,9 meses		
Aleitamento Materno Exclusivo em menores de seis meses	15/53	28,3
6-23,9 meses		
Aleitamento Materno Continuado	20/77	25,9
6-8,9 meses		
Introdução de Alimentos	13/23	56,5
6-23,9 meses		
Diversidade Alimentar Mínima	2/77	2,5
Frequência Mínima e Consistência Adequada	64/77	83,1
Consumo de Alimentos Ricos em Ferro	0/77	0,0
Consumo de Alimentos Ricos em Vitamina A	8/77	10,3
Consumo de Alimentos Ultraprocessados	53/77	68,8
Consumo de Hambúrguer e/ou Embutidos	7/77	9,0
Consumo de Bebidas Adoçadas	8/77	10,3
Consumo de Macarrão Instantâneo, Salgadinhos de Pacote ou Biscoitos Salgados	47/77	61,0
Consumo de Biscoito Recheado, Doces ou Guloseimas	47/77	61,0

Fonte: SILVA, T.I., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

É possível observar que apenas 28,3% das crianças menores de seis meses receberam apenas leite materno durante as últimas 24 horas, semelhança encontrada com o estudo de Saldan (2015), na qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 36%.

Outro aspecto preocupante se refere à proporção de crianças que a partir dos seis meses continuaram sendo amamentadas, no qual apenas 25,9% delas mamavam, fator encontrado também no estudo de Saldan (2015), pois ocorreu baixa continuidade do aleitamento materno.

Já em relação à introdução de alimentos, 56,5% das crianças de seis a oito meses e 29 dias receberam alimentos na frequência adequada para a idade. De forma similar, o estudo de Tamasia (2013), avaliou 713 crianças de até um ano de vida da cidade situada no Vale do Ribeira, São Paulo, e verificou que a proporção de crianças dessa mesma faixa etária que consumiram fruta e comida sal na frequência adequada para a idade foi de 62,1%.

Conforme o quarto indicador, apenas 2,5% das crianças a partir dos seis meses, consumiram todos os grupos alimentares durante as últimas 24 horas, sendo este um fator preocupante para a saúde dessas crianças. Sabe-se que uma alimentação complementar adequada é fundamental para prevenção de doenças, como a desnutrição e o sobrepeso (Dias; Freire e Franceschini, 2010). Dessa forma, Corrêa et al (2009), afirmam que uma introdução precoce desses alimentos levam a agravos como diminuição da duração do aleitamento materno e dificuldade na absorção dos nutrientes e aumento do surgimento de alergias. Já a introdução tardia desses alimentos, pode levar a desaceleração do crescimento, desnutrição e deficiências de vitaminas e minerais.

Filha et al (2012), avaliaram o consumo mediano de 359 crianças, das quais 294 eram crianças entre seis e 24 meses. Foi verificado que o grupo dos cereais, frutas, carnes e ovos, leguminosas e doces e açúcares, se diferenciaram entre as faixas etárias, sendo as frutas (1,2), os cereais (4,9) e açúcares e doces (1,3) os mais consumidos pelas crianças entre doze e 24 meses. Já os leites e derivados, hortaliças e óleos e gorduras, tiveram o consumo semelhante entre as faixas etárias.

Já na pesquisa de Marinho et al (2016), ao avaliar os registros de 218 crianças do SisvanWeb, notou-se que nas últimas 24 horas das crianças de seis a doze meses, 72,3% consumiram verduras e legumes, 63,4% fizeram a ingestão de carnes e 75,3% ingeriram alguma fruta durante o dia. Porém, 34,7% fizeram a ingestão de sucos industrializados, 17,8% tomaram refrigerantes e 23,8% tinham consumido alimentos ricos em açúcares.

Essa inadequação alimentar, com a redução do consumo de alimentos saudáveis e o aumento no consumo de alimentos com altas quantidades de açúcares simples, sódio e gordura, pode ser justificado pela grande variedade de

produtos industrializados como o aumento da propaganda desses alimentos que podem causar efeitos negativos na saúde das crianças (GARCIA et al, 2014).

Apesar disso, é fator expressivo nesta pesquisa que 83,1% das crianças a partir dos seis meses de vida, recebem os alimentos na consistência adequada para a idade. Este é um fator positivo, visto que aos seis meses de vida os alimentos devem ser oferecidos amassados com consistência de papa ou purê, que irá propiciar maior aporte energético, bem como estimular as funções de lateralização da língua e da mastigação (BRASIL, 2013). Ao completar oito meses, após receber esses estímulos, a criança aceitará aos poucos com mais facilidade a mesma comida que é servida para a família, desde que seja isenta de temperos excessivos (BRASIL, 2013). Por outro lado, o consumo de alimentos de consistência inadequada para a idade, como por exemplo, alimentos liquidificados comprometem o estado nutricional das crianças em virtude da baixa ingestão de nutrientes (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

No entanto a situação se torna preocupante quanto à ineficiente ingestão de alimentos ricos em ferro e vitamina A. Com relação ao ferro, nenhuma delas consumiu os três alimentos propostos pelo Ministério da Saúde como fonte desse micronutriente, que são eles, o feijão, o fígado e as carnes. Fidelis e Osório (2007), em seu estudo em Pernambuco na região metropolitana do Recife, na área rural e interior urbano, verificaram que as crianças de sete a onze meses (65%), tiveram a mediana de consumo de ferro menor que a Necessidade Média Estimada (EAR). Situação semelhante encontra no estudo de Gomes, Costa e Schmitz (2010), realizado no Distrito federal, onde 56,5% das crianças de sete a doze meses também tiveram ingestão inferior da EAR. Para Machado et al (2005), a deficiência de ferro ocasiona a perda de apetite, infecções de repetição freqüentes, perda da capacidade lúdica e problemas neuropsicomotores com difícil resolutividade.

O governo brasileiro criou o Programa Nacional de Suplementação de ferro que visa à suplementação de crianças de seis a dezoito meses e dessa forma, diminuir essa prevalência da inadequada ingestão desse micronutriente. Porém, até hoje a deficiência de ferro é bastante elevada no país em que mostra a complexidade da adequação nutricional desse nutriente (CARVALHO, 2015).

Em relação à vitamina A, apenas 10,3% das crianças consumiram nas últimas 24 horas frutas de cor alaranjada ou folhas verdes escuras. Este aspecto é bastante preocupante, pois essa vitamina desempenha papel fundamental na diferenciação celular normal, na visão e reprodução, no sistema imunológico e no crescimento e desenvolvimento ósseo (SILVA et al, 2010).

De acordo com Caetano et al (2010), em seu estudo em Curitiba, São Paulo e Recife com 179 crianças de sete a doze meses, foram encontradas em seu estudo, práticas inadequadas na alimentação das crianças, como o desmame precoce, a ingestão de leite de vaca integral e a introdução precoce de alimentos industrializados, o qual são fatores para o aumento da inadequação desse nutriente. Por isso, assim como o ferro, o governo criou o Programa de Suplementação de Vitamina A para combater essa deficiência, mas a hipovitaminose A ainda é muito elevada no Brasil, o qual se faz necessário ações que incentive o aumento do consumo desse nutriente pelas crianças (CARVALHO, 2015).

Além desses problemas encontrados no presente estudo, 68,8% das crianças consumiram alimentos ultraprocessados nas últimas 24 horas, 9% comeram embutidos, 10,3% ingeriram bebidas adoçadas como refrigerantes e sucos industrializados, 61% consumiram alimentos como macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgados e comeram biscoito recheado, doces ou guloseimas.

No estudo de Heitor, Rodrigues e Santiago (2011), verificaram a inadequação dos alimentos introduzidos a 300 crianças de até um ano de vida. Delas, 111 tinham idade entre quatro e seis meses, e 189 entre seis e doze meses. O queijo petit-suisse foi o mais consumido nas duas faixas etárias, sendo 34,2% e 96,8% respectivamente. O pirulito foi o segundo mais consumido, por 26% das crianças do primeiro grupo e 78,8% pelo segundo grupo. Além disso, o refrigerante foi consumido por 15,3% das crianças de quatro a seis meses e 65,6% entre os seis e doze meses. Já os embutidos, como a salsicha foram introduzidas a partir do quarto mês de vida na refeição salgadae, a mortadela a partir do sexto mês.

Na pesquisa de Souza e Binoti (2016), também ocorreu o consumo de alimentos não saudáveis ingeridos pelas crianças menores de dois anos. Os sucos artificiais, café e refrigerante foram consumidos por menores de seis meses, bem

como 2,8% consumiram alimentos adoçados e açúcar e 5,6% comeram bolachas, salgadinhos e biscoitos recheados. Já em relação às crianças maiores de seis meses, 29,4% fizeram a ingestão de sucos industrializados, 3,9% tomaram café e 15,7% refrigerante. Além desses, 70,6% consumiram alimentos com açúcar e 84,3% comeram salgadinhos, bolachas e biscoitos.

Para uma alimentação altamente energética, com o consumo excessivo de sódio, açúcares simples, gorduras trans, ácidos graxos saturados e uma ingestão insuficiente dos carboidratos complexos e fibras, podem propiciar o surgimento de doenças Crônicas não-transmissíveis. Esses fatores associados com o desmame precoce, podem ainda, comprometer o crescimento e desenvolvimento dessas crianças (TOLONI et al, 2011).

Uma alimentação inadequada e introduzida precocemente, é chamada de imprinting metabólico, ou seja, esses alimentos atuam durante uma fase crítica e específica do desenvolvimento da criança, que tende a causar complicações duradouras e freqüentes ao longo da vida (HEITOR, RODRIGUES E SANTIAGO, 2011).

Com essas irregularidades do consumo alimentar das crianças em estudo, os programas de incentivo a uma alimentação adequada são de extrema importância para a saúde dessa população e, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), é um programa que possui todos os atributos para a melhoria da alimentação das crianças até os dois anos de vida, pois o mesmo atua diretamente com ações voltadas a melhoria da prevalência do aleitamento materno e uma alimentação complementar introduzida adequadamente.

Por isso, para Erdmann e Sousa (2009), o direito a uma saúde de qualidade é concretizada quando existem recursos disponíveis para uma adequada aplicação das ações e atitudes dos profissionais que tendem a acolher, respeitar e dar assistência digna a criança e sua família.

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados como a baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo e sua continuidade a partir dos seis meses de vida, o consumo excessivo de alimentos processados e ultraprocessados, inadequada oferta de micronutrientes e a baixa diversidade da ingestão dos grupos alimentares, esta pesquisa confirma a hipótese da necessidade urgente da implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), no município da Vitória de Santo Antão – PE.

Como evidenciado, a EAAB contribui para a qualificação dos profissionais que atuam diretamente com este público e dessa maneira, podem realizar intervenções para diminuir essas inadequações da alimentação das crianças, com o intuito de prevenir agravos e favorecer um crescimento e desenvolvimento adequado.

REFERÊNCIAS

- AIRES, J. S. et al. (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 102-108, 2012.
- AMORIM, S. T. S. P. Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil(1960-1988). **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 581-598, maio/ago. 2008.
- ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2008.
- ARANTES, C. I. S. et al. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 421- 429, mai/jun. 2011.
- ARAÚJO, J. P. et al. Desmame precoce e suas causas: experiência na Atenção Básica de Campina Grande – PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 146-155, ago/dez. 2013.
- ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-492, jul/ago, 2008.
- BERCINI, L. O. et al. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 404-410, 2007.
- BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1759-1771, set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável**: Caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 013/2014, de 05 de maio de 2014**. Nota Técnica sobre o processo de certificação da Estratégia Amamenta e Alimenta para o ano de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha>. Acesso em: 04 de dezembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Rede Amamenta Brasil**. Os primeiros passos (2007 – 2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**. Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: ministério da Saúde, 2015.

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

BRITO, H. et al. Experiência do aleitamento materno. **Acta Pediátrica Portuguesa**, [Lisboa], v. 42, n. 5, p. 209-214, 2011.

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

CAMPOS, A. A. O. et al. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 161-167, 2011.

CAMPOS, A. M. S. et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 283-290, Mar/Abr. 2015.

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

CARVALHO, C. A. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 211-221, 2015.

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**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-486, Mai/Jun, 2010.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde São Paulo**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.150-160, 2009.

FARIAS, S. E.; WISNIEWSKI, D. Aleitamento materno x desmame precoce. **Revista UNINGÁ**, Paraná, v. 22, n. 1, p. 14-19, Abr/Jun. 2015.

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

- FILHA, E. O. et al. Consumo dos grupos alimentares em crianças usuárias da rede pública de saúde do município de Aracaju, Sergipe. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 529-536, 2012.
- GARCIA, C. et al. Consumo alimentar: um estudo sobre crianças com sobrepeso e obesidade do Espaço Mamãe Criança de Vera Cruz/RS. **CINERGIS**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 195-200, out./dez. 2014.
- GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. Augusto. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-316, fev. 2011.
- GOMES, Renata Couto Falcão; COSTA, Teresa Helena Macedo da Costa; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Avaliação do consumo alimentar de pré-escolares do Distrito Federal, Brasil. **Arquivos Latinoamericanos de Nutrição**, Caracas, VE, v. 10, n. 2, 2010.
- HEITOR, S. F. D.; RODRIGUES, L. R.; SANTIAGO, L. B. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 430-436, jul/set. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**: Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 161-169, 2008.
- LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Out/Dez. 2008.
- MACHADO, E. H. S. et al. Condição nutricional e prevalência de anemia em crianças matriculadas em creches beneficentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-26, 2005.

- MACHADO, M. C. M. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 985-994, 2014.
- MAIS, L. A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 93-104, 2014.
- MARANHÃO, T. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 132-139, 2015.
- MARIOT, M. D. M. **Implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no município de Porto Alegre: percepções do tutor**. 2015. 74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- MARINHO, L. M. F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 21, n. 3, p. 977-986. 2016.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R. M.; PRIORE, S. E. Mitos e cresças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011.
- MARTINS, C. B. G. et al. Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento. **Revista Epidemiologia e Serviços de saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 79-90, jan/mar. 2014.
- MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, 2004.
- MÜLLER, R. M. et al. Excesso de peso e fatores associados em menores de cinco anos em populações urbanas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio grande do Sul, p. 285-296, abr./jun. 2014.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 459-469, jul/ago. 2005.

OLIVEIRA, N. J.; MOREIRA, M. A. Políticas públicas nacionais de incentivo à amamentação: a in(visibilidade) das mulheres. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, SP, v. 20, n. 3, p. 95-100, jul/set. 2013.

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

PASSANHA, A.; MANCUSO, A. M. C.; SILVA, M. E. M. P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 351-360, 2010.

PASSANHA, Adriana et. al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, 2013.

PAZ, M. G. A.; ALMEIDA, M. F.; GUNTHER, W. M. R. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 188-197, 2012.

_____. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios).

QUIRINO, L. S. et al. Significado da experiência de não amamentar relacionado às intercorrências mamárias. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 628-633, out./dez. 2011.

Rocha, N. B. et al. Estudo Longitudinal sobre a Prática de Aleitamento Materno e Fatores Associados ao Desmame Precoce. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 13, n. 4, p. 337-342, out/dez. 2013.

SALDAN, P. C. **Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade com base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde**.

2014. 168f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SALDAN, P. C. et al. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 409-420, jul/ago. 2015.

SANTOS, N. C. C. B. et al. Vigilância à saúde das crianças em creche municipal: enfoque no perfil nutricional. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 704-712, 2013.

SCHAURICH, G. F.; DELGADO, S. E. Caracterização do Desenvolvimento da Alimentação em Crianças de 6 a 24 meses. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 16, n. 5, p. 1579-1588, set/out. 2014.

SILVA, J. R.; THOMÉ, C. R.; ABREU, R. M. Método mãe canguru nos hospitais/maternidades públicos de salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 522-533, mai/jun. 2011.

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

SIQUEIRA, P. P.; ALVES, J. G. B.; FIGUEIROA, J. N. Fatores associados ao excesso de peso em crianças de uma favela no nordeste brasileiro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 251-257, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação**: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

SOTERO, A. M.; CABRAL, P. C.; SILVA, G. A. P. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 445-452, out/mar. 2015.

SOUSA, R. L. S. et al. Avaliação nutricional de crianças de 0 a 2 anos em uma comunidade na cidade de Araguaína-TO- estudo de coorte prospectivo. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 8, n. 2, Ago. 2015.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, jun. 2013.

SOUZA, J. B. P. G.; BINOTI, L. L. M. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de Juiz de Fora – MG. **Revista APS**, Juiz de Fora, MG, v. 19, n. 1, p. 67-76, jan/mar. 2016.

TAMASIA, G. A. **Perfil da amamentação e alimentação complementar no município de Registro – SP**. 2013. 140f. Dissertação (Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

TOLONI, M. H. A. et al. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 37-43, jun/set. 2014.

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

VENÂNCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, Nov. 2013.

WEFFORT, V. R. S. Nutriplanet: Nutrição no primeiro ano de vida. **Pediatria moderna**, v. 50, n. 10, p. 435-439, out. 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5913>. Acesso em: 04 dez. 2016.

ANEXO

Anexo A – Carta de anuência



www.prefeituradavitoria.pe.gov.br

Carta de Anuência

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução da pesquisa documental e coleta de dados, intitulado: “**Avaliação das Condições de Saúde e Nutrição Materno-Infantil Atendidas nas Unidades de Saúde no Município de Vitória de Santo Antão, PE, Brasil**”, a ser realizado pela Dr^a Michelle Figueredo Carvalho e Dr^a Sandra Cristina da Silva Santana, da Universidade Federal de Pernambuco – CAV estando a Secretaria de Saúde de Vitória de Santo Antão ciente do seu percurso metodológico e acordando que a Unidades de Estratégia Saúde da Família são contemplada pelo projeto.

Pesquisador: Michelle Figueredo Carvalho

Pesquisador: Sandra Cristina da Silva Santana

Autorizo em, 29 / 04 / 2013

Érica Lanny Alves Ximenes

Érica L. A. Ximenes
Coord. Núcleo de Projeto e
Pesquisa de Saúde
COREN-PE - 006746

Érica Lanny Alves Ximenes

Coordenadora do Núcleo de Projetos/Pesquisas Acadêmicos de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Avenida Henrique de Holanda, 727 – Matriz – CEP: 55.602-001 Fone/fax: (81) 3523-1111/2345
E-mail: saudevitoria_pe@hotmail.com CNPJ: 08.916.501/0001-24

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO-INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE, BRASIL

Pesquisador: Sandra Cristina da Silva Santana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15371413.8.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 390.191

Data da Relatoria: 12/09/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP. Continuação.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 390.191

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL.

RECIFE, 10 de Setembro de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

CURSO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Maiores de 18 anos)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar, como voluntário (a), do subprojeto de pesquisa: **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: Há Necessidade de Implantação no Município de Vitória de Santo Antão?**. O mesmo faz parte de um projeto maior intitulado como: **“Avaliação das condições de Saúde e Nutrição Materno – Infantil atendidas nas unidades de saúde no município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco – Brasil”**, que está sob as responsabilidades das pesquisadoras Dr^a Michelle Figueiredo Carvalho (Telefone para contato: (81)88882627; email: michellecarvalho57@gmail.com) e Dr^a Sandra Cristina da Silva Santana (Telefone para contato: (81) 92471053; email: scs_santana@yahoo.com.br), endereço: Rua alto do Reservatório, S/N- Bela Vista, Vitória de Santo Antão – PECEP: 55608 – 680.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo deste estudo é a **Avaliação das condições de Saúde e Nutrição Materno – Infantil atendidas nas unidades de saúde no município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco – Brasil**. Além disso, a pesquisa visa através de dados relevantes, mostrar a necessidade que o município apresenta em implantar a **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: responder a um questionário referente à saúde da criança e permite que as pesquisadoras obtenham alguns

dados antropométricos, tais como: peso e comprimento da criança. Como risco, você poderá sentir – se constrangida (o) ao não conseguir responder alguma pergunta. Você não precisará pagar nada na sua participação nessa pesquisa. Da mesma forma, você também não receberá nenhum pagamento.

A pesquisa tem como benefício indireto a identificação do estado nutricional e uma análise do consumo alimentar das crianças. Como benefício direto, as crianças que estiverem com vacinação, acompanhamento e suplementação em atraso serão orientadas para a atualização, bem como receberão orientação nutricional.

Os dados obtidos serão confidenciais e asseguramos o sigilo de sua participação durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a denegrir sua imagem, pois o objetivo principal é saber sobre **As condições de Saúde e Nutrição Materno – Infantil atendidas nas unidades de saúde no município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco – Brasil. Além disso, a pesquisa visa através de dados relevantes, mostrar a necessidade que o município apresenta em implantar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.** O seu anonimato será preservado por questões éticas. Esses dados serão guardados em computador pessoal, no endereço profissional acima citado, sob a responsabilidade das pesquisadoras acima informada, pelo período de cinco anos.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s / n – 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740 – 600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**

<hr/> (assinatura do pesquisador)	<hr/> (assinatura do pesquisador)
------------------------------------	------------------------------------

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,

____RG/ _____ CPF/

_____, abaixo, concordo em participar como voluntário(a) do subprojeto de pesquisa: **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: Há Necessidade de Implantação no Município de Vitória de Santo Antão?**. O mesmo faz parte de um projeto maior intitulado como: **“Avaliação das condições de Saúde e Nutrição Materno – Infantil atendidas nas unidades de saúde no município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco – Brasil ”**. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi – me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ 20_____.

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Testemunha	Testemunha
------------	------------

APÊNDICE B – Questionário da criança



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE NUTRIÇÃO



Avaliação das condições de Saúde e Nutrição Materno – Infantil atendidas nas unidades de saúde no município da Vitória de Santo Antão – Pernambuco - Brasil

Questionário da criança		
Unidade de Saúde:		
Número do questionário:		QUEST ____
Data da entrevista:	___/___/___	DENT __/__/____ -
Nome do entrevistador:		
Nome do ACS:		
Dados Maternos		
1.Nome da mãe:		
2.Idade:		
3.Qual o seu estado Civil?	1[] Solteira 2[] Casada 3[] Viúva 4[] Divorciada 5[] Outros. Qual? _____	
4.Qual a sua profissão?	1[] Do lar 2[] Desempregada 3[] Empregada Qual profissão? _____	
5.É alfabetizada?	1[] Sim 2[] Não	
6.Qual o seu grau de escolaridade?	1[] Ensino fundamental incompleto 2[] Ensino fundamental completo 3[] Ensino médio incompleto	

	<p>4[] Ensino médio completo</p> <p>5[] Graduação incompleta</p> <p>6[] Graduação completa</p> <p>7[] Pós graduação</p> <p>8[] Alfabetizada em casa</p>
7. Tem quantos filhos?	<p>1[] nenhum 6[] 5</p> <p>2[] 1 7[] 6</p> <p>3[] 2 8[] 7</p> <p>4[] 3 9[] 8</p> <p>5[] 4 10[] > 8</p>
8. A Sra. Realizou o pré – natal?	<p>1[] Sim</p> <p>2[] Não</p>
9. A Sra. Começou a realizar o pré – natal com quantas semanas de gravidez?	_____
10. Quantas consultas foram realizadas no pré – natal?	<p>1[] nenhuma</p> <p>2[] 1 a 3</p> <p>3[] 4 a 6</p> <p>4[] 7 ou mais</p> <p>5[] ignorado</p>
11. A Sra. durante a gestação, teve algum problema de saúde?	<p>1[] Sim, Qual? _____</p> <p>2[] Não</p>
12. Fumou durante a gestação?	<p>1[] Sim</p> <p>2[] Não</p>
13. Fez a ingestão de álcool durante a gravidez?	<p>1[] Sim</p> <p>2[] Não</p>
14. Usou suplemento de vitaminas e minerais?	<p>1[] Sim, Qual? _____</p> <p>2[] Não</p>
15. Com quantos meses de gestação a Sra. começou a usar suplemento?	_____
16. Tipo de parto:	<p>1[] vaginal</p> <p>2[] cesáreo</p> <p>3[] Fórceps</p>

Identificação

17. Qual o nome da criança?		
18. Sexo	1 [] Feminino 2 [] Masculino	SEXO: ____
19. Qual a idade da criança?		IDADE ____
20. Data de Nascimento da criança?	____/____/____	DNASC ____/____/____
21. Qual o seu Endereço residencial?	_____ _____ _____	
22. Telefone para contato:	() _____ - _____	
23. Qual a Unidade de Saúde que você é atendido?		BAIRRO: ____
1 [] Bela Vista I 2 [] Bela Vista II 3 [] Mário Bezerra 4 [] Loteamento Conceição 5 [] Redenção 6 [] Lídia Queiroz 7 [] Amparo 8 [] Dr. Alvinho 9 [] Jardim Ipiranga 10 [] Maués 11 [] Matadouro 12 [] Cajueiro 13 [] Água Branca 14 [] Santana 15 [] Maranhão 16 [] Lagoa Redonda 17 [] Alto José Leal 18 [] Natuba 19 [] Caiçara 20 [] Pirituba I 21 [] Pirituba II 22 [] Ladeira de Pedra 23 [] Serra Grande 24 [] Galiléia 25 [] Pau Santo 26 [] Oiteiro 27 [] Cidade de Deus		
24. Você recebe a visita do ACS?	1 [] Sim 2 [] Não	VACS: ____
25. Com qual frequência?	1 [] Diariamente 2 [] Semanalmente 3 [] Mensalmente 4 [] Anualmente	
Situação Sócio-Econômica e Habitação		
26. Mora com quem?	1 [] Mãe 2 [] Pai 3 [] Mãe e Pai 4 [] Outro. Qual? _____	MRQ: ____
27. Sua casa tem água encanada?	1 [] Sim 2 [] Não	SANBAS: ____

28. Como é feito o abastecimento de água?	1[] Carro Pipa 2[] Rede geral (Compesa) 3[] Poços 4[] Captação da água de chuva 5[] Açude 6[] Outro. Qual? _____	ABASTAG: _____
29. Qual o destino dos dejetos (fezes e urina)?	1[] Fossa 2[] Céu aberto 3[] Rede de esgoto 4[] Outro. Qual? _____	DESTDJT: _____
30. Você trata a água que você bebe?	1[] Sim 2[] Não	TAB: _____
31. SE AGUA É TRATADA , Qual o tratamento utilizado?	1[] Fervura 2[] Cloração 3[] Filtração 4[] Mineral 5[] Outro. Qual? _____	TUPTA: _____
32. Qual o destino do seu lixo?	1[] Coletado 2[] Queimado 3[] Céu aberto 4[] Enterrado 5[] Outro. Qual? _____	DLIXO: _____
33. Qual a renda familiar da sua casa?	1[] Inferior a 1 salário mínimo 2[] 1 salário mínimo 3[] Até 2 salários mínimos 4[] Acima de 2 salários mínimos	RENDF: _____
34. Recebe algum benefício do governo?	1[] Sim 2[] Não Qual? _____	BENF: _____
Antropometria e Exames		
35. Possui a caderneta da criança?	1 [] Sim, trouxe 2 [] Sim, Não trouxe 3 [] Não	PCC: _____
36. A criança nasceu prematura?	1 [] Sim	

	2 [] Não	
37. Se sim, qual a idade gestacional de nascimento (semanas)?	_____	
38. Peso ao nascer:		PN: _____
39. Comprimento ao nascer:		EN: _____
40. Perímetro cefálico ao nascer:		PCN: _____
41. Peso atual:		
42. Comprimento atual:		
43. Perímetro cefálico atual:		
44. A criança recebeu visita domiciliar na 1ª semana de algum profissional de saúde?	1 [] Sim 2 [] Não	VAPS: _____
45. Qual profissional?		
	Médico 1 [] Sim 2 [] Não	VMED: _____
	Enfermeiro 1 [] Sim 2 [] Não	VENF: _____
	Fonoaudiólogo 1 [] Sim 2 [] Não	VFON: _____
	Nutricionista 1 [] Sim 2 [] Não	VNUT: _____
	Outro. Qual? _____	
46. Qual o motivo da ida à unidade?	1 [] Vacinação 2 [] Rotina 3 [] Retorno/doença 4 [] Outro. Qual? _____	MIU: _____
47. Quais as vacinas a criança tomou ao nascer?	1 [] BCG 2 [] Hepatite B 3 [] BCG e Hepatite B 4 [] Não sabe informar	QVAC: _____
48. A criança tomou/toma vitamina A? (VER NO CARTÃO)	1 [] Sim 2 [] Não	TVITA: _____
49. SE TOMOU , Quantas doses?	1 [] Uma 2 [] Duas 3 [] Três	

	4 [] Quatro 3 [] Não se aplica	
50. A criança TOMA sulfato ferroso?	1 [] Sim 2 [] Não	TSULFFER: ___ —
51. SE TOMOU/ TOMA , Qual o esquema de suplementação?	1 [] Diariamente 2 [] Semanalmente 3 [] Não se aplica	
52. A criança apresentou cólicas nos últimos 15 dias?	1 [] Sim 2 [] Não	
53. A criança teve algum problema de saúde no último mês?	1 [] Sim 2 [] Não	
54. Se sim, qual?	1 [] febre 2 [] Diarreia 3 [] chiado no peito 4 [] Vômito 5 [] Gripe 6 [] Vômito 7 [] eliminação de vermes 8 [] tosse 9 [] coriza 11 [] NÃO SE APLICA 10 [] Outra. Qual? _____	
55. A criança precisou ser internada por causa disso?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] Não se aplica	
<u>VERIFICAR NA CADERNETA DA CRIANÇA:</u>		
56. Tem registro de desenvolvimento no cartão?	1 [] Sim, completo 2 [] Sim, incompleto 3 [] Não	
57. O peso ao nascer foi registrado no cartão?	1 [] Sim 2 [] Não	
58. O peso ao nascer foi registrado no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	

59. Peso atual no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	
60. Quantos pontos de peso marcados no gráfico?	1 [] um ponto 2 [] dois pontos 3 [] de três a cinco pontos 4 [] apenas o peso ao nascer 5 [] nenhum ponto 6 [] mais de seis pontos	
61. A curva de peso foi traçada no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	
62. Qual a posição da curva de peso?	1 [] ascendente 2 [] horizontal 3 [] descendente 4 [] não se aplica	
63. Recebeu orientação sobre o peso da criança?	1 [] Sim, o que foi dito? _____ 2 [] Não	
64. O comprimento ao nascer foi registrado no cartão?	1 [] Sim 2 [] Não	
65. O comprimento ao nascer foi registrado no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	
66. Comprimento atual no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	
67. Quantos pontos foram marcados no gráfico de comprimento?	_____	
68. A curva de comprimento foi traçada no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	
69. Qual a posição da curva de comprimento?	1 [] ascendente 2 [] horizontal 3 [] descendente 4 [] não se aplica	
70. Recebeu orientação sobre o comprimento da criança?	1 [] Sim. O que foi dito? 2 [] Não	
71. O perímetro cefálico nascer foi registrado no cartão?	1 [] Sim 2 [] Não	

72. O perímetro cefálico ao nascer foi registrado no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	
73. Perímetro cefálico atual no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	
74. Quantos pontos foram marcados no gráfico do perímetro cefálico?	_____	
75. A curva do perímetro cefálico foi traçada no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] Não se aplica	
76. Qual a posição da curva do perímetro cefálico?	1 [] Sim 2 [] Não	
77. Recebeu orientação sobre o perímetro cefálico da criança?	1 [] Sim. O que foi dito? 2 [] Não	
Aleitamento materno		
78. A criança foi colocada ao seio p/mamar na primeira hora de vida logo após o parto?	1 [] Sim 2 [] Não	
79. A criança mama?	1 [] Sim 2 [] Não	CMAMA: ____ —
82. SE NÃO MAMA , A criança mamou alguma vez na vida?	1 [] Sim 2 [] Não (NUNCA) 3 [] NÃO SE APLICA (QUANDO A CRIANÇA AINDA MAMA) 4 [] Não sabe	CMAMOU: ____ —
83. Mamou até que idade (MESES)?	_____	MAMOU: ____ —
84. SE NÃO MAMA, MAS MAMOU , Porque deixou de mamar?	1 [] Leite insuficiente 2 [] Criança não queria 3 [] Mãe não queria 4 [] Criança doente 5 [] Mãe doente 6 [] Mãe trabalhava/estudava 7 [] Problema no seio 8 [] Não se aplica 9 [] Outro. Qual? _____	PQDM: ____

85. Quem recomendou a introdução dos alimentos? (Antes dos seis meses de vida)	1 [] mãe 2 [] sogra 3 [] médico 4 [] nutricionista 5 [] outro. Qual? _____	
86. SE NUNCA MAMOU , Porque nunca mamou?	1 [] Leite insuficiente 2 [] Criança não queria 3 [] Mãe não queria 4 [] Criança doente 5 [] Mãe doente 6 [] Mãe trabalhava/estudava 7 [] Problema no seio 8 [] Não se aplica 9 [] Outro Qual? _____	PNM: _____
87. SE NUNCA MAMOU qual o leite ofereceu como “substituto” do Leite Materno?	1 [] Leite em pó modificado (fórmulas) 2 [] Leite de vaca em pó integral 3 [] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 4 [] Leite de vaca líquido integral 5 [] Leite de cabra 6 [] Leite de soja 7 [] Não se aplica 8 [] Não sabe 9 [] Outro: _____	SLM: _____
88. SE NUNCA MAMOU . Como preparava o leite da criança com mais frequência?	1 [] Apenas leite 2 [] Leite com açúcar 3 [] Leite com farináceos 4 [] Leite com açúcar e farináceos	
89. ENQUANTO MAMA OU MAMAVA ofereceu outro tipo de alimento?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] NÃO SE APLICA (NUNCA MAMOU) 4 [] Não sabe	OAL: _____
90. Se sim, ENQUANTO MAMA OU MAMAVA , qual alimento recebeu:	Água: 1 [] Sim 2 [] Não	AG: _____
	Chá: : 1 [] Sim, QUAL?	CHA: _____

	2 [] Não	
	Suco: \:1[] Sim, QUAL? 2 [] Não	SUCO:_____
	Outro leite: : 1[] Sim, QUAL? 2 [] Leite em pó modificado (fórmulas) 3 [] Leite de vaca em pó integral 4 [] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 5 [] Leite de vaca líquido integral 6 [] Leite de cabra 7 [] Leite de soja 8 [] Não 9[] não sabe informar	OLEIT:_____
	COMO PREPARA OU PREPARAVA O LEITE? 1 [] Apenas leite 2 [] Leite com açúcar 3 [] Leite com farináceos 4 [] Leite com açúcar e farináceos	
	Mingau: : 1[] Sim 2 [] Não	MING:_____
Características sobre a dentição da Criança		
91. Faz uso de mamadeira?	1 [] Sim 2 [] Não	UMAMAD:____ —
92. CASO USE MAMADEIRA , Quantas mamadeiras criança consome diariamente?	1 [] 1 2 [] 2 3 [] 3 4 [] >3	NMAMAD:____ —
93. Usa chupeta?	1 [] Sim 2 [] Não, nunca usou 3 [] Não, já usou	UCHUP:_____
94. A criança já possui dentes?	1 [] Sim 2 [] Não	
95. A criança apresentou sintomas na erupção dos dentes?	1 [] febre 2 [] diarreia 3 [] irritabilidade	

	4 [] falta de apetite 5 [] infecção no ouvido 6 [] Não se aplica 7 [] outro? _____	
Alimentação nas últimas 24h		
96. A criança mamou?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] Não sabe	
97. Tomou chá?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] Não sabe	
98. Tomou água?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] Não sabe	
99. Tomou outro leite, exceto o leite materno?	1 [] Sim, Qual? _____ 2 [] Não 3 [] Não sabe	
100. Quantas vezes tomou leite não materno?	1 [] 1 2 [] 2 3 [] 3 4 [] 4 5 [] 5 vezes ou mais 6 [] não sabe	
101. Tomou mingau doce?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] Não sabe	
102. Se a criança tomou mingau, usou qual farináceo?	1 [] mucilon 2 [] arrozina 3 [] maizena 4 [] farinha láctea	
103. A criança comeu carne bovina?	1 [] Sim 2 [] Não	
104. Se comeu carne bovina, a mesma foi servida:	1 [] desfiada 2 [] picada	

	<p>3 [] em pedaços</p> <p>4 [] passada na peneira</p> <p>5 [] liquidificada</p> <p>6 [] normal</p>	
105. A criança comeu peixe?	<p>1 [] Sim</p> <p>2 [] Não</p>	
106. Se comeu peixe, a mesmo foi servido:	<p>1 [] desfiado</p> <p>2 [] picado</p> <p>3 [] em pedaços</p> <p>4 [] passado na peneira</p> <p>5 [] liquidificado</p> <p>6 [] normal</p>	
107. A criança comeu carne de frango?	<p>1 [] Sim</p> <p>2 [] Não</p>	
108. Se comeu carne de frango, a mesma foi servida:	<p>1 [] desfiado</p> <p>2 [] picado</p> <p>3 [] em pedaços</p> <p>4 [] passado na peneira</p> <p>5 [] liquidificado</p> <p>6 [] normal</p>	
109. A criança consumiu vísceras?	<p>1 [] Sim, como oferece? _____</p> <p>2 [] Não</p>	
110. A criança consumiu feijão?	<p>1 [] Sim</p> <p>2 [] Não</p>	
111. Se a criança comeu feijão, como ofereceu para a criança?	<p>1 [] desfiado</p> <p>2 [] picado</p> <p>3 [] em pedaços</p> <p>4 [] passado na peneira</p> <p>5 [] liquidificado</p> <p>6 [] normal</p>	
112. A criança consumiu arroz?	<p>1 [] Sim</p> <p>2 [] Não</p>	
113. Se a criança comeu arroz, como ofereceu para a criança?	<p>1 [] desfiado</p> <p>2 [] picado</p>	

	<p>3 [] em pedaços</p> <p>4 [] passado na peneira</p> <p>5 [] liquidificado</p> <p>6 [] normal</p>	
114. A criança consumiu ovo?	<p>1[] Sim</p> <p>2[] Não</p>	
115. Sobre o ovo, ofereceu:	<p>1 [] apenas a clara</p> <p>2 [] apenas a gema</p> <p>3[] ofereceu a gema e a clara</p> <p>4 [] não se aplica</p>	
116. O ovo foi oferecido:	<p>1 [] em pedaços</p> <p>2 [] amassado</p> <p>3[] liquidificado</p> <p>4 [] não se aplica</p>	
117. Ofereceu macarrão sem ser miojo?	<p>1[] Sim</p> <p>2 [] Não</p>	
118. O macarrão sem ser miojo, foi oferecido:	<p>1 [] amassado</p> <p>2 [] passado na peneira</p> <p>3[] liquidificado</p> <p>4[] em pedaços</p> <p>5 [] não se aplica</p> <p>6 [] outro? _____</p>	
119. Ofereceu macarrão Tipo Instantâneo (miojo)?	<p>1[] Sim</p> <p>2 [] Não</p>	
120. O macarrão Tipo Instantâneo (miojo), foi oferecido:	<p>1 [] amassado</p> <p>2 [] passado na peneira</p> <p>3[] liquidificado</p> <p>4[] em pedaços</p> <p>5 [] não se aplica</p> <p>6 [] outro? _____</p>	
121. A criança consumiu frutas?	<p>1[] Sim, QUAL?</p> <p>2 [] Não</p>	
122. A criança comeu mamão, pêssigo ou manga?	<p>1[] Sim, QUAL?</p> <p>2 [] Não</p>	

123.As frutas foram oferecidas a criança:	1 [] amassada 2 [] passada na peneira 3 [] liquidificada 4 [] em pedaços 5 [] raspada 6 [] picada 7 [] não se aplica 8 [] outro? _____	
124. A criança consumiu legumes (beterraba, chuchu ou abobrinha)?	1 [] sim 2 [] não 3 [] não sabe	
125. Se consumiu legumes, como foi oferecido?	1 [] amassado 2 [] passado na peneira 3 [] liquidificado 4 [] em pedaços 5 [] raspado 6 [] picado 7 [] não se aplica 8 [] outro? _____	
126. A criança consumiu verduras de folhas verde – escuras (brócolis, couve, mostarda)?	1 [] sim 2 [] não 3 [] não sabe	
127. Se consumiu verduras de folhas verde-escuras, como foi oferecida?	1 [] amassada 2 [] passada na peneira 3 [] liquidificada 4 [] em pedaços 5 [] picada 6 [] não se aplica 7 [] outro? _____	
128. A criança consumiu cenoura, abóbora, batata doce ou batata inglesa?	1 [] sim, Qual? 2 [] não 3 [] não sabe	
129. Como foi OFERECIDA a cenoura, abóbora, batata doce ou batata inglesa?	1 [] amassada 2 [] passada na peneira	

	3[] liquidificada 4[] em pedaços 5[] picada 6 [] não se aplica 7[] outro? _____	
130. A criança tomou iogurte tipo “danoninho”?	1 [] sim 2 [] não 3[] não sabe	
131. A criança tomou iogurte natural, de fruta ou coalhada caseira?	1 [] sim 2 [] não 3[] não sabe	
132. A criança tomou refrigerante?	1[] Sim 2 [] Não	
133. A criança tomou suco industrializado?	1[] Sim, QUAL? 2[] Não	
134. A criança comeu doce (bala, chiclete, chocolate ou sorvete)?	1[] Sim, QUAL? 2 [] Não	
135. A criança comeu frituras?	1[] Sim 2 [] Não	
136. A criança comeu embutidos (salames, patês, salsicha, presunto, enlatados) ?	1[] Sim, QUAL? 2 [] Não	
137. A criança comeu salgadinhos industrializados (chips)?	1[] Sim, QUAL? 2 [] Não	
138. A criança comeu Fastfoods (coxinha, pastel)?	1[] Sim, QUAL? 2 [] Não	
139. A criança comeu biscoito recheado?	1[] Sim, QUAL? 2 [] Não	
140. A criança comeu bolacha?	1[] Sim, QUAL? 2 [] Não	
141. A criança comeu comida de panela?	1[] Sim 2 [] Não	
142. A criança consumiu comida de panela em qual horário?	1 [] almoço 2 [] jantar 3[] não sabe	

	4[] não se aplica	
143. Como foi servida a comida de panela?	1 [] amassada 2 [] passada na peneira 3 [] liquidificada 4 [] em pedaços 5 [] picada 6 [] normal 7 [] não se aplica 8 [] outro? _____	
144. A criança consumiu alimento adoçado (açúcar, mel, melado ou adoçante)?	1 [] Sim, QUAL? 2 [] Não	
145. A criança consumiu comida industrializada(de potinho) ?	1 [] sim 2 [] não 3 [] não sabe	
146. A comida para a criança é preparada:	1 [] Igual a da família 2 [] Preparada só para a criança 3 [] não se aplica	
147. No preparo da refeição para a criança você utiliza condimentos como:	1 [] Pimenta 2 [] Mostarda 3 [] Catchup 4 [] Temperos Industrializados 5 [] cominho 6 [] colorau 7 [] não	
148. Você utiliza óleo na alimentação da criança?	1 [] Sim. Em qual momento? _____ 2 [] Não	
149. A Sra. está acrescentando alguma farinha(ou engrossante) ao leite?	1 [] sim 2 [] não	
150. Se acrescenta farinha (ou engrossante) no leite, qual a quantidade?	_____	
151. A Sra. está acrescentando açúcar ao leite da criança?	1 [] sim 2 [] não	
152. Se acrescenta açúcar ao leite da criança, qual a quantidade?	_____	

Orientações Passadas por profissionais as mães das crianças atendidas nas UBS		
153. Você recebeu orientação sobre os benefícios do Aleitamento Materno?	1 [] sim 2 [] não	
154. Na consulta de puericultura explicaram a você a importância de dar somente o leite do peito até os seis meses de vida?	1 [] sim 2 [] não	
155. Na consulta de puericultura, você foi orientada a partir de qual mês o seu filho pode ingerir outros alimentos além do AM?	1 [] sim 2 [] não	
156. Na UBS algum profissional perguntou se estava tendo dificuldades na introdução dos alimentos na alimentação do seu filho?	1 [] sim 2 [] não	
157. Você foi orientada se é correto dar chupeta ao seu filho?	1 [] sim 2 [] não	
158. Você foi orientada se é correto a prática de dar leite na mamadeira ao seu filho?	1 [] sim 2 [] não	
159. Na UBS você foi informada sobre quais alimentos ricos em ferro você deve ofertar ao seu filho e a partir de qual mês deve introduzir esses alimentos?	1 [] sim 2 [] não	
160. Na UBS você foi orientada sobre quais alimentos ricos em vitamina A você deve dar ao seu filho e a partir de qual mês deve introduzir esses alimentos?	1 [] sim 2 [] não	
161. Em qual momento você recebeu as orientações de como deve ser a alimentação do seu filho?	1 [] Pré-natal 2 [] Curso de gestante 3 [] Consulta de puericultura	