

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

ILILIAN KLEISSE FERREIRA DA SILVA

ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES RESIDENTES EM UMA
COMUNIDADE POBRE DA CIDADE DO RECIFE-PE

RECIFE

2017

ILILIAN KLEISSE FERREIRA DA SILVA

ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES RESIDENTES EM UMA
COMUNIDADE POBRE DA CIDADE DO RECIFE-PE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre.

Área de Concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia dos distúrbios da nutrição materna, da criança e do adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Co-orientador: Prof^ª.Dr^ª. Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares.

RECIFE

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida - CRB4-1662

S586a Silva, Iliian Kleisse Ferreira da.
Alimentação de lactentes residentes em uma comunidade pobre da
Cidade do Recife / Iliian Kleisse Ferreira da Silva. – 2017.
78 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Pedro Israel Cabral de Lira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2017.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Pobreza. 2. Suplementação Alimentar. 3. Hábitos Alimentares. 4.
Nutrição do Lactente. I. Lira, Pedro Israel Cabral de. (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-133)

ILÍLIAN KLEISSE FERREIRA DA SILVA

**ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE POBRE
DA CIDADE DO RECIFE - PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 21 / 02 / 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marília de Carvalho Lima (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Cristiane Pereira da Silva (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco - UPE

Prof^ª. Dr^ª. Raquel Canuto (Examinador Externo)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof^ª. Dr^ª. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

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

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Cordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Prof. Dr. José Ângelo Rizzo

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Maria de Fátima Cordeiro Trajano - Representante discente - Doutorado)

(Rhayssa Ferreira Brito - Representante discente - Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Julienne Gomes Brasileiro

Aos meus pais José Ivanildo Ferreira e Rosemere Ferreira pelo amor e exemplo de respeito, dignidade e fé, imprescindíveis à minha formação ética e profissional. Ao meu namorado Cláudio Soares, por também está ao meu lado em todos os momentos e por entender a minha ausência. Amo Vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor Jesus Cristo por ter me dado a oportunidade de servi-lo e por está me abençoando em mais uma caminhada, me dando forças para prosseguir, e sem ELE nada poderia fazer.

*Aos meus pais **Ivanildo Ferreira e Rosemere Ferreira** que sempre me apoiaram desde a decisão precoce sobre minha profissão e pela luta dos meus objetivos, me suportam e me amam em todos os momentos, mesmo com meu alto grau de estresse devido a tantos compromissos e prazos que a vida profissional me exige, além de compreenderem a minha ausência na realização de pequenas atividades em família, amo incondicionalmente e sem vocês todo esse esforço e as conquistas não teriam o mesmo valor.*

*Ao meu namorado, **Claudio Soares**, por me amar, por me entender e me apoiar nas minhas decisões, por entender que os finais de semana teriam que ser divididos com as etapas da dissertação. Por me consolar em momentos de choro, por escutar minhas lamentações que estava difícil concluir essa etapa, além da visão de fé. Amo você!*

À minha família por entender todo meu período de ausência irreparável em festas de aniversários, nascimentos, datas comemorativas.

*Ao meu orientador, **Professor Pedro Israel Cabral de Lira**, pela paciência durante meus momentos de ão tempo está passando e não vou conseguir, e por me acalmar e dizer ãcalma.. vai dar tempo, pelos conhecimentos doados de forma tão engrandecedora contribuindo muito para meu crescimento profissional e pessoal. E a minha co-orientadora, **Fernanda Cristina L. P. Tavares**, que com muito carinho e paciência me ouviu, me acalmou e me ajudou na conclusão dessa caminhada chamada mestrado.*

*Aos meus amigos que com muito carinho entenderam a ausência, especialmente a **Marília Cícera Santos** que sempre me apoiou em cada decisão e que sempre esteve por perto em momentos tristes e comemorando em momentos de felicidade. Aos meus amigos da turma do mestrado ME30, que tornaram essa caminhada mais leve, um dando forças ao outro nos momentos mais difíceis.*

As nutricionistas do IMIP, que se dedicam diariamente em melhorar a qualidade do atendimento, sem perder de vista a busca pelo conhecimento, com carinho a Janine Maciel que me ajudou com o pré projeto e me incentivou pelo seu perfil de pesquisadora a entender que eu poderia aceitar essa caminhada; A Kellyane Correia, pela amizade, pelas caronas diárias e por me escutar, apoiar e aconselhar; A Alcinda Queiroz e Conciana Freire pelo enorme incentivo; A Chika Wakiyama e a Alyne Cristine S. Silva por confiar em mim, mas do que eu mesma, por sempre ter uma palavra amiga e um abraço caloroso em momentos que me senti incapaz; A Larissa Viana que me ajudou na contabilização das notas antes da divulgação final pela pós graduação para reduzir minha ansiedade pelo resultado da aprovação no mestrado e a todos por comemorar comigo mais uma vitória.

À toda equipe da pesquisa, que se dedicou para que o andamento de cada etapa ocorresse de forma satisfatória, e as famílias da comunidade dos Coelho, que forneceram um tempinho das suas vidas para responder aos questionamentos e assim entendermos a situação em que estão inseridos e quem sabe poder ajudar na melhora de sua qualidade de vida.

À Profª Poliana Coelho Cabral, pelas preciosas sugestões, pela disponibilidade mesmo com tantas atividades a realizar e por toda atenção de forma gentil e carinhosa.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente - PPGSCA da UFPE, pelo empenho em oferecer formação de qualidade; à coordenadora do curso Dra. Luciane Soares de Lima, aos professores em especial a professora Marília de Carvalho Lima, que me acolheu e me ajudou nas etapas de elaboração do meu projeto e à equipe administrativa, Paulo, Juliene e Leandro, pela paciência e atenção.

Ao Instituto de Medicina Integral Professos Fernando Figueira- IMIP, pela concessão da minha licença, por incentivar meu desenvolvimento no ensino e na pesquisa.

Aos meus amados pacientes que com seus olhares, demonstrações de carinho e pureza me deram forças para levantar todas as manhãs para trabalhar com sorriso no rosto, além de me confirmarem que amo o que faço e que é esse caminho que quero seguir.

Obrigada!!

õTodas as coisas vêm única e exclusivamente de Deus. Tudo vive por seu poder e tudo é para sua glória. A Ele seja a glória para todo o sempre.

Romanos 11.36

RESUMO

A baixa renda familiar leva a precárias condições de vida interferindo diretamente nas decisões dos responsáveis pelas crianças sobre quando e o que oferecer durante o processo de introdução alimentar. Dada a vulnerabilidade desse período, os cuidados em saúde destinados ao lactente devem enfatizar a prática alimentar adequada, que será importante para prevenir/minimizar deficiências nutricionais e evitar o desenvolvimento de doenças crônicas. O objetivo foi analisar a alimentação não recomendada de lactentes que residem em uma comunidade carente, de acordo com os fatores demográficos, socioeconômicos e assistenciais. O estudo foi do tipo transversal analítico, com dados da pesquisa "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*", realizada entre junho e dezembro de 2014. Participaram do estudo 152 lactentes menores de 24 meses residentes na Comunidade dos Coelho, Recife-PE. Foram avaliados fatores socioeconômicos, demográficos e nutricionais. Para avaliação do consumo de alimentos foi empregado um Questionário de Frequência Alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, com adaptações. Marcadores de padrão alimentar não saudáveis foram questionados na pesquisa, além de avaliadas questões referentes a atenção ao pré-natal, parto, puerpério e aleitamento materno. Foi percebido que independente do peso ao nascer e a genitora se sentir motivada a amamentar, a duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi menor de quatro meses (DP±2,9). O primeiro alimento introduzido para esses lactentes foi o leite, integral ou modificado para idade, sendo ofertado em sua maioria em chucha/mamadeira (87,4%). Dentre os lactentes em AME por 6 meses, 12,6% receberam mel e/ou açúcar antes de 1 ano, enquanto os em AME por <6 meses, isso ocorreu com 87,4%. Em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados, o biscoito foi o mais frequente (73%). A ingestão de ao menos um alimento ultraprocessado por lactentes de seis meses até um ano de idade foi de 91,3% e para os maiores de um ano foi de 100%. A Razão de Prevalência (RP) do consumo de macarrão instantâneo (RP=1,46), salgadinho (RP=1,52) e biscoito (RP=1,40) após 6 meses de idade foi maior em lactentes que estiveram em AME por seis meses. Quando verificada a relação do erro alimentar com as variáveis socioeconômicas, demográficas e nutricionais foi encontrada associação apenas com a idade do lactente, frequência maior de erro entre os maiores de seis meses. Percebe-se que a alimentação do lactente não ocorre como recomendado pela Organização Mundial de Saúde, apresentando elevada frequência de erro alimentar, com introdução precoce de alimentos e oferta de ultraprocessados, sugerindo que os lactentes estão expostos a um padrão alimentar que não fornece os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento adequados favorecendo o excesso de peso, carências nutricionais e doenças crônicas. Acompanhamento e orientação sobre práticas corretas de introdução alimentar ainda são pouco difundidas, talvez por reduzida divulgação em meios de comunicação em massa, ao contrário dos alimentos ultraprocessados, ou pela escassez de oficinas e capacitações de profissionais de saúde para orientar, desmistificar e incentivar cuidadores nesse sentido, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Pobreza. Alimentação complementar. Hábitos Alimentares pouco Saudáveis. Nutrição do Lactente.

ABSTRACT

Low family income leads to precarious living conditions directly interfering with the decisions of those responsible for the children about when and what to offer during the food introduction process. Given the vulnerability of this period, health care for infants should emphasize adequate food practice, which will be important in preventing / minimizing nutritional deficiencies and avoiding the development of chronic diseases. The objective was to analyze the non-recommended feeding of infants living in a poor community, taking into account the demographic, socioeconomic and care factors. The study was a cross-sectional type of population-based study, with data from the survey "Health, nutrition and care services in a favela population of Recife: a baseline study", carried out between June and December 2014. The study involved 152 infants less than 24 months Resident in the Community of Rabbits, Recife-PE. Socioeconomic, demographic and nutritional issues were evaluated. A Food Frequency Questionnaire of the Food and Nutrition Surveillance System was used to evaluate food consumption, but with adaptations necessary for the study. Unhealthy food pattern markers were questioned in the research, in addition to evaluating issues related to prenatal care, delivery, puerperium and breastfeeding. It was observed that regardless of birth weight and the mother being motivated to breastfeed, the duration of Exclusive Breastfeeding (SMA) was less than four months ($SD \pm 2.9$). The first food introduced for these infants was milk, whole or modified for age, being offered mostly in milk / bottle (87.4%). Among infants in SMA for 6 months, 12.6% received honey and / or sugar before 1 year, while in SMA for <6 months, this occurred with 87.4%. Regarding the consumption of ultraprocessed foods, biscuit was the most frequent (73%). The intake of at least one ultraprocessed food by infants from six months to one year of age was 91.3% and for those older than one year was 100%. The prevalence ratio (RP) of instant noodles (RP = 1.46), saltiness (RP = 1.52) and biscuit (RP = 1.40) after 6 months of age was higher in infants who were in AME For six months. When the relationship between food error and socioeconomic, demographic and nutritional variables was found to be associated only with the age of the infant, with a higher error among those older than six months. It is noticed that infant feeding does not occur as recommended by the WHO and MS, presenting a high frequency of food error, with early introduction of food and inadequate supply of ultraprocessed, suggesting that infants are exposed to a food pattern that does not provide the nutrients Adequate growth and development favoring overweight, nutritional deficiencies and NCDs. Follow-up and guidance on correct food introduction practices are still poorly publicized, perhaps because of low mass media disclosure, unlike ultraprocessed food, or because of the scarcity of workshops and training of health professionals to guide, demystify and encourage caregivers in this area. Sense, especially in the scope of Primary Health Care.

Keywords: Poverty. Complementary feeding. Unhealthy Eating Habits. Infant Nutrition.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Características sócio-demográficas de acordo com a presença de erros alimentares de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016. 43
- Tabela 2. Características econômicas e condições de moradia de acordo com a presença de erros alimentares em lactentes residentes na comunidade dos coelhos, Recife/PE, 2016. 44
- Tabela 3. Associação da assistência pré-natal com a presença de erros alimentares de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016. 45
- Tabela 4. Relação das características e práticas neonatais e acompanhamento pós-parto de acordo com a presença de erros alimentares de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016. 46
- Tabela 5. Associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e o tempo de amamentação exclusiva de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016. 47
- Tabela 6. Associação entre a presença de erro alimentar e o estado de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016. 47

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos.	26
Quadro 2. Orientação nutricional de acordo com a idade da criança.	27
Figura 1. Fluxograma de captação dos participantes.	30
Figura 2. Modelo explicativo para o erro alimentar em lactentes menores de 2 anos.	31
Quadro 3. Classificação do estado nutricional de acordo com os pontos de corte.	33
Quadro 4. Variáveis analisadas tomando como base a avaliação socioeconômica, assistencial e neonatal.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
USF	Unidade de Saúde da Família
PPGSCA	Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
PNVITA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PBF	Programa Bolsa Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
OMS	Organização Mundial de Saúde
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
IBFAN	Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SIABE	Sistema de Informação de Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
IMC	Índice de Massa Corporal
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DAB	Departamento de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Pobreza, programas governamentais e sua influência no estado nutricional infantil	19
2.2 Práticas da Alimentação Complementar	23
2.3 Fatores Associados ao Hábito Alimentar do Lactente	24
2.4 Recomendações para Introdução da Alimentação Complementar	25
3 MÉTODOS	28
3.1 Delineamento do estudo	28
3.2 Local do estudo	28
3.3 Período de estudo	28
3.4 Critério de Elegibilidade	28
3.5 População do Estudo/Amostra	29
3.6 Definição das Variáveis de Análise	30
3.7 Métodos de Coleta de dados	32
3.8 Análise dos Dados	37
3.9 Aspectos Éticos	38
3.10 Problemas Metodológicos	39
3.11 Limitações do Estudo	39
4 RESULTADOS	40
5 DISCUSSÃO	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	65

ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Pesquisa õSaúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baselineö.....	66
ANEXO B- Questionário utilizado na pesquisa: õSaúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baselineö para Identificação do Domicílio.....	68
ANEXO C- Questionário adaptado para pesquisa atual, tomando como base o questionário utilizado na pesquisa: õSaúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do recife: um estudo baselineö para Registro do domicílio e aspectos da renda familiar.....	70
ANEXO D- Questionário utilizado na pesquisa: õSaúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do recife: um estudo baselineö para Registro da Criança menor de 3 anos.....	72
ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP da pesquisa õSaúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baselineö	78

1 APRESENTAÇÃO

Aglomerado urbano subnormal é a definição fornecida pelo IBGE para unidades habitacionais caracterizadas por ausência de título de propriedade e pelo menos uma dessas características: irregularidade das vias de circulação e do tamanho e forma dos lotes e/ou carência de serviços públicos essenciais (como coleta de lixo, rede de esgoto, rede de água, energia elétrica e iluminação pública), em países em desenvolvimento, substituindo termos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros. A rápida urbanização e crescimento desses locais têm levantado preocupações do ponto de vista nutricional sobre a qualidade da alimentação dessa população (IBGE, 2011; ONU, 2010; BATISTA FILHO, 2013; DEEPTHI, 2014).

No Brasil, segundo o IBGE (2011), cerca de 5% das famílias urbanas vivem nesses aglomerados, desse total, 59,3% estão concentrados em regiões metropolitanas de estados populosos, sendo encontrado em 12,6% na Região Metropolitana do Recife. Dentre os grupos etários que compõe essa comunidade, os lactentes apresentam riscos mais elevados para aquisição de doenças infecciosas, atraso escolar, déficit e carências nutricionais, além do desenvolvimento de doenças crônicas. (BRASIL, 2002; WHO, 2003; GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011; ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014).

Nesse contexto, o segundo semestre de vida pode ser considerado o período mais crítico, pois nessa idade as necessidades nutricionais da criança aumentam, principalmente as demandas de energia e nutrientes específicos, e o leite materno sozinho não tem mais condições de suprir as necessidades nutricionais. Nessa fase, os alimentos complementares são incluídos na dieta e a criança irá se adaptar ao padrão alimentar da família e da comunidade onde vive.

Viver em ambiente de pobreza pode interferir diretamente nas decisões dos responsáveis pelas crianças sobre quando, porque e como iniciar a alimentação complementar, pois essas decisões estão intimamente ligadas aos fatores biológicos, culturais, assistenciais, sociais e econômicos nos quais os indivíduos estão inseridos. Como consequência, pode ser observada práticas alimentares inadequadas. Há evidências de que a exposição a determinados alimentos ou sabores nos primeiros anos irá permanecer ao longo da vida, pois atua fortemente em sua aceitação em curto e longo prazo (MARCHIONI et al, 2001; CAETANO et al., 2010; DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; DE AGUIAR TOLONI et al., 2011).

Logo, é oportuna a realização de pesquisas que retratem a oferta alimentar no período caracterizado como introdução da alimentação complementar, entendendo a dinâmica desse processo em um contexto de pobreza assistido pela Estratégia Saúde da Família, através das Unidades de Saúde da Família (USF), nos permitindo a partir de um diagnóstico inicial conhecer melhor as necessidades dessa população.

Em 2015, após aprovação no processo seletivo do Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente- PPGSCA esse estudo foi idealizado mediante a inquietação por querer entender as práticas alimentares de um público que trabalha diariamente na assistência terciária, tomando como base o projeto ancora Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*, que foi realizado de junho a dezembro de 2014 na Comunidade dos Coelhos, localizada em Recife (PE).

O trabalho teve a finalidade de responder às seguintes perguntas condutoras: a alimentação não recomendada, de acordo com guias de alimentação infantil, é frequente em lactentes que residem em comunidades carentes? Existem fatores demográficos, socioeconômicos e assistenciais associados ao consumo de alimentação não recomendada em lactentes dessa população?

O objetivo geral foi analisar a alimentação não recomendada de lactentes que residem em aglomerados urbanos levando em consideração os fatores demográficos, socioeconômicos e assistenciais. E os objetivos específicos incluíram: identificar as características demográficas, socioeconômicas e assistenciais do binômio mãe/criança; avaliar o estado nutricional antropométrico dos lactentes de acordo com a presença de erro alimentar e identificar a frequência e o tipo de alimento ultraprocessado introduzido na alimentação de lactentes.

A dissertação está inserida na área de concentração de Abordagens Quantitativas em Saúde e na linha de pesquisa de Epidemiologia dos distúrbios da nutrição materna, da criança e do adolescente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Israel de Lira Cabral e Co-orientação da Prof^a. Dr^a. Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares.

Além desse capítulo, a dissertação é composta por um capítulo de revisão da literatura em que são apresentados os aspectos da pobreza e os programas governamentais e sua influência no estado nutricional, as práticas da alimentação complementar, os fatores associados ao hábito alimentar do lactente, além das recomendações para introdução da alimentação complementar.

O terceiro capítulo consta dos métodos, no qual são detalhados os procedimentos para realização da investigação. O quarto capítulo é composto pela descrição dos resultados obtidos, o quinto capítulo apresenta a discussão embasada na literatura científica. Por fim, o sexto capítulo, com as considerações finais sobre os principais achados e recomendações para a realização de outros estudos na área.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A alimentação complementar é um tema explorado por vários pesquisadores, visto a importância de entender essa prática em diversas regiões, extratos socioeconômicos e principalmente em países em desenvolvimento, pois nesse contexto a preocupação com a morbimortalidade é uma prioridade de saúde pública. Nessa revisão abordaremos a relação da pobreza com a nutrição infantil em crianças menores de dois anos.

2.1 Pobreza, programas governamentais e sua influência no estado nutricional infantil

Pobreza pode ser compreendida como um tipo de privação, que pode ser somente material ou incluir elementos de ordem cultural e social, em face dos recursos disponíveis de uma pessoa ou família sendo múltiplas as situações de vulnerabilidade que podem evoluir ao longo do tempo trazendo como consequência, para grande parte da população, limitado acesso às diversas oportunidades e a garantia de necessidades básicas (BURLANDY, 2007; HOY; ZHENG, 2011; BOSSERT; CHAKRAVARTH; D'AMBROSIO, 2012). No Brasil, apesar da pobreza persistir, percebe-se uma tendência de queda nos últimos anos (IBGE, 2010a). Esta mudança acompanha as transformações que as políticas de proteção social vêm sofrendo ao longo da história do país.

Porém, para entender a complexidade da implantação de programas e ações de alimentação e nutrição é importante levar em consideração que nas últimas décadas houve uma rápida urbanização e o crescimento de favelas urbanas nos países em desenvolvimento, levantando preocupações sobre problemas de saúde pública como o ambiente social e econômico em que vive a criança e sua família.

As precárias condições de vida normalmente se expressam na baixa renda da unidade familiar, no limitado poder de compra, particularmente dos alimentos e nas precárias condições de saneamento do domicílio e do meio ambiente e no limitado e desigual acesso a serviços de saúde, que podem influenciar na adesão às recomendações de segurança alimentar do Ministério da Saúde (PESSANHA, 2002; VIEIRA; FERREIRA, 2010; DEEPTHI, 2014).

O principal desafio é garantir para todos os cidadãos os direitos sociais básicos, reconhecendo-os como um direito humano isento de caráter filantrópico. Não é de hoje que se tenta demonstrar a importância de uma política engajada na promoção de segurança alimentar. Em 1992, a Conferência Internacional sobre Nutrição, realizada em Roma, apontou a

necessidade da implantação de estratégias básicas de alimentação, nutrição, saúde e bem-estar das populações (FAO, 1993). Quatro anos depois, a Cúpula Mundial de Alimentação aprovou a Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar e o Plano de Ação, identificando a importância de entender as causas da fome e da má nutrição (FAO, 1996). Em 2002, a reunião da Cúpula Mundial de Alimentação reafirmou os compromissos para eliminar a fome convocando a formação de uma aliança internacional. Desde então, os países vêm elaborando planos nacionais de ação para a nutrição e a segurança alimentar tendo como objetivo o enfrentamento dessa situação.

No Brasil, pode-se citar alguns programas estratégicos à promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do respeito ao Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA): Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA), Programa Bolsa Família (PBF), que foi da junção de diversos outros programas, instituídos desde o governo FHC como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás e o Programa de distribuição de cestas básicas de alimentos. Esses programas tinham o intuito de aliviar de forma pontual o problema da carência nutricional com redistribuição de renda, mas sem estratégia para a resolução do problema das desigualdades sociais (ZIMMERMANN, 2006; BURLANDY, 2007; BICHIR, 2010).

O Programa Bolsa Família teve como intuito combater a pobreza e a extrema pobreza, promovendo a segurança alimentar e nutricional em todo o país, cuja ação era a transferência de renda direta às famílias com per capita inferior a R\$ 77 mensais, destinado a atender aos direitos sociais básicos: saúde, alimentação, educação e assistência social, sendo instituído pelo Governo Federal através da Lei Nº. 10.836 de 09 de janeiro de 2004 (MDS, 2015).

Os recursos do programa Bolsa Família aumentaram a capacidade de provimento de alimentos no âmbito familiar, porém é questionado se o aumento quantitativo na disponibilidade de alimento é acompanhado do ponto de vista qualitativo (BURLANDY, 2007; COTTA; MACHADO, 2013). De acordo com o Relatório Técnico do PBF, as famílias em situação de insegurança alimentar quando passam a receber o valor do benefício, aumentaram o consumo de açúcares, alimentos industrializados, óleos, carnes, feijões, frutas, leites, biscoitos, arroz e cereais, sendo que as maiores proporções são para os alimentos de maior densidade calórica. (IBASE, 2008)

A mesma situação pode ser visualizada em estudos como no de Saldiva; Silva e Saldiva, (2010) que analisaram os hábitos alimentares de crianças menores de cinco anos nos domicílios do município de João Câmara (RN), e observaram que as crianças cujas famílias eram beneficiárias do PBF têm risco três vezes maior de consumir guloseimas, além do estudo

de Vasconcellos de Paulo et al. (2012), que comparam o padrão de consumo alimentar entre crianças beneficiárias e não beneficiárias do PBF em escolas de Belo Horizonte (MG) e perceberam um maior consumo de alimentos hipercalóricos não nutritivos (*fastfood* e doces) nas famílias beneficiadas pelo programa. Situação não desejável num momento em que a prevalência de obesidade avança de forma preocupante em todos os seguimentos sociais da população.

Outra estratégia importante voltada à população em situação de pobreza é a reorganização da Atenção Primária ou Básica, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais oferecem às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resultando em melhorias importantes nas condições de saúde da população.

No entanto, no estudo realizado em Maceió (AL) que analisou o padrão de consumo alimentar de lactentes, sendo um grupo atendido pela ESF e outro por consultórios particulares, foi observado frequência elevada de introdução alimentar precoce nos lactentes acompanhados na ESF e ao questionar as genitoras o motivo da introdução precoce, 38% relataram a falta de orientação por parte da equipe da ESF de como e quando introduzir novos alimentos aos lactentes (SOTERO; CABRAL; SILVA, 2015). Pode-se perceber que a implantação dessas políticas ainda não é uma prática comum direcionada a prevenção e sim no monitoramento de patologias já diagnosticadas em todo o território nacional. Se a prática da intervenção acontecesse de forma plena, seria eficaz na mudança dessa realidade (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Nos países em desenvolvimento, em geral, o déficit de crescimento infantil inicia entre o quarto e o sexto mês de vida, período que ocorre a introdução alimentar, que por sua vez em um contexto onde as condições são desfavoráveis, seja no âmbito familiar ou na comunidade na qual está inserida, o aleitamento materno é substituído por alimentos de baixo valor nutricional, frequentemente contaminados, com conseqüente vulnerabilidade para infecções, especialmente as diarreicas. Tal situação está diretamente relacionada ao potencial de crescimento e desenvolvimento, futuro educacional e profissional dessas crianças, além da saúde ao longo da vida (JOHNSON, 2011; DOYLE et al., 2009; DUNCAN et al, 2012).

O déficit estatural remete a um quadro de desnutrição pregressa e constitui a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico do crescimento e nutrição de crianças no Brasil e no mundo (SILVIA, et al, 2000; ROMANI; LIRA, 2004; WHO, 2010).

A desnutrição crônica no Brasil teve uma redução de, aproximadamente, 50% nos últimos 10 anos, saindo de um patamar de 13% para 7% (ao se comparar os valores da Pesquisa

Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS), dos anos 1996 e 2006. Os dados de 2006 indicam que a prevalência do déficit de estatura varia notavelmente nas regiões brasileiras, situando-se entre valores próximos da média nas regiões Sul e Sudeste, e 15% na região Norte. A maior redução da desnutrição crônica, comparando com os valores de 1996, foi encontrada na região Nordeste (de 22,1% para 5,9%), seguida pela região Centro-Oeste (11% para 6%) (CEBRAP, 2008).

Ao mesmo tempo em que se percebe a redução contínua dos casos de desnutrição, são observadas prevalências crescentes de sobrepeso e obesidade. O aumento da prevalência da obesidade no Brasil é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda, podendo coexistir, no mesmo domicílio, indivíduos obesos e desnutridos, caracterizando o processo de transição nutricional (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014).

Além disto, inquéritos nacionais sobre saúde e nutrição mostram que, apesar da redução contínua dos casos de desnutrição, existem importantes diferenças regionais marcadas nas populações infantis mais pobres, residentes nas áreas rurais ou na periferia das cidades mais ricas, sendo as mais sujeitas às carências e suas consequências. A nutrição adequada de tais segmentos continua sendo um dos mais amplos desafios para as políticas públicas no Brasil (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; SOUZA; FIGUEROA; MENEZES, 2012).

Dentre os programas governamentais no Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) criada em 1999, explicitou o papel do setor de saúde para a agenda única de nutrição, considerando como pressuposto o direito humano a alimentação adequada e a segurança alimentar nutricional. Dentre as sete diretrizes propostas, três delas merecem destaque: o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira; a prevenção e controle das carências nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição e a promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis (OMS, 2005).

Como a nutrição infantil no Brasil representa um desafio para a saúde pública a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN), elaboraram a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) (BRASIL, 2010). Este caderno que tem por título *Dez Passos de Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de dois Anos* é direcionado aos profissionais de saúde na atenção básica para orientar as mães e cuidadores quanto à alimentação saudável dos seus filhos (BRASIL, 2010).

2.2 Práticas da Alimentação Complementar

Em definição, o termo *alimentação complementar* ou alimentação oportuna se refere ao processo de oferta de alimentos complementares e, por sua vez, *alimento complementar* se refere aos alimentos que são oferecidos à criança em adição ao leite materno. Para que uma alimentação complementar seja considerada adequada deve contemplar quatro aspectos:

- 1) Tempo de introdução deve ser adequado, ou seja, o início da introdução alimentar deverá ser realizada a partir do sexto mês, pois nesta fase apenas o leite materno não será suficiente para atender as necessidades energéticas e de nutrientes;
- 2) Deverá ser adequada às recomendações nutricionais, para isso, a quantidade oferecida deve ser suficiente para garantir o crescimento;
- 3) Boa qualidade higiênico sanitária, os alimentos deverão ser preparados e armazenados em locais e recipientes devidamente higienizados;
- 4) Forma de oferta adequada, os alimentos deverão ser oferecidos de acordo com os sinais de fome e saciedade da criança (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009).

É importante reforçar que para que a criança aceite um novo alimento, é necessário, em média, oito a dez exposições. Talvez por falta de informação, muitos pais não entendem esse comportamento como sendo normal e interpretam a rejeição inicial pelo alimento como uma aversão permanente, desistindo de oferecê-lo à criança (RAMOS, 2000; BRASIL, 2009).

As práticas alimentares são determinantes das condições de saúde na infância e estão condicionadas a renda das famílias que influencia diretamente na disponibilidade, quantidade e qualidade dos alimentos consumidos. (BARBOSA, et al, 2005; TOLONI et al, 2011; SOTERO;CABRAL; SILVA, 2015). Em uma síntese de dados regionais brasileiros sobre consumo alimentar de crianças menores de cinco anos, foi verificada uma ingestão predominante de leite em pó, modificado ou de vaca sem diluição adequada, uso de espessantes como amido de milho e farináceos, açúcar (adicionados em mingaus), assim como de alimentos ultraprocessados como embutidos/enlatados, doces e guloseimas e refrigerantes. Esse tipo de alimento é consumido, ao longo do dia, substituindo alimentos como frutas, vitaminas e água ou, nas refeições principais, no lugar de preparações culinárias. Portanto, alimentos ultraprocessados tendem a limitar o consumo de alimentos in natura (AQUINO; PHILIPP, 2002; CASTRO et al, 2009; CORREA et al, 2009; LONGO-SILVA et al., 2015; OLIVEIRA et al, 2015).

Por isso, é necessário em crianças que iniciam alimentação complementar na idade oportuna observar a qualidade do alimento introduzido. Quando é ofertado alimentos ultraprocessados que são ricos em gorduras ou açúcares, alto teor de sódio e pobres em fibras, ou seja, uma composição nutricional desbalanceada, essa criança se torna susceptível ao surgimento de doenças cardíacas, metabólicas e vários tipos de câncer, além do aumento do risco de deficiências nutricionais. Outro fator que merece destaque no consumo desses alimentos é ingestão de calorias desnecessárias, e quando não gastas são estocadas na forma de gordura, resultando em obesidade (SCHIESS et al., 2010; PALMEIRA; DOS SANTOS; VIANNA, 2011; OLIVEIRA et al., 2015).

2.3 Fatores Associados ao Hábito Alimentar do Lactente

A criança aprende a gostar de alimentos que lhe são oferecidos com frequência e passa a gostar da maneira como foram introduzidos inicialmente. Quando as crianças se habituem a alimentos doces ou mais condimentados, elas perdem o interesse por consumir frutas, verduras e legumes na sua forma natural. Foi constatado que o estabelecimento dos hábitos alimentares acontece durante os primeiros anos de vida, por volta de dois a três anos (SKINNER et al., 2002). Sabores vivenciados nos primeiros meses de vida influenciam as preferências alimentares subsequentes. Uma vez que o alimento torna-se hábito nessa fase, parece que a preferência se perpetua (DE AGUIAR TOLONI et al., 2011).

O hábito alimentar da criança é determinado principalmente pela interação da criança com os pais ou com a pessoa responsável pela sua alimentação, pois eles desenvolvem o papel dos primeiros educadores nutricionais. Além disso, o comportamento alimentar também é influenciado pela interação da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores emocionais e psicológicos (VIEIRA et al, 2004). Outros fatores também contribuem para tais mudanças, entre eles a influência do mercado publicitário, a globalização, o ritmo acelerado de vida nas grandes cidades e o trabalho da mulher fora do lar. O desenvolvimento econômico e social ampliou consideravelmente o acesso efetivo aos alimentos prontos para o consumo, favorecendo maior participação dos estratos sociais de menor renda (ABIA, 2008; BATISTA-FILHO et al, 2010; TOLONI et al., 2014; SOTERO; CABRAL; SILVA, 2015) .

Deve-se considerar também as tradições culturais, ainda muito enraizadas pelos familiares, as quais podem servir de fortes argumentos para que os pais introduzam de forma

inadequada bebidas e alimentos como: chás, refrigerantes, chocolate, salgadinho nos primeiros anos de vida da criança (WEFFORT et al, 2012).

São diversos os motivos associados à introdução alimentar precoce, a nível mundial, foi observado em estudo realizado na Europa (Alemanha, Bélgica, Itália, Polônia e Espanha), com amostra 1678 crianças que a introdução alimentar era realizada antes dos 4 meses de vida e os motivos associados a esse fato eram: baixa idade e baixo nível de escolaridade materna além do tabagismo materno (SCHIESS et al, 2010). Já na África Ocidental, estudo realizado em 4 países (Gana, Libéria, Nigéria e Serra Leoa), com uma amostra de 2447 crianças, foi verificado que os fatores associados com a introdução precoce foram: mães com baixa escolaridade, pais jovens e mães que trabalhavam fora do lar (ISSAKA et al., 2014).

No Brasil, também encontramos panorama semelhante de introdução alimentar precoce, em estudo realizado em Porto Alegre com amostra de 1.099 crianças, cujos motivos da introdução precoce foram a genitora não trabalhar fora do lar e ter baixo nível de escolaridade (CAMPAGNOLO et al, 2012). Já no estudo realizado por Corrêa et al, (2009), na cidade de Florianópolis (SC), foi observado que as mães com menos de oito anos de estudo apresentaram o dobro de chance de oferecerem alimentos do grupo dos doces (açúcar de adição, bolachas, pudins e gelatinas) para os filhos e no estudo realizado em Maceió (AL), foi percebido outros fatores associados a introdução alimentar com inclusão de alimentos ultraprocessados, como o hábito de vida sedentário das mães, dentre eles passar mais tempo diante da televisão (SOTERO; CABRAL; SILVA 2015).

2.4 Recomendações para Introdução da Alimentação Complementar

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde do Brasil e a comunidade científica têm direcionado esforços para promover a alimentação saudável e adequada nos dois primeiros anos de vida, pois pode-se considerar como uma das estratégias mais efetivas para a manutenção da saúde e redução da morbimortalidade de crianças pequenas. Esses documentos reforçam a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade, associado à introdução oportuna da alimentação complementar (WHO, 2008).

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) elaborou em 2002, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomendações expressas em *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos*,

publicadas em um manual técnico para subsidiar os profissionais de saúde a promover práticas alimentares saudáveis. O oitavo passo desse Guia Alimentar recomenda evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida e usar sal com moderação. Substâncias presentes nesses alimentos podem irritar a mucosa gástrica da criança, que possui maior sensibilidade no primeiro ano de vida, podendo comprometer a digestão e a absorção de nutrientes (BRASIL, 2002; VITOLO et al, 2005). Além disso, elas contêm aditivos e conservantes artificiais que, embora dentro dos limites máximos preconizados pela legislação, ainda não foram devidamente testados para uso a longo prazo, desde a infância até a idade adulta (SCHUMANN; POLONIO; GONÇALVES, 2008). No quadro abaixo, estão descritas as recomendações.

Quadro 1: Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos.

Passo 1	Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
Passo 2	A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo-se o leite materno até 2 anos de idade ou mais.
Passo 3	Após os 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.
Passo 4	A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando o apetite da criança.
Passo 5	A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
Passo 6	Oferecer à criança diferentes alimentos todos os dias. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.
Passo 7	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 8	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
Passo 9	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir armazenamento e conservação adequados.
Passo 10	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo a alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando sua aceitação.

Fonte: BRASIL, 2010.

A adequação nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças após o sexto mês de vida é fundamental para a prevenção de anemia, sobrepeso e baixo peso. Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para as crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para assegurar a segurança alimentar e nutricional de uma população. Abaixo, o quadro 2 sumariza as principais orientações nutricionais que devem ser preconizadas de acordo com a idade da criança.

Quadro 2: Orientação nutricional de acordo com a idade da criança.

Período	Orientações
Até os seis meses de vida	Aleitamento materno exclusivo até o sexto mês. Sem chá, água ou qualquer outro alimento.
Aos seis meses de vida	Orientar a introdução dos alimentos complementares; Orientar a introdução da água; Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos; Orientar o consumo de alimentos que são fontes de ferro e vitamina A; Orientar para que não sejam oferecidos para criança açúcar, doces, chocolates, refrigerantes e frituras;
Aos nove meses de vida	Orientar que a partir do 10º mês de vida a criança já pode receber a comida preparada para a família; Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos de idade; Orientar o consumo de alimentos fontes de ferro e vitamina A; Orientar para que não sejam oferecidos para criança açúcar, doces, chocolates, refrigerantes e frituras;
Dos 12 aos 23 meses de vida	Criança deve está consumindo alimentação da família. Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos de idade

Fonte: Adaptado BRASIL, 2009.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

O presente estudo está vinculado à pesquisa em Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*, financiada pela Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia de Pernambuco - FACEPE. O estudo base teve como objetivo descrever e analisar, numa perspectiva de saúde integral, a situação epidemiológica de uma população radicada num aglomerado urbano, popularmente conhecido como Comunidade dos Coelhos, cuja população aproximada é de 7.400 pessoas, representando 1.446 domicílios.

Dessa forma o estudo atual é um recorte desse inquérito, do tipo transversal analítico, de base populacional, complementado por análise bivariada dos fatores associados ao desfecho (alimentação não recomendada de lactentes).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Comunidade dos Coelhos, área urbana localizada no bairro da Boa Vista, em Recife (PE). Os dados foram coletados a partir dos usuários de duas Unidades de Saúde da Família (USF), assim como de lactentes que ainda não tinham sido cadastrados.

3.3 Período de estudo

A coleta de dados para a pesquisa, cujo estudo atual está vinculado foi realizada de junho a dezembro de 2014.

3.4 Critério de Elegibilidade

-Critérios de inclusão

Lactentes menores de 24 meses, de ambos os sexos, usuários de duas Unidades de Saúde da Família (USF), assim como daqueles ainda não cadastrados nas USFs, mas residentes na Comunidade dos Coelhos durante o período do estudo.

-Critérios de exclusão

Lactentes com patologias de base que necessitassem de avaliação nutricional e manejo de introdução alimentar de forma diferenciada.

Mães e/ou cuidadoras com algum comprometimento cognitivo que as impossibilitassem de responder às perguntas referentes à saúde, alimentação e aspectos socioeconômicos de sua família.

3.5 População do Estudo/Amostra

Para estimar o tamanho da amostra foram utilizados os seguintes parâmetros: Número de crianças com idade entre 0 a 4 anos (537) tomando como base as informações do Sistema de Informação de Atenção Básica, SIAB- SES/Recife para a comunidade dos Coelhos, segundo Unidade de Saúde da Família, 2015. Como a população deste estudo é de 0 a 2 anos, adotamos um $n=300$, estimativa da prevalência do problema de 50%, erro amostral máximo admitido de 7% e nível de confiança de 95%.

Desta forma, obteve-se após o cálculo amostral um $n= 119$ crianças que deveriam ser estudadas, sendo próximo do n do presente estudo que foi de 152. Na avaliação antropométrica só foi possível aferir as medidas de 117 lactentes, pois houve recusa de alguns responsáveis ou os lactentes não se encontravam no domicílio no momento da aferição. O tamanho da amostra foi calculado utilizando o programa estatístico Epi Info, versão 6.04.

- Procedimentos para captação dos participantes

Inicialmente, foi realizada visita as duas USFs que assistem às famílias da comunidade dos Coelhos, visando apresentar a pesquisa cujo estudo atual está vinculado. Em seguida foram identificados os domicílios a partir dos cadastros das famílias nas USFs.

Após a seleção, as famílias foram visitadas pela equipe de pesquisa, acompanhada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF responsável por cada família, com o intuito do preenchimento da lista de checagem para verificação do critério de elegibilidade, esclarecimento do estudo, obtenção do consentimento dos participantes elegíveis, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ó TCLE (ANEXO A), preenchimento do questionário e exames antropométricos.

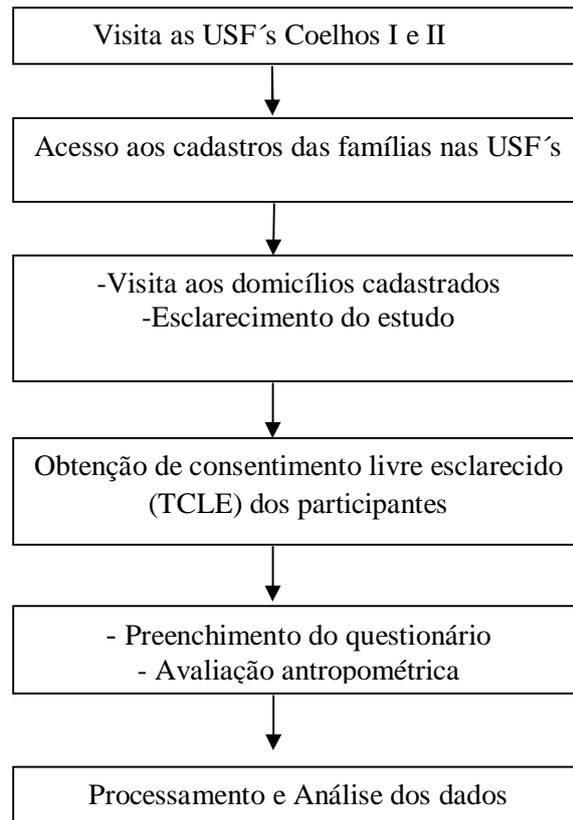


Figura 1: Fluxograma de captação dos participantes

Obs.: O preenchimento do questionário e a realização da avaliação antropométrica foram realizados em momentos distintos e por equipes diferentes, no entanto, treinadas para execução da atividade proposta.

3.6 Definição das Variáveis de Análise

As variáveis independentes a serem estudadas foram definidas após a revisão da literatura por possuírem relação com a variável dependente: Alimentação inadequada de lactentes (Erro alimentar), definida como inclusão de qualquer alimento para os lactentes menores de seis meses e inclusão de alimentos ultraprocessados na dieta dos lactentes de 6 a 24 meses. Como representado no modelo abaixo.

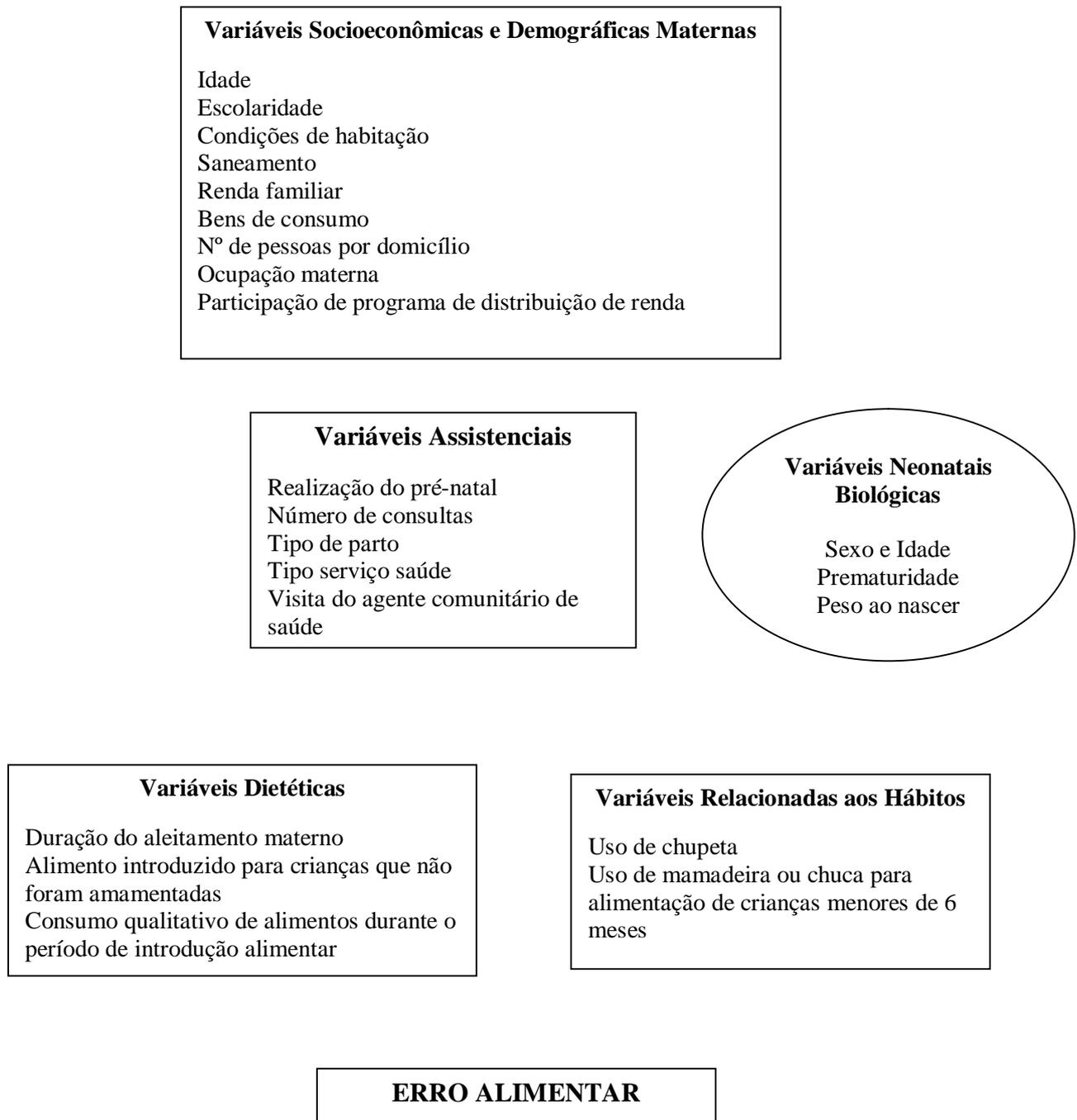


Figura 2. Modelo explicativo para o erro alimentar em lactentes menores de 2 anos

3.7 Métodos de Coleta de dados

- Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas, por equipe treinada onde para o estudo atual foram utilizadas algumas questões retiradas de 3 formulários utilizados na pesquisa (ANEXO B, C e D), contendo informações sobre características socioeconômicas, demográficas, acesso aos serviços de saneamento, variáveis maternas, variáveis biológicas das crianças, avaliação antropométrica, assim como hábito alimentar.

Os entrevistadores compuseram duas equipes, num total de 10 pessoas, que foram previamente treinados pelos pesquisadores e receberam um manual do entrevistador, objetivando orientar e padronizar a coleta de dados. Também foi realizado estudo piloto visando testar o instrumento de coleta e a logística de trabalho de campo, a fim de verificar a sua exequibilidade.

- Avaliação antropométrica

Para aferição do peso e estatura foram seguidas as técnicas recomendadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN (2004) do Ministério da Saúde para determinação correta da medida. As crianças foram pesadas com a mãe e/ou responsável em balança tipo eletrônica digital, portátil (Modelo MEA- 03200/Plenna) previamente calibrada, com capacidade de 150 kg e escala de 100g, com a crianças descalça e com indumentária mínima, apoiadas na extensão da balança na posição ortostática e no centro da base da balança, em seguida a mãe e/ou responsável foi pesada individualmente, para o cálculo da diferença e registro final do peso da criança.

Para aferição do comprimento, em centímetros, nas crianças com até 24 meses, foi utilizado infantômetro confeccionado em barra de madeira, amplitude de 100 cm e subdivisões de 0,1cm. Estando a criança deitada, descalça, encostando a cabeça na parte imóvel do infantômetro e calcanhares na parte móvel. As leituras de peso e estatura foram repassadas pelo técnico, em voz alta e registrado em formulário específico por outro técnico, que repetia os valores, também em voz alta, antes de registrá-los, para evitar erros. As medidas foram feitas em duplicata e o valor utilizado foi a média das medidas, porém se a diferença entre as medidas de peso fossem maior de 100g, ou a diferença das medidas de

altura fossem maior de 0,5cm foi realizada uma terceira aferição e em seguida foi utilizado a média das duas medidas mais próximas.

O estado nutricional foi avaliado através das medidas antropométricas, que foram convertidas para os escores Z de Estatura para idade (E/I); Peso para idade (P/I); e Índice de massa corporal para idade (IMC/Idade), baseados no sexo e avaliados no Software (Anthro - 2006) que utiliza o padrão de referência da OMS (WHO-2006).

Quadro 3: Classificação do estado nutricional de acordo com o pontos de corte.

Classificação	Escore Z
Estatura/Idade (E/I)	
Baixa estatura	<-2DP
Adequada	× -2DP
Peso/Idade (P/I)	
Peso elevado para idade	× 2DP
Peso adequado para idade	Entre -2DP e <2DP
Peso baixo para idade	< -2DP
IMC/Idade	
Baixo IMC para idade	<-2DP
IMC adequado	Entre -2DP e < 1DP
Risco de Sobrepeso	Entre 1DP < 2DP
Excesso de peso	× 2DP

Fonte: SISVAN, 2009.

Devido ao número reduzido de crianças com baixo peso (04) e com excesso de peso (10), foram necessários novos agrupamentos dos parâmetros antropométricos IMC/Idade e Peso/Idade para melhor análise da amostra e da classificação do estado nutricional dos lactentes, por isso foi utilizado o seguinte critério: Risco de excesso de peso se Escore Z $\times +1$; Sem risco de excesso de peso se Escore Z $< +1$.

- Avaliação Dietética

O aleitamento materno exclusivo foi classificado segundo a duração, em < 6 meses: inadequado e até seis meses: adequado. Sendo caracterizado pela idade em que a criança só mamou, sem receber água, chá, leite ou qualquer outro tipo de alimento. Se nunca mamou foi questionado o motivo: se o leite era insuficiente; se criança não queria; se a criança estava doente; se a mãe não queria oferecer; se a mãe trabalhava e/ou estudava ou outros motivos. Também foi questionado quem incentivava a amamentação, dentre as respostas foi citado: a

avó, demais parentes, Agente Comunitário de Saúde (ACS), a genitora não precisava de incentivo ou outros. Para essas crianças que nunca foram amamentadas foi questionado qual o alimento que foi introduzido como primeira alimentação, tendo como opções de resposta: leite do peito doado; chá adoçado; leite de vaca líquido; leite de soja; fórmula infantil; mingau ou outro tipo de alimento. Foi analisado se a criança usou chupeta e se usou mamadeira ou chucha para receber algum tipo de alimento antes dos seis meses.

Para avaliar o consumo de alimentos foi empregado um Questionário de Frequência Alimentar (QFA), porém este foi uma adaptação do formulário de marcadores do consumo alimentar para crianças menores de cinco anos de idade, pertencente ao Protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional ó SISVAN (2008). Este questionário é composto por 22 itens, sendo adotadas as seguintes categorias de respostas: Nunca, Às vezes (1 a 2 vezes na semana), Dia sim/dia não (3 a 4 vezes na semana), Todo dia (5 a 7 dias). Foram considerados alimentos não recomendados, alguns marcadores de padrão alimentar não saudáveis de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e os alimentos ultraprocessados descritos no passo 8 do Guia de Alimentação para Crianças Menores de 2 anos, cujas composições apresentam quantidades excessivas de lipídeos e/ou açúcares ou que contenham substâncias indesejáveis para o consumo nessa faixa etária, como corantes e conservantes químicos (sopinha e papa industrializadas, macarrão instantâneo, suco artificial, refrigerante, biscoito recheado, salgadinho, embutidos).

Para melhor avaliação, na análise do consumo foram consideradas apenas duas categorias: Consumo, na qual agrupamos as respostas às vezes; dia sim/dia não e todos os dias e não Consumo quando a resposta foi nunca.

A partir da análise descritiva do consumo, foi criado também a variável Erro Alimentar, com categorização: Sim ou Não. Para construção dessa variável, foi adotado o seguinte critério: Erro alimentar quando verificado o consumo de qualquer alimento para crianças menores de seis meses, e consumo de ultraprocessados para as crianças maiores de seis meses.

- Avaliação socioeconômica, assistenciais e neonatais

Quadro 4: Variáveis analisadas tomando como base a avaliação socioeconômica, assistencial e neonatal.

Variável	Definição	Tipo	Categorização
Variáveis maternas Sociais: - Idade	Idade da mãe de acordo com documento de identidade e/ou de acordo com a informação da mulher no dia da entrevista.	Variável numérica, discreta, expressa em anos completos	< 20, 20 a 30; > 30 anos
- Escolaridade	Números de anos completos de estudo	Variável numérica;	0 a 4 anos 4 a 8 anos >8 anos
- Ocupação materna	A mãe possui alguma atividade profissional.	Variável categórica nominal, dicotômica	Não trabalha Desempregada Trabalha
Participação em programa de distribuição de renda	Mãe informa se a família é assistida por algum programa de distribuição de renda.	Variável categórica nominal, dicotômica	Sim; Não;
Utilização do dinheiro do PBF para compra de alimentos	Utilizou o dinheiro recebido no último mês para manutenção familiar	Variável categórica nominal, dicotômica	Sim; Não;
-Número de pessoas no domicílio	Definida como o número de pessoas que residem no mesmo domicílio.	Variável numérica discreta	0 a 4 >4
Tipo de moradia	Definida como o ambiente onde reside a família	Variável categórica nominal, dicotômica	Casa/Apartamento Quarto/Cômodo/ outro
Regime de Moradia	Definida como a condição da moradia com relação a posse	Variável categórica nominal, policotômica	Própria Cedida/Invadida Alugada/Outra
Tipo de parede	Entendida como o tipo de material utilizado na construção do domicílio, informada pela mulher e/ou observada pelo entrevistador.	Variável categórica nominal, dicotômica	Alvenaria Tijolo/Taipa;Papelão/Lona/Madeira
Tipo de piso	Entendida como o tipo de material utilizado na	Variável categórica	Cerâmica Cimento

	construção do piso informada pela mulher e/ou observada pelo entrevistador.	nominal, policotômica	Madeira/Barro/Outro
Tipo de teto	Entendida como o tipo de material utilizado na construção do teto informada pela mulher e/ou observada pelo entrevistador.	Variável categórica nominal, dicotômica	Laje Telha(barro/ amianto/outro)
Quantidade de cômodos	Entendida como quantidade de locais que a casa possui informada pela mulher e/ou observada pelo entrevistador.	Variável categórica dicotômica	0 ×3
Acesso aos serviços de saneamento: - Abastecimento de água	Forma de distribuição de água no domicílio	Variável categórica dicotômica	Com canalização interna Sem canalização interna/outra
- Destino de lixo	Forma de eliminação do lixo do domicílio	Variável categórica dicotômica	Coleta pública Terreno Baldio/Queimado/ outro
- Esgotamento sanitário	Forma de eliminação de águas servidas e dejetos do domicílio	Variável categórica dicotômica	Rede geral/fossa Curso da água/em céu aberto/Outros
Acesso aos meios de comunicação: - Internet	Disponibilidade ao meio de comunicação referido	Variável categórica policotômica	Em computador fixo; Em computador móvel; No celular; Não tem
Ações realizadas pelas USF: - Visita do ACS	Condição de receber regularmente a visita do ACS	Variável categórica dicotômica	Sim Não
Fatores relacionados ao binômio mãe/filho Realização do pré-natal	Mãe informa sobre a realização de consultas de pré-natal na gestação da criança participante da pesquisa.	Variável categórica nominal, dicotômica	Sim; Não;
Número de consultas	Quantidade de consultas realizadas no período gestacional.	Variável numérica, discreta	<6 ×6
Local de Nascimento da Criança	Local de realização do parto	Variável categórica nominal, policotômica	IMIP Hospital/Maternidade Outra
Tipo de Parto	Tipo de parto ao qual ocorreu o nascimento da criança participante da pesquisa.	Variável categórica nominal, dicotômica	Normal; Cesáreo

Tipo de Nascimento	Condição de nascimento da criança mediante idade gestacional	Variável categórica nominal, dicotômica	Prematuro; A termo
Idade	De acordo com algum documento da criança e/ou informado por responsável.	Variável numérica, discreta, expressa em meses	<6 meses ×6 meses
Peso ao nascer	Peso da criança após nascimento de acordo com documento da criança.	variável numérica, contínua, expressa em gramas	< 2500g e × 2500g.
Sexo	Caracteriza biologicamente o gênero da criança.	Variável categórica nominal, dicotômica	Masculino; Feminino;

Obs.: Na avaliação das variáveis maternas (idade; escolaridade; ocupação), tivemos 9 casos sem informações (5,9%), do total de 152 crianças avaliadas. E com relação ao relato do peso ao nascimento tivemos 25 casos (16,9%) sem informações, tal variável dependia da memória da genitora/ cuidador quando não havia disponível registro em documento oficial (Caderneta da criança ou Certidão de nascimento).

3.8 Análise dos Dados

Após o processo de revisão dos formulários do estudo os dados coletados foram digitados com dupla digitação, em momentos distintos e por digitadores diferentes. Para construção do banco de dados foi utilizado o software Epi Info versão 3.5.4 e o módulo validate.

A partir das informações do banco de dados, foram selecionadas as variáveis de interesse para o estudo atual compondo um arquivo *ad hoc*.

A análise estatística foi realizada no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 13.0 e Epi Info 7.1. Análises das distribuições de frequências foram realizadas para descrição das variáveis categóricas e para suas comparações utilizou-se o teste Qui-Quadrado. Posteriormente, foi realizada a comparação da variável dependente: Erro Alimentar com as variáveis independentes.

Na análise bivariada para razões de prevalência foi aplicado o teste Qui-Quadrado (para comparação de variáveis categóricas) e o teste Qui-Quadrado com correção de Yates para as variáveis dicotômicas, e quando necessário o teste Exato de Fisher, sendo considerada

significância estatística valores de $p < 0,05$ e considerado como significância limítrofe valor de $p < 0,10$.

3.9 Aspectos Éticos

A pesquisa em Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, protocolo número 3201-12 (ANEXO E), CAAE nº 07246912.60000.5201 de acordo com os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº CNS 466/12.

Os indivíduos foram previamente informados dos objetivos da pesquisa, bem como dos parâmetros a serem adotados, e tiveram a oportunidade de fazer perguntas e levantar qualquer dúvida sobre o estudo. Os indivíduos foram informados que a participação era voluntária e que a recusa não causaria nenhuma penalidade. Os dados somente foram coletados após autorização do Comitê de Ética e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.10 Problemas Metodológicos

- Pelo fato do estudo ser transversal, ou seja, pelo fato da exposição e o desfecho serem coletados em um mesmo momento no tempo, torna-se mais difícil estabelecer uma relação temporal entre os eventos e considerar com maior grau de certeza se a relação entre eles é causal ou não.

- Vieses referentes à memória, podendo haver relato impreciso, devido a lapsos de memória, visto que algumas mães ou responsáveis podem ter esquecido ou omitido informações na entrevista, principalmente os dados retrospectivos de número de consultas no pré-natal, idade gestacional, peso ao nascer e duração do aleitamento materno exclusivo e até mesmo constrangimento ao relatar o consumo de determinado alimento, o que vem a distorcer a interpretação dos resultados e pode não representar o padrão de consumo alimentar.

3.11 Limitações do Estudo

- Alguns imprevistos dificultaram o andamento esperado do trabalho de campo. O primeiro foi a desativação por oito meses da USF, chamada de Coelhos I, que atende cerca de 40% das famílias de toda a comunidade. O segundo, a ocorrência de um incêndio que destruiu cerca de 120 casas da comunidade favelada, obrigando o deslocamento das famílias atingidas para outros locais, inclusive prédios públicos. E o terceiro, a realização da Copa do Mundo de Futebol, resultando em fechamento do comércio, bancos e serviços públicos, nos dias de abertura do evento e da participação da seleção brasileira nos jogos do campeonato, impossibilitando a visita de campo.

- Na determinação da antropometria também tivemos limitações, pois em alguns momentos da visita do antropometrista a criança não se encontrava no domicílio ou o responsável não autorizou o procedimento, impossibilitando a aferição das medidas e consequentemente uma redução do n para essa avaliação que foi de 117 crianças. Outra limitação foi a classificação do estado nutricional apenas pelo cálculo do IMC e medidas antropométricas, o viés se dá por não ser possível quantificar a massa magra e adiposidade e as diferenças existentes entre os sexos.

Apesar destes contratemplos, o rendimento de trabalho de campo seguiu um fluxo satisfatório, de modo que em dezembro, como previsto, foi concluída a coleta de dados.

4 RESULTADOS

Foram avaliadas 152 crianças menores de 24 meses, por meio de entrevistas realizadas com as mães/responsáveis nos domicílios a partir dos cadastros das famílias nas USFs. Dentre as crianças que participaram da pesquisa 51,3% eram do sexo feminino e mais de 80% tinham idade maior que seis meses com média de 12,1 meses ($DP \pm 6,64$). A frequência do erro alimentar nessas crianças foi de 96,7% apresentando associação estatisticamente significativa.

Observou-se que com relação à idade materna houve prevalência das mães com idade superior a 20 anos, com média de 27 anos ($DP \pm 7,4$), 67% deste grupo não estavam no mercado formal de trabalho, no entanto 46,7% das mulheres eram consideradas o chefe da família. Com relação à escolaridade percebeu-se que 91,6% das genitoras e 82,3% do chefe da família apresentaram mais de quatro anos de estudo, no entanto tal dado não apresentou associação com o erro alimentar. A caracterização sócio-demográfica da amostra e sua relação com o erro alimentar de lactentes encontra-se na tabela 1.

Com relação à situação econômica, apesar de 65,1% pertencerem à classe econômica C e B, ou seja, melhor aquisição de bens de consumo, não foi observada diferença estatisticamente significativa para erro alimentar quando comparados aos lactentes pertencentes a classe econômica inferior. Vale ressaltar também que 54% das famílias investigadas eram beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), destas, 21,3% não utilizaram o valor para comprar alimentos no mês anterior à pesquisa e mesmo na fração da amostra que utilizou o benefício para comprar alimentos a frequência de erro alimentar foi tão elevada quanto às dos não beneficiários do programa (tabela 2).

Na análise das condições de moradia, podemos destacar que a maioria das crianças tinha casa própria com estrutura de confecção de piso e parede considerados de boa qualidade, com acesso a água encanada e coleta de lixo, no entanto, não houve diferença estatística quando associadas ao erro alimentar. Além disso, 57,9% das famílias tinham acesso à informação por meio da internet, seja por computador fixo, computador móvel ou por celular. Quando o uso da internet foi comparado com erro alimentar foi visto que o percentual de famílias que tinham internet e apresentaram erro alimentar foi de 85,2% e das que não tinham internet e apresentaram o erro foi de 92,2%, sem diferença estatisticamente significativa (tabela 2).

Na Tabela 3 observou-se a assistência pré-natal que as genitoras receberam e a associação com a presença de erro alimentar. Foi percebido que apesar de 88,8% das mulheres realizaram pré-natal com número considerado satisfatório de consultas (> 6

consultas) como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e essas serem realizadas em centros de referência, recebendo orientação sobre aleitamento materno, não observamos diferença estatisticamente significativa quanto à presença de erro alimentar.

Mesmo o lactente com o peso ao nascer maior que 2500g, (75%), ou seja, adequado e a genitora se sentindo disposta e motivada a amamentar (60,5%), a duração média do aleitamento materno exclusivo foi menor do que quatro meses (DP±2,9). Não houve um argumento prevalente relacionado à redução do tempo da amamentação, no entanto a primeira alimentação dessas crianças em desmame precoce foi o leite, integral ou modificado para idade, sendo ofertado em sua maioria em chucha/mamadeira.

A introdução desses recipientes para alimentação foi observada em 87,4% das crianças com idade inferior a seis meses. Dentre os lactentes em AME por 6 meses (n=46), 12,6% receberam mel e/ou açúcar antes de 1 ano de idade, enquanto os em AME por menos de 6 meses (n=106), isso ocorreu com 87,4%. Os demais dados neonatais, acompanhamento pós-parto e a relação com erros alimentares estão descritos na tabela 4.

A análise do consumo dos alimentos considerados ultraprocessados na dieta das crianças que amamentaram, seja exclusivamente por seis meses ou por tempo inferior está descrita na tabela 5. O consumo de ao menos um alimento ultraprocessado por lactentes de seis meses até um ano de idade foi de 91,3% e para os maiores de um ano foi de 100%. Dentre os alimentos ultraprocessados analisados, observamos as seguintes frequências de consumo em ordem decrescente: biscoito (73%), macarrão instantâneo (44%), salgadinhos (41%), refrigerantes (35%), embutidos (32%) suco artificial (31%) e papinha industrializada (28%). Dentre esses alimentos, destacamos o biscoito, o macarrão instantâneo, salgadinho e papinha industrial, pois apresentaram associação estatisticamente significativa quando comparados ao tempo de amamentação do lactente.

O estado nutricional dos lactentes também foi analisado pelos parâmetros antropométricos e depois foi verificada a associação do estado nutricional com a presença do erro alimentar (Tabela 6). Os parâmetros IMC/Idade e Peso/Idade retrataram o risco de excesso de peso, assim como a baixa estatura foi observada pelo parâmetro Estatura/Idade, a maior frequência de risco de excesso de peso e baixa estatura se encontrava nas crianças que apresentaram erro alimentar (n=104), no entanto não houve diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as crianças que não apresentaram erro alimentar.

O consumo de drogas lícitas, como fumo e bebida alcoólica durante a gestação também foi analisado e associado com o erro alimentar. Foi verificado que o percentual das genitoras que relataram consumir bebida alcoólica e tabagismo foi de 28,3% (n=43) e 23,7% (n=36)

respectivamente. Quando comparado o erro alimentar entre as que consumiram bebida alcoólica (90,2%) e as que não consumiram (87,4%) e entre tabagistas (94,4%) e não tabagistas (86,2%), não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p=0,63$ e $p=0,18$) (dados não tabulados).

Tabela 1. Características sócio-demográficas de acordo com a presença de erros alimentares de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016.

Variáveis			Erro Alimentar		RP (IC 95%)	Valor de p
	n=152	%	n = 134	%		
Sexo						
Masculino	74	48,7	68	91,9	1,09(0,97-1,22)	0,26
Feminino	78	51,3	66	84,6	1,0	
Idade da criança(meses)						
×6	123	80,9	119	96,7	1,85 (1,31-2,66)*	<0,001
< 6	29	19,1	15	51,7	1,0	
Responsável Pela criança						
Mãe adotiva/outra	16	10,5	14	87,5	0,99(0,81-1,20)*	0,99
Mãe biológica	136	89,5	120	88,2	1,0	0,96
Idade Materna (anos)**						
<20	17	11,9	15	88,2	0,98(0,82-1,19)*	
20-30	111	77,6	99	89,2	1,0	
>30	15	10,5	13	86,7	0,97(0,78-1,19)*	
Ocupação Materna**						0,92
Não trabalha(estudante/aposentada /recebe benefício)	48	33,6	41	87,2	0,96(0,83-1,13)*	
Desempregado (trabalho esporádico/biscaiteiro)	55	38,5	49	89,1	0,98(0,86-1,13)*	
Trabalha (empregado/autônomo)	40	27,9	36	90,0	1,0	
Escolaridade Materna(anos)**						0,64
<4	12	8,4	11	91,7	1,08(0,87-1,33)*	
4 a 8	85	59,4	72	90,0	1,06(0,92-1,2)	
>8	46	32,2	39	84,8	1,0	
Sexo Chefe da Família						
Masculino	81	53,3	73	90,1	1,05(0,93-1,18)	0,58
Feminino	71	46,7	61	85,9	1,0	
Ocupação do Chefe da Família						0,32
Não trabalha(estudante/aposentado /recebe benefício)	17	11,2	15	88,2	1,03(0,85-1,26)*	
Desempregado(trabalho esporádico/biscaiteiro)	38	25,0	36	94,7	1,11(0,99-1,25)*	
Trabalha (empregado/autônomo)	97	63,8	75	85,2	1,0	
Escolaridade do Chefe da Família(anos)						0,77
<4	27	17,7	24	88,9	0,97(0,83-1,14)*	
4 a 8	79	52,0	67	87,0	0,95(0,84-1,08)	
>8	46	30,3	42	91,3	1,0	
Nº pessoas por Domicílio						
>4	66	43,4	57	86,4	0,96 (0,85-1,08)	0,73
< 4	86	56,6	77	89,5	1,0	

*Teste Exato de Fisher (**) : 5,9% dos casos sem informações.

Tabela 2. Características econômicas e condições de moradia de acordo com a presença de erros alimentares em lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016.

Variáveis			Erro Alimentar		RP (IC 95%)	Valor de p
	n = 152	%	n =134	%		
Classe econômica						
D/E	53	34,9	47	88,7	1,02(0,87-1,19)	0,96
C2	61	40,1	54	88,5	1,02(0,871,18)*	
B1/B2/C1	38	25,0	33	86,8	1,0	
Tipo de moradia						
Quarto/cômodo/outro	21	13,8	18	87,5	0,97(0,80-1,16)	0,94
Casa/Apartamento	131	86,2	116	88,5	1,0	
Regime de moradia						
Alugada/Outra*	7	4,6	06	85,7	0,99(0,72-1,35)	0,73
Cedida/Invasa	55	36,2	50	90,9	1,05(0,93-1,18)	
Própria	90	59,2	78	86,7	1,0	
Tipo de Parede						
Tijolo/taipa/Outros	41	27,0	39	95,1	1,11(1,00-1,23)*	0,17
Alvenaria	111	73,0	95	85,6	1,0	
Tipo de Piso						
Madeira/Barro/Outro	40	26,3	37	92,5	1,13(0,97-1,32)	0,19
Cimento	57	37,5	52	91,2	1,11(0,96-1,29)	
Cerâmica	55	36,2	45	81,8	1,0	
Tipo de Teto						
Telha(barro/amianto/outro)	128	84,2	111	86,7	0,90(0,81-1,00)*	0,36
Laje	24	15,8	23	95,8	1,0	
Quantidade de Cômodos						
02	23	15,3	21	91,3	1,04(0,90-1,20)*	0,92
×3	129	84,7	113	87,6	1,0	
Abastecimento de Água						
Sem canalização interna/outra	42	27,6	39	92,9	1,07(0,93-1,20)*	0,41
Com canalização interna	110	72,4	95	86,4	1,00	
Esgotamento Sanitário						
Curso d'água/céu aberto/outro	68	44,7	61	89,7	1,03(0,92-1,16)	0,76
Rede geral/fossa	84	55,3	72	86,7	1,0	
Destino do lixo						
Terreno baldio/queimado/ outro	21	13,8	18	85,7	0,97(0,80-1,16)*	0,94
Coletado	131	86,2	116	88,5	1,0	
Participação no PBF						
Não	70	46,0	61	87,1	0,98(0,87-1,10)	0,91
Sim	82	54,0	73	89,0	1,0	
Acesso a Internet						
Sim	88	57,9	75	85,2	0,92(0,82-1,03)	0,19
Não	64	42,1	59	92,2	1,0	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 3. Associação da assistência pré-natal com a presença de erros alimentares de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016

Variáveis	Erro Alimentar					
	n = 152	%	n = 134	%	RP (IC 95%)	Valor de p
Realização de pré-natal						
Não/ Mãe adotiva/não lembra	17	12,2	13	76,5	0,85(0,65-1,12)*	0,24
Sim	135	88,8	121	89,6	1,0	
Local de realização de consultas pré-natal						
Não fez	17	11,2	13	76,5	0,83(0,65-1,14)*	0,36
Outro Hospital	24	15,8	21	87,5	0,99(0,83-1,18)*	
USF Coelhos	43	28,3	40	93,0	1,05(0,93-1,18)*	
IMIP	68	44,7	60	88,2	1,0	
Número de consultas de pré-natal						
<6	16	10,5	14	87,5	0,99(0,81-1,20)*	0,99
×6	136	89,5	120	88,2	1,0	
Recebeu orientação sobre aleitamento durante pré-natal						
Não	28	18,4	23	82,1	0,91(0,76-1,10)*	0,43
Sim	124	81,6	111	89,5	1,0	
Local de Nascimento						
Hospital/Maternidade/Outro	65	42,8	58	89,2	1,02(0,90-1,14)	0,92
IMIP	87	57,2	76	87,4	1,0	
Tipo de parto						
Cesário	60	39,5	55	91,7	1,07(0,95-1,19)*	0,41
Normal/outro	92	60,5	79	85,9	1,0	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 4. Relação das características e práticas neonatais e acompanhamento pós-parto de acordo com a presença de erros alimentares de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016

Variáveis	Erro Alimentar					
	n = 152	%	n = 134	%	RP (IC 95%)	Valor p
Tipo de nascimento						
Prematuro	15	3,3	11	73,3	0,82(0,60-1,11)*	0,16
À termo	147	96,7	123	89,8	1,0	
Peso ao nascer (gramas)**						
< 2500	13	25,0	11	84,6	0,97(0,96-1,24)*	0,99
×2500	114	75,0	99	86,8	1,0	
Mamou na sala de parto						
Não	59	38,8	50	82,0	0,88(0,77-1,00)	0,07
Sim	93	61,2	88	92,3	1,0	
Incentivo ao aleitamento Materno						
ACS/ Avó/Demais parentes/outros	60	39,5	54	90,0	1,03(0,91-1,15)	0,85
Mãe	92	60,5	78	87,6	1,0	
Uso de Chupeta						
Sim	76	50,0	67	88,2	1,0(0,89-1,12)	0,94
Não	76	50,0	67	88,2	1,0	
Cadastro na ESF						
Não	96	63,2	84	87,5	0,98(0,87-1,10)	0,94
Sim	56	38,6	50	89,3	1,0	
Visita do ACS (30 dias)						
Não/ Não é cadastrado	67	44,1	61	91,0	1,06(0,94-1,18)	0,47
Sim	85	55,9	73	85,9	1,0	

*Teste Exato de Fisher (**): 16,7% dos casos sem informações.

Tabela 5. Associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e o tempo de amamentação exclusiva de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016.

AME 6 meses	Macarrão Instantâneo	Papinha Industrial	Salgadinho	Biscoito	Refrigerante	Embutido	Suco Artificial
	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)
Sim(n=46)	26 (56,5)	19 (41,3)	25 (54,3)	42 (91,3)	17 (37,0)	16 (34,8)	13 (28,3)
Não*(n=106)	41 (38,7)	24 (22,6)	38 (35,8)	69(65,1)	36 (34,0)	33 (31,1)	34 (32,1)
RP (IC95%)	1,46 (1,03-2,07)	1,82 (1,11-2,98)	1,52 (1,05-2,19)	1,40 (1,19-1,65)	1,08 (0,68-1,72)	1,11 (0,68-1,82)	0,88 (0,51-1,50)
p	0,06	0,03	0,05	0,001	0,86	0,8	0,78

*Referência = Não (RP=1,0) AME: Amamentação Materna Exclusiva

Tabela 6. Associação entre a presença de erro alimentar e o estado nutricional de lactentes residentes na Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, 2016.

Erro alimentar	IMC/IDADE (Risco de excesso de peso)		PESO/IDADE (Risco de excesso de peso)		ESTATURA/IDADE (Baixa estatura)	
	n	%	n	(%)	N	(%)
Sim (n=104)	36	34,6	32	30,8	08	7,6
Não* (n=13)	01	7,7	03	23,1	01	7,7
RP (IC95%)	4,5 (0,67- 30,1)		1,33 (0,47-3,75)		0,99(0,13-7,3)	
p	0,08**		0,83**		0,99**	

*Referência = Não (RP=1,0) ** Teste Exato de Fisher

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a dieta de lactentes, analisando aspectos que caracterizam uma alimentação não recomendada para este grupo (introdução de alimentos antes dos 6 meses de idade e consumo de alimentos ultraprocessados). A necessidade de estudar esse grupo se deu por ser um período crítico da vida, tanto pelo crescimento e desenvolvimento intensos como pelo momento importante na formação de hábitos alimentares, com riscos para carências nutricionais, doenças infecciosas, além de obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), se houver consumo de uma alimentação inadequada.

Segundo alguns estudos brasileiros, esse consumo pode ser influenciado por diversos fatores como idade materna, escolaridade do responsável, ocupação, renda, realização do pré-natal, peso ao nascer, uso de utensílios para oferta de dieta como mamadeiras e/ou chucas e até mesmo utensílio chamado de oinstrumento de consoloö, como a chupeta. Pesquisas realizadas em diferentes regiões do país, com populações representativas de áreas urbanas apontaram que é mais frequente erros alimentares acontecerem quando a genitora é jovem, tem baixa escolaridade e baixa renda e quando não realizou o pré natal e o acompanhamento no puerpério (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007; VIEIRA et al, 2010; PEREIRA et al, 2010; CAMPAGNOLO et al, 2012; QUELUZ et al, 2012; CAMINHA et al, 2014).

Analisando os fatores sociodemográficos dos responsáveis pelo lactente, assistência pré natal, características neonatais e acompanhamento pós parto com a presença de erro alimentar, observou-se frequência de erro alimentar elevada e sem diferença em todos os estratos analisados.

A situação econômica e de moradia também foi analisada, e percebeu-se que mesmo dentro de uma comunidade carente existe desigualdade, e dentre os pobres encontramos os mais pobres que vivenciam a carência além da renda, com diminuição da qualidade de vida por não ter acesso a serviços básicos como água encanada e coleta de lixo semanal. Algumas famílias possuíam casas próprias com material de construção considerado adequados e de boa qualidade, já outra parcela dessa população vivia em moradias sob condições inadequadas. Apesar dessa desigualdade, não foi observada diferença estatisticamente significativa quanto à presença de erro alimentar.

Tal situação nos leva a inferir que nesta população é predominante e homogênea a prevalência de erro alimentar, desta forma os resultados do nosso trabalho são divergentes dos achados de outras pesquisas, que sugerem que o hábito alimentar da criança é fortemente influenciado por características maternas e familiares.

No trabalho realizado por Corrêa et al.(2009), na cidade de Florianópolis (SC), foi encontrado que as mães com menos de oito anos de estudo apresentaram o dobro de chance de oferecerem alimentos do grupo dos doces (açúcar de adição, bolachas, pudins e gelatinas) para os filhos e, em Pelotas (RS), foi observado alto consumo energético e introdução precoce de leite de vaca, especialmente para crianças de menor nível socioeconômico (ROMULUS-NIEUWELINK et al, 2011). O mesmo foi observado no trabalho realizado em Porto Alegre com 1.099 crianças, cujas melhores práticas de alimentação complementar eram encontradas em mães com o maior nível de escolaridade e que trabalhavam fora de casa, o que possibilitaria maior acesso às informações sobre práticas alimentares saudáveis (CAMPAGNOLO et al, 2012).

No estudo de Oliveira et al. (2013), realizado na região nordeste, precisamente no município de Gameleira no estado de Pernambuco e em São João do Tigre no Estado da Paraíba, foi constatado que mesmo em população pobre, as mães com melhores condições socioeconômicas, representadas pela escolaridade, saneamento básico e posse de bens de consumo, apresentaram maior duração do aleitamento exclusivo/predominante em ambos os municípios. Sabe-se que a prevalência da amamentação nesses estados ainda não foi satisfatória segundo as recomendações do MS, devido à inclusão de forma precoce de chás e bebidas açucaradas.

A nível mundial destacamos um estudo de coorte com 5012 crianças, realizado na Escócia e foi visto que quanto melhor o nível educacional e classe social materna maior o tempo de amamentação, com conseqüente redução da prática de introdução alimentar precoce (SKAFIDA, 2009).

Com relação ao uso de utensílios para fornecimento de dieta e para acalmar o lactente, estudos mostram que pode ocorrer a interpretação equivocada do choro do bebê, com a crença de que a amamentação não supre de forma integral suas necessidades, sendo incluso o leite artificial em mamadeira, ou que é necessário uso de chupeta para acalmar o lactente (GIUGLIANI, 2011; BRASIL, 2009). Há alguns anos, foi descrito o fenômeno da ãonfusão de bicosõ, em que a criança em uso de bicos artificiais diminui a eficiência da sucção no seio, reduzindo a produção do leite e aumentando a chance da oferta precoce de alimentos pela mãe (NEIFERT et al, 1995).

Outros estudos nacionais já descreveram associação entre o uso da chupeta e a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (ARAÚJO; HMITZ, 2007; FELDENS et al, 2011; QUELUZ, 2012; CAMINHA et al, 2014).

No entanto, em revisão sistemática, conduzido em países desenvolvidos, notou-se que a maioria dos estudos observacionais relatou uma associação entre o uso de chupeta e a redução do tempo da amamentação, no entanto também ressaltou que em alguns estudos observacionais, o uso de chupeta era reflexo de uma série de fatores complexos, ou seja, a dificuldade para amamentar culminaria no uso da chupeta, resultando como a consequência e não causa do desmame precoce (O'CONNOR et al., 2009).

Em nossos achados foi percebido que apesar das genitoras se sentirem motivadas para amamentar, 87,6% delas incluíram na dieta dos seus filhos algum alimento inadequado, nos remetendo a idéia de que querer amamentar, se sentir motivada a tal prática não está diretamente associada com a inclusão correta dos alimentos ou ao uso de bicos artificiais.

Nas últimas décadas tem-se observado que o incentivo a amamentação está difundido e se consolidando, e a cada ano percebe-se avanços importantes e alcance a diversas regiões. Porém, os avanços ao incentivo à prática adequada de introdução dos alimentos ainda são incipientes, segundo dados da OMS (WHO, 2003). Essa constatação é corroborada pelo nosso estudo e outros que mostram a alta prevalência de alimentação complementar inadequada, tais como, segundo o Comitê de Nutrição da Sociedade Européia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica: introdução precoce de alimentos, como o leite de vaca integral; alimentos com baixa biodisponibilidade de micronutrientes; acréscimo de carboidratos simples ao leite; e oferta de alimentos ultraprocessados consumidos com frequência pela família (AGOSTONI et al, 2009; GARCIA et al, 2011; ALVES et al, 2012). Padrão alimentar semelhante ao encontrado internacionalmente (THOMPSON; BENTLEY, 2013).

Sabe-se que as escolhas alimentares não são determinadas inteiramente por necessidades fisiológicas ou nutricionais, mas também por influência de fatores ambientais, como acessibilidade, disponibilidade, praticidade, variedade, ausência de tempo para produção dos alimentos, publicidade, status e preço dos alimentos. Porém, grande parte dessas influências ambientais é amplamente favorável ao consumo de alimentos ultraprocessados, que estão a cada dia fazendo parte de lanches ou até mesmo substituindo refeições principais, descaracterizando o hábito de uma alimentação saudável. Outro fator importante no consumo desses alimentos é a palatabilidade, fornecida pelo alto teor de açúcares, gorduras, além dos realçadores de sabor proporcionando características organolépticas, favorecendo o consumo demasiado desses alimentos (MOUBARAC et al, 2013).

No presente estudo, o acesso a internet se deu em um pouco mais de cinquenta por cento das famílias entrevistadas. Sabe-se que apesar da maioria da população ter acesso aos

meios de comunicação portátil e esses proporcionarem internet móvel, ainda encontramos indivíduos que não tem acesso de maneira contínua a mídia por meio da internet. E ao analisar tal dado com a presença de erro alimentar foi observado que ter ou não acesso a internet não interfere diretamente na escolha dos alimentos adquiridos por essa população, o erro alimentar esta presente nos dois estratos.

A prática do uso excessivo de internet ou assistir televisão pode ser justificada também por fatores decorrentes da urbanização, como a redução do espaço físico para brincadeiras ao ar livre, o tráfego intenso de veículos e a violência na comunidade. Dessa forma, o envolvimento comercial e as mensagens cuidadosamente direcionadas para o público infantil são cada vez mais frequentes, interferindo nas preferências alimentares (FERREIRA, et al, 2015).

No estudo de Claro et al (2016), que analisou o preço dos grupos de alimentos consumidos no Brasil, considerando a sua natureza, observou que o consumo de ultraprocessados está aumentando principalmente pelo custo, já que o preço desses alimentos é reduzido potencialmente por causa da capacidade da indústria de ampliar sua produtividade e eficiência.

Mediante a situação de pobreza de populações que vivem em comunidades carentes, participar do programa de transferência de renda pode ser uma forma para aquisição de alimentos para família. No nosso estudo, apesar de mais de cinquenta por cento das famílias serem beneficiadas pelo programa, nem sempre o valor recebido era investido na compra de alimentos e mesmo na fração da amostra que utilizou o benefício para tal finalidade, a frequência de erro alimentar foi tão elevada quanto às dos não beneficiários do programa.

Resultados de outros estudos corroboram com os nossos achados, como é observado no trabalho de Traldi (2011), que relata que apesar do maior gasto com alimentos, 95% das famílias que recebem os rendimentos do PBF permanecem na situação de insegurança alimentar. Aires, Gomes e Esmeraldo (2011), que acompanharam famílias rurais do estado do Ceará, constataram um aumento na quantidade e no acesso aos alimentos, seguido da aquisição de outros bens e serviços entre as famílias beneficiadas. Por outro lado, verificaram que o programa não garante, por si só, melhorias significativas na qualidade dos alimentos e nos índices de segurança alimentar.

Estudos mostram outros projetos do governo que tem planos de investimento em políticas de saúde que promovem ações de prevenção e orientação nutricional como atividade de rotina, onde os profissionais de saúde são responsáveis pela atenção básica e devem priorizar um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, que abranja a promoção e a

proteção da saúde. As ações nas comunidades carentes são realizadas pelo ACS e equipe da Estratégia de Saúde da Família (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011; VASCONCELLOS DE PAULO et al, 2012).

Segundo o relatório do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2016), em outubro/2016 na cidade de Recife/PE, a proporção de cobertura populacional estimada pelos ACS foi de 69,7%, enquanto que da Estratégia de Saúde da Família foi de 55%. Dessa forma pode-se entender que a implantação dessas políticas ainda não é uma prática comum em todo o território, e boa parte da população carente não tem o acompanhamento e assistência necessária no que diz respeito às necessidades básicas (BRASIL, 2010; CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Além disso, percebe-se uma fragilidade de informações sobre práticas alimentares, talvez a qualidade do atendimento prestado à população sobre práticas alimentares seja precário devido ao excesso de demanda e/ou tal acompanhamento não seja eficaz devido à equipe multiprofissional da ESF estar voltada para outras temáticas e cumprimento de metas advindas das esferas municipal à federal, subvalorizando assim a promoção da alimentação saudável, condição essencial à promoção da saúde (CAMARGO et al, 2008; CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

No presente estudo, as crianças que amamentaram exclusivamente por seis meses de idade, após esse período tiveram consumo de alimentos ultraprocessados maior do que as que desmamaram precocemente, com ênfase no biscoito e macarrão instantâneo.

No estudo em Macaé/RJ com crianças entre 6-24 meses de idade assistidas na Atenção Básica de Saúde, foi visto que o consumo de alimentos não saudáveis é iniciado precocemente na faixa etária de 6-12 meses, com prevalência crescente até a faixa etária de 18-24 meses. O mesmo foi verificado na última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), cujo consumo de alimentos considerados não saudáveis foi alto, com 60,8% dos lactentes com consumo de biscoito, bolacha ou bolo e 32,3% refrigerante ou suco artificial (IBGE, 2015; MARINHO et al, 2016).

É importante destacar que antes do primeiro ano de vida não é recomendado o oferecimento de açúcar e os alimentos ultraprocessados devem ser excluídos da alimentação infantil pela sua quantidade elevada de açúcares, gordura, sódio, essências, corantes artificiais e conservantes que apresentam potencial alergênico, contribuindo para o excesso de peso, bem como para o aparecimento de cáries (BRASIL, 2010).

Além do que, tais alimentos têm mais substâncias derivadas, menos matéria prima e uma maior quantidade de produtos químicos que são agregados, afim de que chegue em

ótimas condições para o consumo (CLARO et al, 2016). Desta forma, os dados referidos anteriormente e outros relatos na literatura mostram que a introdução desses alimentos está acontecendo de forma precoce (BRASIL, 2009b; BORTOLINI; VITOLO, 2010; GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

O crescimento mundial do consumo de alimentos ultraprocessados, presente inclusive no processo de introdução de alimentos, caracteriza o atual ambiente obesogênico. As mudanças no padrão alimentar da população associadas ao baixo nível de atividade tendem a aumentar a obesidade, a qual está presente em todos os níveis econômicos, mas com uma maior incidência entre famílias de baixa renda e em áreas menos desenvolvidas (CRISPIM, 2012).

Nos últimos anos tem-se percebido que o excesso de peso entre lactentes vem aumentando em todas as regiões brasileiras, independente de classes sociais (MOREIRA et al., 2012), pois diferenças nutricionais, antes evidentes entre as crianças das regiões nordeste e sul do país estão sendo reduzidas (CHAGAS et al., 2013). Na III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de 2006, observou-se uma prevalência de 10% de excesso de peso em crianças menores de dois anos no estado de Pernambuco (DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO/ UFPE, 2010).

O aumento da prevalência da obesidade no Brasil é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda, residentes nas áreas rurais ou na periferia das cidades mais ricas, podendo coexistir, no mesmo domicílio, indivíduos obesos e desnutridos que estão sujeitos às carências nutricionais e suas consequências caracterizando o processo de transição nutricional (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014).

O déficit estatural remete a um quadro de desnutrição pregressa e constitui, atualmente, a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico do crescimento e nutrição de crianças no Brasil e no mundo (SILVIA, et al, 2000; ROMANI; LIRA, 2004; WHO, 2010).

A desnutrição crônica no Brasil teve uma redução de, aproximadamente, 50% nos últimos 10 anos, saindo de um patamar de 13% para 7% ao se comparar os valores da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS), dos anos 1996 e 2006. Os dados de 2006 indicam que a prevalência do déficit de estatura varia notavelmente nas regiões brasileiras, situando-se entre valores próximos da média nas regiões Sul e Sudeste, e 15% na região Norte. A maior redução da desnutrição crônica, comparando com os valores de 1996, foi encontrada na região Nordeste (de 22,1% para 5,9%), seguida pela região Centro-Oeste (11% para 6%) (CEBRAP, 2008).

O presente estudo verificou prevalência importante de erro alimentar (88,8%) quando associado ao estado nutricional nos lactentes menores de 2 anos. Apesar de tal associação não atingir significância estatística, o que pode ter ocorrido devido à baixa frequência de crianças que não apresentaram erro alimentar, é importante ressaltar que a população é homogênea e o risco nutricional é iminente e ascendente no grupo estudado.

Estudos epidemiológicos indicam que há uma relação direta entre erro alimentar e risco excesso de peso. Por isso, identificar as práticas alimentares que colocam os lactentes em risco para o desenvolvimento da obesidade é fundamental para determinar precocemente quais destas práticas podem ser modificadas (GONÇALVES, et al., 2012; THOMPSON; BENTLEY, 2013).

Além disso, a realização de campanhas educativas sobre alimentação apropriada para essa faixa etária e o acompanhamento adequado durante o período pré-natal e o primeiro ano de vida são importantes para garantir a adoção do padrão alimentar recomendado com consequente melhor estado nutricional, pois, segundo Caetano et al. (2010), grande parte das práticas alimentares são predominantemente adotadas baseadas na experiência de vida materna ou da sua família.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o cenário apresentando e discutido, é fato que a alimentação do lactente não ocorre como recomendado pela OMS e Ministério da Saúde, apresentando elevada frequência de erro alimentar, com introdução precoce de alimentos e inadequada oferta de ultraprocessados, sugerindo que os lactentes estão expostos a um padrão alimentar que não fornece os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento adequados e que favorece o excesso de peso, carências nutricionais e DCNT.

Apesar de boa parte da literatura científica afirmar que os fatores demográficos, socioeconômicos e assistenciais apresentam associação significativa com o erro alimentar, no nosso estudo foi visto que na comunidade estudada o erro alimentar independe de fatores relacionados, ele está presente em todos os estratos analisados.

Os dados do nosso estudo provavelmente não refletem a realidade de todas as populações carentes do Nordeste, apesar de buscarmos incluir todos os lactentes, representando o universo dessa população caracterizada pela baixa renda e condições ambientais precarizadas, pois a população é homogênea e não nos dá base para afirmarmos que a mesma realidade será encontrada em outros aglomerados urbanos.

Está mais claro o entendimento da população em relação ao aleitamento materno: duração necessária, benefícios, e aonde recorrer no caso de dúvidas, incertezas e dificuldades. No entanto a continuidade da orientação sobre práticas corretas de introdução alimentar ainda são pouco difundidas, talvez por reduzida divulgação em meios de comunicação em massa, ao contrário dos alimentos ultraprocessados, ou pela escassez de oficinas e capacitações de profissionais de saúde para orientar, desmistificar e incentivar cuidadores nesse sentido, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Assim, faz-se necessário a supervisão continuada nos processos de cuidado e acompanhamento nutricional de famílias e crianças nos serviços básicos de saúde para receber orientações e um plano assistencial para cada realidade social e cultural, além de realização de novas pesquisas, pois a problemática do nosso estudo possui um complexo conjunto de fatores determinantes, que em um estudo transversal não se obtém riqueza de detalhes no seu entendimento e acompanhamento. Novos estudos poderiam ajudar na identificação de outros fatores envolvidos na gênese do erro alimentar e outras estratégias de superação desse problema.

REFERÊNCIAS

- ABIA, Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação. **Indústria da alimentação: balanço anual 2007 e perspectivas para 2008**. São Paulo: ABIA; 2008.
- AGOSTONI, C *et al.* Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. **Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition**. Philadelphia, jul. 2009, v. 49, n. 1, p. 112-125.
- AIRES, K. DA S.; GOMES, D. S.; ESMERALDO, G. G. S. L. Bolsa Família como Política Pública no Assentamento Rural: Contribuições para a Segurança Alimentar. In. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís/Maranhão, 2011.
- ALLEO, L. G.; SOUZA, S. B.; SZARFARC, S. C. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2014.
- ALVES, C.R.L., SANTOS, L.C., GOULART, L.M.H.F., CASTRO, P.R. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. **Revista Paulista Pediatria**, 2012; 30 (4):499-506.
- AQUINO, R.C.; PHILIPPI, S. T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 655-660, Dec. 2002.
- ARAÚJO, M.F.M., SCHMITZ, B.A.S. Doze anos de evolução da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**. 2007 ago; 22(2):91-9.
- BARBOSA, R. M. S. et al . Consumo alimentar de crianças com base 4 na pirâmide alimentar brasileira infantil. **Revista de Nutrição**, Campinas , v. 18, n. 5, p. 633-641, Oct. 2005.
- BATISTA FILHO, M. et al . Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. s247-s257, 2008.
- BATISTA FILHO, M. Saúde e pobreza urbana. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.13, n.1, p.13-16, Mar. 2013.
- BICHIR, R.M. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Novos Estudos** ó CEBRAP, v.87, p.15-129, 2010.
- BORTOLINI, G.A; VITOLLO, M.R. Importância das práticas alimentares no primeiro ano de vida na prevenção da deficiência de ferro. **Revista de Nutrição (Campinas)**, nov/dez. 2010, v. 23, n.6, p. 1051-1062
- BOSSERT, W.; CHAKRAVARTY, S.R.; D'AMBROSIO, C. Poverty and time. **Journal Economic Inequality**, v.10, p.145-162, 2012.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Secretaria de Política de Saúde - coordenação geral da política de alimentação e nutrição.** Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Editora do MS; 2009b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional (SISVAN): orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): orientações para coleta e análise dos dados antropométricos em serviços de saúde.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.12, n. 6, p.1441-1451, 2007.

CAETANO, M.C. et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **Jornal de Pediatria**, v.86, p.196-201, 2010.

CAMARGO, K.R. JR, CAMPOS, S.E, BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T., MASCARENHAS, M.T, MAUAD, N.M., FRANCO, T.B, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, 2008;24 Suppl 1:58--68.

CAMINHA, M.F.C., AZEVEDO, P.T.A.C.C, SAMPAIO, B.B., ACIOLY, V.M.C., BELO, M.P.M., LIRA, P.I.C, et al. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. **Ciência de Saúde Coletiva**. 2014.

CAMPAGNOLO, P.D.B., LOUZADA, M.L.C., SILVEIRA, E.L., VITOLO, M.R. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição** 2012 jul-ago; 25(4):431-9.

CASTRO, T.G. et al. Dietary practices and nutritional status of 0-24-month-old children from Brazilian Amazonia. **Public Health Nutrition**, p.2335642, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP). Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde da criança e da mulher**. Brasil: CEBRAP, MS; 2008.

CERVERA, D.P., PARREIRA, B.D., GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência Saúde Coletiva**. 2011; 16:1547---54.19.

CHAGAS, D. C. et al. Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 1466156, 2013.

CLARO, R. M., et al. "Food prices in Brazil: prefer cooking to ultra-processed foods." **Cadernos de Saúde Pública** 32.8 (2016).

CORREA, 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, Sept. 2009.

CORRÊA, N.P, CORSO, A.C.T., MOREIRA, E.A.M., KAZAPI, I.A.M. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria** 2009; 27(3): 258-64.

COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. The Bolsa Família cash transfer program and food and nutrition security in Brazil: a critical review of the literature. **Revista panamericana de salud pública**, v. 33, n. 1, p. 54660, 2013.

COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 2, p. S332-S340, 2008.

CRISPIM, C. A. et al. Programa de educação nutricional para mães de baixa renda em processo de capacitação profissional: estudo sobre os efeitos na composição da dieta alimentar. **Revista de Ciências Médicas**, v. 13, n. 3, 2012.

DE AGUIAR TOLONI, M. H. 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**, v. 24, n. 1, p. 61670, 2011.

DEEPTHI, K. et al. The first 1000 days of life: prenatal and postnatal risk factors for morbidity and growth in a birth cohort in southern India. **BMJ Open**, v.4; ed.7, 2014.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB) [Internet]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php [acessado outubro, 2016].

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO / UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Centro de ciências da saúde. Departamento de nutrição. **III Pesquisa estadual de saúde e nutrição: saúde, nutrição, alimentação, condições socioeconômicas e atenção à saúde no estado de Pernambuco**. Recife; 2010.

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, June 2010.

DOYLE, O. et al. Investing in early human development: timing and economic efficiency. **Economics & Human Biology**, v. 7, n. 1, p. 1-6, 2009.

DUNCAN et al. The Importance of Early Childhood Poverty. **Social Indicators Research**, v.108; p.87698, 2012.

FELDENS, C.A., VITOLO, M.R., RAUBER, F., CRUZ, L.N., HILGERT, J.B. Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. **Matern Child Health J.** 2011; 16 (6):1257-65.

FERREIRA, J. S. G.; SILVA, Y.; MORAES, O. M. G.; TANCREDI, R. P. T.. Marketing de alimentos industrializados destinados ao público infantil na perspectiva da rotulagem, **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 75-84, 2015.

GARCIA, M.T., GRANADO, F.S., CARDOSO, M.A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Caderno de Saúde Pública** 2011; 27(2):305-316.

GIUGLIANI, N.R., OLIVEIRA, J., SANTOS, B.Z., BOSCO, V.L. Prevalência do início do desmame precoce em duas populações assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis, SC, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. 2011 abr-jun;11(2):239-44.

GONÇALVES, S. C. et al. Velocidade de ganho de peso e práticas alimentares no primeiro ano de vida em lactentes de baixo nível socioeconômico. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 5, p. 555-63, 2012.

HOY, M., ZHENG, B. Measuring lifetime poverty. **Journal of Economic Theory**, v.146, n.2011, p. 2544-2562, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS- IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas**. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: Ibase; 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ó IBGE. **Censo 2010: Aglomerados Subnormais: Primeiros resultados**. Rio de Janeiro, p.1-259, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estudo e Pesquisa. **Informações demográficas nº 27. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.(IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciclos de vida ó Brasil e Grandes Regiões**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

ISSAKA, A. et al. Determinants of Early Introduction of Solid, Semi-Solid or Soft Foods among Infants Aged 3-5 Months in Four Anglophone West African Countries. **Nutrients**, v. 6, n. 7, p. 2602-2618, 2014.

JOHNSON, R.C.; SCHOENI, R. F. The influence of early-life events on human capital, health status, and labor market outcomes over the life course. **The BE journal of economic analysis & policy**, v. 11, n. 3, 2011.

LONGO-SILVA, G. et al. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 34-41, 2015.

MARCHIONI, D.M. et al. Complementary feeding: study on prevalence of food intake in two health centers of São Paulo city. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**.; v.51, n.2, p. 161-66, 2001.

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 de saúde coletiva** 21.3 (2016): 977-986.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME- MDS. Relatórios. Disponível em: < <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia>>. Acesso em agosto, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher ó PNDS 2006: **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MOREIRA, M. A. et al. Overweight and associated factors in children from northeastern Brazil. **Jornal de pediatria**, v. 88, n. 4, p. 347-52, 2012.

MOUBARAC, J.C., MARTINS, A.P.B., CLARO, R.M., LEVY, R.B., CANNON, G., MONTEIRO, C.A. Consumption of ultraprocessed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. **Public Health Nutrition** 2013; 16:2240-8.

NEIFERT, M., LAWRENCE, R., SEACAT, J. Nipple confusion: toward a formal definition. **Jornal de Pediatria** 1995; 126(6): 125-9.

O'CONNOR, N.R., TANABE, K.O., SIADATY, M.S., HAUCK, F.R. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. **Archives of Pediatrics Adolescent Medicine** 2009; 163(4):378-82.

OLIVEIRA, J. M. et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida : proposta de indicadores e de instrumento. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 377-394, Feb. 2015 .

OLIVEIRA, M. G. O A.; LIRA, P. I. C.; BATISTA FILHO, M.; LIMA, M. C. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia** [online]. 2013, vol.16, n.1

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (FAO). Directrices para la Formulaci3n de Planes Nacionales de Acci3n para la Nutrici3n. **Conferência Internacional sobre Nutriç3o**. Roma: FAO; 1993. [acessado novembro 2016]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (FAO). **Declaraç3o de Roma Sobre a Segurança Alimentar Mundial & Plano de Aç3o da Cúpula Mundial da Alimentaç3o**. Cúpula Mundial de Alimentaç3o. Roma: FAO; 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Estratégia global para a alimentaç3o de lactentes e crianç3as de primeira infânci3a. In: **I Encontro Nacional sobre Segurança Alimentar e Nutricional na Primeira Infânci3a**. São Paulo, SP, Brasil, 2005. São Paulo: Baby Food Action Network; 2005.

ONU, NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre os Objetivos do desenvolvimento do Milênio.** Cimeira do Milênio Nova Iorque, 6-8 de Setembro de 2010. (Internet). Disponível em <<http://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>> Acesso em: junho, 2015.

PALMEIRA, P. D. A.; DOS SANTOS, S. M. C.; VIANNA, R. P. D. T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 4, p. 553-656, 2011.

PEREIRA, R.S.V., OLIVEIRA, M.I.C., ANDRADE, C.L.T, BRITO, A.S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**. 2010 dez; 26(12):2343-54.

PESSANHA, L.D.R. A Experiência brasileira em políticas públicas para a garantia do direito ao alimento. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Departamento de Ensino e Pesquisa. Rio de Janeiro. 2002. [Internet]. Disponível em: <<http://www.ence.ibge.gov.br>> acessado 16 maio, 2015.

QUELUZ, M.C., PEREIRA, M.J.B., SANTOS, C.B., LEITE, A.M., RICCO, R.G. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista Escola Enfermagem USP**. 2012 jun;46(3):537-43.

RAMOS, M.; STEIN, L.M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, v.76, n. 3, p.229-37, 2000.

ROMANI, S.A.M; LIRA, P.I.C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife , v. 4, n. 1, p. 15-23, Mar. 2004 .

ROMULUS-NIEUWELINK, J.J., DOAK, C., ALBERNAZ, E., VICTORA, C.G, HAISMA, H. Breast milk and complementary food intake in Brazilian infants according to socio-economic position. **International Journal Pediatric Obesity**. 2011; 6(2-2): e508-14.

SKAFIDA, V. The relative importance of social class and maternal education for breast-feeding initiation. **Public Health Nutrition** 2009; 12(12):2285-92.

SALDIVA, S. R. D. M.; SILVA, L. F. F.; SALDIVA, P. H. N. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. **Revista de Nutrição** Campinas , v. 23, n. 2, p. 221-229, Apr. 2010 .

SCHIESS, S. et al. Introduction of complementary feeding in 5 European countries. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 50, n. 1, p. 92-98, 2010.

SCHUMANN, S.P.A.; POLÔNIO, M.L.T.; GONÇALVES, E.C.B.A. Avaliação do consumo de corantes artificiais por lactentes, pré-escolares e escolares. **Ciências e Tecnologia Alimentos**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 534-539, Sept. 2008.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. DATASUS, 2015 Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em: Outubro/ 2016.

SILVA, M. V. et al . Acesso à creche e estado nutricional das crianças brasileiras: diferenças regionais, por faixa etária e classe de renda. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 193-199, Dec. 2000.

SKINNER, J. D. et al. Children's food preferences: a longitudinal analysis. **Jornal of American Dietetic Association**, v.102, n.11, p.1638-1647, 2002.

SOTERO, A. M.; CABRAL, P. C.; SILVA, G. A. P. DA. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Revista Paulista de Pediatria**, n. xx, p.1-8, ago. 2015.

SOUZA, M. M.; FIGUEROA P. D.; MENEZES, T. N. Estado nutricional de crianças assistidas em creches e situação de (in) segurança alimentar de suas famílias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3425-3436, 2012.

THOMPSON, A. L.; BENTLEY, M. E. The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. **Social Science & Medicine**, v. 97, p. 2886-2896, 2013.

TOLONI, M. H. D. A et al. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 1, p. 376-43, 2014.

TOLONI, M.H, 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**, v. 24, p.61-70, 2011.

TRALDI, D. R. C. **Efetividades e Entraves do Programa Bolsa Família no Município de Araraquara/SP: Um olhar sobre a segurança alimentar dos beneficiários**. Araraquara, 2011. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) ó Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Centro Universitário de Araraquara, Araraquara, 2011.

VASCONCELLOS DE PAULO, D. ; BOTELHO, L. P.; ZANIRATI, V. F.; LOPES, A. C. S.; SANTOS, L. C.; Avaliação nutricional e padrão de consumo alimentar entre crianças beneficiárias e não beneficiárias de programas de transferência de renda, em escola municipal do Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p- 385-394, Brasília, 2012.

VENTURA, A.K., BIRCH, L.L. Does parenting affect children's eating and weight status? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. 2008; 5:15.

VIEIRA, G. O. et al . Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 411-416, 2004.

VIEIRA, G.O., MARTINS, C.C., VIEIRA, T.O., OLIVEIRA. N.F., SILVA, L.R. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**. 2010.

VIEIRA, R.C.S.; FERREIRA, H.S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **Revista de Nutrição**. June; v. 23,n. 3,p. 433-444, 2010.

VÍTOLO, M.R. et al. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1448-1457, out. 2005 .

WEFFORT, V. R. S. et al (Org.). Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. In: **Alimentação do Lactente**, 3ª ed. Rio de Janeiro, SBP, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO, UNICEF; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/UNICEF. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Part 3. Country Profiles. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva: World Health Organization; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO **Anthro 2006 software and macros**. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>> Acesso em agosto 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN FUND. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: World Health Organization; 2003.

ZIMMERMANN, C.R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. Sur, **Revista internacional de direitos humanos**, v.3, n.4, p.144-159, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Pesquisa "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline"

ANEXO B - Questionário utilizado na pesquisa: "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline para Identificação do Domicílio.

ANEXO C - Questionário adaptado para a pesquisa atual, tomando como base o questionário utilizado na pesquisa: "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline para Registro do domicílio e aspectos da renda familiar.

ANEXO D - Questionário utilizado na pesquisa: "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline para Registro da Criança menor de 3 anos.

ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP da pesquisa "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline".

ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Pesquisa Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 6 TCLE
PESQUISA SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS
COELHOS**

Instituição: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Prezado (a) morador da Comunidade dos Coelhos,

Conforme explicado no folheto que lhe foi entregue pelo Agente de Saúde, gostaríamos de convidá-lo (a) para participar desta pesquisa, para conhecimento da situação de saúde, de alimentação, de hábitos do dia-a-dia, de exercícios físicos, de moradia e dos serviços de saúde que são oferecidos às pessoas que moram nesta Comunidade. Desta forma, poderemos saber também quais são as doenças mais comuns e as facilidades ou dificuldades de atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) da sua área.

Sendo assim, precisamos fazer algumas perguntas sobre estes assuntos, sobre a sua família e a sua casa. É um dos objetivos desta pesquisa medir e pesar todos os moradores, medir a cintura, o braço e aferir a pressão arterial dos adultos com 20 anos e mais. Em crianças de seis meses até três anos de idade e suas mães serão feitos exames para verificar se estão com anemia, com inflamação ou com falta de vitamina A não sendo necessário jejum. Nos adultos de 20 anos e mais, que forem sorteados, serão feitas as dosagens de glicose, colesterol e triglicérides com jejum de 12 horas. Os exames serão marcados para um dos dias seguintes após a visita.

Os benefícios desta pesquisa são, entre outros, o conhecimento das suas medidas que serão entregues logo após a medição e, sempre que necessário, as pessoas serão encaminhadas para a USF da comunidade. Os exames de sangue serão coletados e analisados por laboratório contratado (LAPAC). Os resultados serão entregues diretamente às enfermeiras responsáveis pelas USF da área e as pessoas que tiverem exames alterados serão encaminhadas com mais rapidez para consulta médica pelas mesmas.

Após a coleta de sangue para os exames, pode aparecer uma mancha roxa (hematoma) no local da penetração da agulha. Mas, não se preocupe; isso pode ser resolvido com aplicação de compressa de água gelada. Será necessário colher 5ml de sangue por pessoa para os exames.

Caso o senhor (a) aceite participar da pesquisa e não queira responder algumas questões ou até se não aceitar participar, não tem problema; o (a) senhor (a) pode recusar ou desistir de continuar participando a qualquer momento. As informações que o (a) senhor (a) der e os exames realizados serão usados apenas para análise na pesquisa e quando forem publicados, a sua identidade não será revelada. Se o (a) senhor (a) concordar em responder as perguntas e fazer os exames, caso seja sorteado, por favor, assine o consentimento abaixo em duas vias, das quais uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra será guardada junto com o questionário que contém as suas informações.

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa e declaro que recebi e compreendi as informações acima.

Estou ciente de que:

1. Minha participação na pesquisa é livre;
2. Não receberei nenhum valor financeiro por participar;
3. Minha participação não trará nenhuma despesa para mim;
4. Posso retirar meu consentimento a qualquer momento ou não querer participar do estudo;
5. Não serei identificado e as informações sobre a minha privacidade serão confidenciais;

6. Receberei resposta a qualquer pergunta, esclarecimento ou dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros sobre a pesquisa, através do telefone (81) 2122-4781 (Ana Cristina e Anete).

Nome completo do morador: _____

Data _____

Data de nascimento: ____/____/____

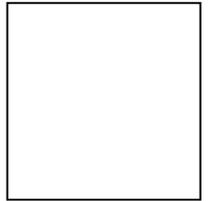
RG nº _____

Órgão

exp. _____

Assinatura (ou polegar direito) do morador ou responsável

Assinatura do entrevistador de campo responsável



ANEXO B - Questionário utilizado na pesquisa: Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline para Identificação do Domicílio.

PESQUISA: SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTÊNCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014												
IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO												
1.	Nº do Questionário	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
2.	USF	<input type="checkbox"/> 1 COELHOS I <input type="checkbox"/> 2 COELHOS II										
3.	Há quanto tempo (anos) a família vive aqui?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
1	Menos de 1 ano											
2	1 a 4 anos											
3	5 a 9 anos											
4	10 anos e mais											
Endereço _____												
Ponto de referência _____												
Celular () _____, () _____ Telefone () _____, () _____												
Nome do entrevistado _____												
Apelido _____												
Nome do Responsável pelo Domicílio: _____												
ACS da área: _____												
Data da entrevista ____/____/2014												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
Entrevistador _____												
Supervisor de campo _____												
FORMULÁRIOS	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES										
FORMULÁRIO 1 MORADORES												
FORMULÁRIO 2 DOMICÍLIO												
FORMULÁRIO 3 CRIANÇAS												
FORMULÁRIO 4 ADOLESCENTES												
FORMULÁRIO 5 MULHERES												

Número de ordem	Nome	Relação com a pessoa de referência	Idade < 5 anos de idade	Sexo	Raça/cor	Religião	Grau de instrução (ABIP) > 7 anos	Grau de instrução (ABIP) < 7 anos	Condição de trabalho (> 10 anos)	Formulários especiais				Grau de instrução (> 7 anos e mais)	Condição de Trabalho (> 10 anos e mais)	
										Idade (menor ou igual a 17 anos completos)	Grupos	Adolescente (10 a 19 anos)	Mulher (15 a 49 anos)			Adulto (M e F) (20 anos e mais)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																

CODIGOS	(1) RELAÇÃO COM A PESSOA DE REFERÊNCIA DO DOMICÍLIO	(5) SEXO	(7) RELIGIÃO (> 15 anos)	(8) GRAU DE INSTRUÇÃO (ABIP) > 7 anos	(17) CONDIÇÃO DE TRABALHO (> 10 anos)
1-	PESSOA DE REFERÊNCIA (CHEFE)	1- MASCULINO	1- CATÓLICA	00 - ANALFABETO/FUNDAMENTAL 1 INCOMPLETO (ANALFABETO/PRIMÁRIO COMPLETO)	00 - NÃO TRABALHA
2-	CÔNJUGE	2- FEMININO	2- EVANGÉLICA	01 - FUNDAMENTAL 1 COMPLETO/FUNDAMENTAL 2 INCOMPLETO (PRIMÁRIO COMPLETO/GINÁSIO INCOMPLETO)	01 - DESEMPREGADO
3-	FILHO	(6) RAÇA/COR	3- ESPÍRITA	02 - FUNDAMENTAL 2 COMPLETO/MÉDIO INCOMPLETO (GINÁSIO COMPLETO/COLEGIAL INCOMPLETO)	02 - APOSENTADO (RELEVE -3º SALÁRIO)
4-	FILHO ADOTIVO	1- BRANCA	4- OUTRA	03 - MÉDIO COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO (COLEGIAL COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO)	03 - PENSIONISTA
5-	INTEADO	2- PRETA	5- NÃO TEM RELIGIÃO	04 - SUPERIOR COMPLETO	04 - BENEFÍCIO
6-	OUTRO PARENTE (EX. NETO)	3- PARDA	8- NÃO (c de 15 anos)	05 - SUPERIOR COMPLETO (SUPERIOR INCOMPLETO)	05 - AUTÔNOMO (URBANO OU RURAL)
7-	AGREGADO	4- AMARELA		06 - SUPERIOR COMPLETO	06 - EMPREGADO
8-	EMPREGADO DOMÉSTICO	5- INDÍGENA		07 - SUPERIOR COMPLETO	07 - TRABALHO ESPORÁDICO
9-	PARENTE DE EMPREGADO DOMÉSTICO			08 - SUPERIOR COMPLETO	08 - BISCATEIRO/AMBULANTE
				09 - SUPERIOR COMPLETO	09 - ESTUDANTE (TRABALHANDO)
				10 - SUPERIOR COMPLETO	10 - ESTUDANTE (NÃO ESTÁ TRABALHANDO)
				11 - SUPERIOR COMPLETO	11 - TRABALHO VOLUNTÁRIO
				12 - SUPERIOR COMPLETO	12 - MEMBRO DE CONSELHO

ANEXO C 6 Questionário adaptado para pesquisa atual, tomando como base o questionário utilizado na pesquisa: Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline para Registro do domicílio e aspectos da renda familiar.

NOME: _____ Nº DE ORDEM: _____

FORMULÁRIO 2
REGISTRO DO DOMICÍLIO E ASPECTOS DA RENDA FAMILIAR

<p>1 Tipo de moradia: (Observação do entrevistado)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">1 Casa</td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">3 Quarto/cômodo</td> <td style="padding: 2px;">Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">2 Apartamento</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td></td> </tr> </table>	1 Casa	3 Quarto/cômodo	Outro: _____	2 Apartamento	4		TIPO									
1 Casa	3 Quarto/cômodo	Outro: _____														
2 Apartamento	4															
<p>2 A sua casa é própria ou alugada?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">1 Própria, já paga</td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">5 Invadida</td> <td style="padding: 2px;">Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">2 Própria, em aquisição</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">4 Alugada</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">3 Cedida</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td></td> </tr> </table>	1 Própria, já paga	5 Invadida	Outro: _____	2 Própria, em aquisição	4 Alugada		3 Cedida	6		REGIME						
1 Própria, já paga	5 Invadida	Outro: _____														
2 Própria, em aquisição	4 Alugada															
3 Cedida	6															
<p>3 Quantos cômodos tem sua casa? TOTAL: _____</p>	CMDTOTAL															
<p>4 Qual o material usado para fazer as paredes da sua casa?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">1 Alvenaria/Tijolo</td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">2 Tijolo + Taipa</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">3 Papelão/Lona/Madeira</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td></td> </tr> </table>	1 Alvenaria/Tijolo	4	Outro: _____	2 Tijolo + Taipa			3 Papelão/Lona/Madeira			PAREDE						
1 Alvenaria/Tijolo	4	Outro: _____														
2 Tijolo + Taipa																
3 Papelão/Lona/Madeira																
<p>5 Qual o material usado para fazer o piso da sua casa?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">1 Cerâmica/ Lajota</td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">4 Terra (barro)</td> <td style="padding: 2px;">Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">2 Madeira</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">3 Cimento</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td></td> </tr> </table>	1 Cerâmica/ Lajota	4 Terra (barro)	Outro: _____	2 Madeira	5		3 Cimento			PISO						
1 Cerâmica/ Lajota	4 Terra (barro)	Outro: _____														
2 Madeira	5															
3 Cimento																
<p>6 Como é o telhado da sua casa?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">1 Laje de concreto</td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">3 Telha de amianto (Brasilit)</td> <td style="padding: 2px;">Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">2 Telha de barro</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td></td> </tr> </table>	1 Laje de concreto	3 Telha de amianto (Brasilit)	Outro: _____	2 Telha de barro	4		TETO									
1 Laje de concreto	3 Telha de amianto (Brasilit)	Outro: _____														
2 Telha de barro	4															
<p>7 Como é feito o abastecimento de água da sua casa?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Com canalização interna</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Sem canalização interna</td> <td style="padding: 2px;">9 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">1 Rede geral</td> <td style="width: 25%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">5 Rede geral</td> <td style="width: 25%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">6 Poço</td> <td style="padding: 2px;">7 Chafariz</td> <td style="padding: 2px;">8 Cisterna</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">2 Poço</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">3 Cisterna</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">4 Outro: _____</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	Com canalização interna		Sem canalização interna		9 Outro: _____	1 Rede geral	5 Rede geral	6 Poço	7 Chafariz	8 Cisterna	2 Poço	3 Cisterna	4 Outro: _____			ÁGUA
Com canalização interna		Sem canalização interna		9 Outro: _____												
1 Rede geral	5 Rede geral	6 Poço	7 Chafariz	8 Cisterna												
2 Poço	3 Cisterna	4 Outro: _____														

	Posse de itens (ABEP)	Quantidade de itens							
		0	1	2	3	4ou+			
9	Rádio/som	0	1	2	3	4	RADIO	___	
10	Televisão – cores	0	1	2	3	4	TVCOR	___	
11	Banheiro	0	4	5	6	7	BANHO	___	
12	Automóvel/carro	0	4	7	9	9	CARRO	___	
13	Empregada mensalista	0	3	4	4	4	EMPREG		
14	Máquina de lavar	0	2	2	2	2	MAQLAV		
15	Vídeo/ DVD	0	2	2	2	2	VIDEOVD		
16	Geladeira	0	4	4	4	4	GELAD		
17	Freezer (parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	FREEZER		
OBS: A codificação refere-se à pontuação da ABEP.									
18	Qual o destino dos dejetos(fezes) da família?						DESTDEJ		
	1 Rede geral	4	Curso d' água						
	2 Fossa com tampa	5	Céu aberto						
	3 Fossa rudimentar (sem tampa)	6	Outro: _____						
19	Qual o destino do lixo produzido na casa? _____						DESTLIX	___	
	1 Coletado	4	Depositado em caçamba para coleta						
	2 Queimado	5	Outro: _____						
	3 Terreno baldio								
20	A família tem acesso à internet? (Pode assinalar mais de uma resposta e 0(zero) nas demais)								
	1 Sim, em computador fixo em casa						FIXO		
	2 Sim, em computador móvel (tablet, netbook, notebook)						MOVEL	___	
	3 Sim, no celular						CELULAR	___	
	4 Não						NAO	___	
	5 Outro _____						OUT	___	
21	A família está inscrita no Programa Bolsa Família (PBF)?								
	1 Sim, comprovado	2	Sim, informado	3	Não	8	NSA	INSCPBF	
22	Se sim, recebeu o benefício no último mês?							PBF	
	1 Sim	2	Não	8	NSA (não está inscrita)				
23	O que fez do dinheiro recebido do PBF no último mês?								
(Considerar até 3 respostas, assinalando os códigos correspondentes às mesmas. Se responder apenas uma opção, colocar 0 (zero) nas demais)									
	1 Comprou alimentos	6	Outro _____					DIMES 1	___
	2 Pagou aluguel	7	Ainda não recebeu					DIMES 2	
	3 Pagou dívidas	8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)					DIMES 3	
	4 Comprou remédios	9	Não sabe						
	5 Comprou roupas								

ANEXO D - Questionário utilizado na pesquisa: Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline para Registro da Criança menor de 3 anos.

NOME: _____ Nº DE ORDEM DA CRIANÇA: _____ Nº DE ORDEM DA MÃE: _____

FORMULÁRIO

REGISTRO DA CRIANÇA (< de 3 anos)

IDADE :	____mês(es) ____ano(s)		
1. A Sra. (você), responsável por < > é:		RESP	
<input type="checkbox"/> 1 Mãe biológica <input type="checkbox"/> 2 Mãe adotiva <input type="checkbox"/> 3 Outra (especificar) _____			
PRÉ-NATAL			
2. Fez pré-natal na gravidez de < >?		PRENAT	
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Mãe adotiva) <input type="checkbox"/> 9 Não sabe			
3. Quantas consultas fez?		NUCSP N	
<input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> 88 – NSA (cartão não visto) <input type="checkbox"/> 99 – Não sabe/não tem registro			
4. Qual profissional fez o acompanhamento do pré-natal de<>? (Se foi enfermeira(a) e médico (a) ao mesmo tempo considerar quem fez o maior número de consultas.)		PROFPN	
<input type="checkbox"/> 1 Enfermeira (o) <input type="checkbox"/> 2 Médico (a) <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não fez PN/cartão não visto) <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra			
5. Onde fez a maioria das consultas?		ONDEPN	
<input type="checkbox"/> 1 Unidade de Saúde da família dos Coelhos <input type="checkbox"/> 2 IMIP <input type="checkbox"/> 3 Outro _____ <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não fez PN) <input type="checkbox"/> 9 Não sabe / perdeu o cartão			
NSA: não fez pré-natal			

6. Durante o pré-natal, recebeu orientações ou participou de palestras sobre:

Alimentação saudável	1 Sim	2 Não	8 NSA	9 Não sabe/não lembra	PLALSAUD	_____
Efeitos do fumo e bebida na gravidez	1 Sim	2 Não	8 NSA	9 Não sabe/não lembra	PLNFUBE	_____
Aleitamento materno	1 Sim	2 Não	8 NSA	9 Não sabe/não lembra	PLORLMAT	_____
Outra _____	1 Sim	2 Não	8 NSA	9 Não sabe/não lembra	OUTRA	_____

NSA: não fez pré-natal

PARTO

7. Onde nasceu < >?

1 IMIP 2 Hospital/maternidade 3 Outro _____ 9 Não sabe

NASCEU

8. Como foi o parto de < >?

1 Normal (vaginal) 2 Cesáreo 3 Fórceps 9 Não sabe

PARTO

9. Se o parto foi cesáreo, qual o motivo?

1 Indicação médica de urgência 3 Outro _____
2 Cesárea marcada pelo médico 8 NSA (Não foi cesáreo)

CESAREO

PÓS-NATAL

10. O seu filho nasceu a termo (de tempo) ou prematuro?

1 A termo 2 Prematuro 3 Pós-termo 9 (Não sabe/não lembra)

NASCTEMP

11. Quanto pesou < > ao nascer?

_____ | _____ | _____ | _____ 9 9 9 9 Não sabe/não lembra

PESOU

12. O peso ao nascer foi:

1 Confirmado no cartão 2 Só informado 9 Não sabe/não lembra

PNASCER

13. Tem Registro de Nascimento?

1 Sim, visto 2 Sim, não visto 3 Não 9 Não sabe

REGNASC

14. Onde foi realizada a primeira consulta de rotina com médico (a) ou enfermeiro (a)?

1	IMIP
2	Unidade de Saúde da família dos Coelhos
3	Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
4	Outro _____
8	NSA (Não fez consulta)

PRICONS

15. A Criança é cadastrada no Posto de Saúde (Estratégia de Saúde da Família (ESF))?

1 Sim 2 Não 9 Não sabe/não lembra

CRIPSF

16. < > recebeu visita de Agente de Saúde, nos últimos 30 dias ?

1	Sim	8	Não é cadastrada na ESF
2	Não	9	Não sabe/não lembra

RECVISIT

ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS DE IDADE

17. O (a) < > teve contato pele a pele na sala de parto imediatamente após o nascimento?

CONTPELE

1 Sim

2 Não

9 Não sabe/ não lembra

18. O (a) < > mamou na primeira hora de vida na sala de parto?

ALAPART

1 Sim

2 Não

9 Não sabe/ não lembra

19. Se não mamou na primeira hora de vida, qual o principal motivo?

RIMHORA

1 Problemas de saúde do (a) < >

4 Outro _____

2 Problemas de Saúde da mãe

8 NSA (mamou na primeira hora de vida)

3 Atraso no resultado do teste rápido para HIV

9 Não sabe/não lembra

20. A criança está mamando no peito?

MAMAPET

1 Sim

2 Não

3 Nunca mamou

21. Se esta mamando ou mamou, até que idade seu filho (a) só mamou no peito exclusivamente? (sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos).

Meses

8 8 NSA (ainda mama/nunca mamou)

EXCLUMES

Dias

9 9 Não sabe/não lembra

EXCLUDIA

22. Se está mamando ou mamou, quem incentiva (ou) o aleitamento?

1 Mãe

4 ACS (agente comunitário de saúde)

8 NSA (/nunca mamou)

INCENTIVO

2 Avó

5 Outro _____

9 Não sabe/não lembra

3 Vizinha

23. Se não está mamando, até que idade seu filho mamou no peito?

IDADIA

Dias

Meses

Anos

IDAMES

8 8 NSA (Nunca mamou ou ainda mama)

9 9 Não sabe/não lembra

IDAANO

24. Se nunca mamou. Qual o principal motivo?

NUNCAMAM

1 Leite insuficiente

4 Mãe não queria

8 NSA (ainda mama ou mamou)

2 Criança não queria

5 Mãe trabalhava/estudava

9 Não sabe

3 Criança doente

6 Outro _____

25. Se nunca mamou, o que ele/ela recebeu como primeira alimentação?

RECALIM

1	Leite do peito do ado	6	Mingau
2	Chá adoçado	7	Outros _____
3	Leite de vaca líquido	8	NSA (mamando ou mamou)
4	Leite de soja	9	Não sabe/não lembra
5	Fórmula infantil/leite modificado para idade		

26. O (a) < > usa ou usou chupeta? 1 Sim 2 Não 9 Não sabe/não lembra

USACHUPE

27. O (a) < > usa ou usou mamadeira ou chupa para receber algum tipo de alimento antes dos 6 meses?

USAMAMAD

1 Sim 2 Não 9 Não sabe/não lembra

28. A criança recebeu açúcar, mel, rapadura ou melaço, antes dos 6 meses?

RECEBEU

1 Sim 2 Não 8 Não sabe/não lembra

29. Com que frequência a criança costuma comer ou beber os seguintes itens?

ALIMENTO/BEBIDA	Todo dia (5 a 7 dias)	De sim, dia não (3 a 4 x/sem)	Às vezes (1 a 2 x/sem)	Nunca	
	1	2	3	0	
Leite (ninho, valedourado, Itambé, etc)	1	2	3	0	LEITES
Fórmula infantil (Nan, nestogeno, etc.)	1	2	3	0	FORMINF
Frutas ou suco natural	1	2	3	0	FRUTASUC
Suco ou refresco artificial	1	2	3	0	SUCOARTI
Chá	1	2	3	0	CHAADOÇ
Sopinha de verduras com carne/frango	1	2	3	0	SOPCCARN
Sopinha de verduras sem carne/frango	1	2	3	0	SOPSCARN
Verduras e legumes (não considerar temperos)	1	2	3	0	VERDLEGU
Arroz, macarrão	1	2	3	0	CEREAIS
Feijão	1	2	3	0	FEUIAO
Carnes (boi, frango, peixe, porco, miúdos)	1	2	3	0	CARNES
Ovo	1	2	3	0	OVO
Embutidos (salsicha, mortadela, presunto, hambúguer)	1	2	3	0	EMBUTID

Cuscuz	1	2	3	0	CUSCUZ
Raízes (batata inglesa, macaxeira, cará/inhame, batata doce)	1	2	3	0	RAIZES
Refrigerantes	1	2	3	0	REFRIGER
Biscoito ou bolacha recheada	1	2	3	0	BISCOITO
Salgadinho de pacote	1	2	3	0	SALGADIN
Mingau (aveia, maisena, mucilom, neston, farinha da terra, arrozina)	1	2	3	0	MINGAU
Açúcar, mel, rapadura, melaço	1	2	3	0	AÇUCAR
Papinha industrializada	1	2	3	0	PAPIND
Macarrão instantâneo (miojo)	1	2	3	0	MIOJO

ANEXO E 6 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP da pesquisa "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline".

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde, Manuseio e Saúde
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3201 - 12 intitulado "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife; um estudo de "Baseline". Apresentado pelo (s) pesquisador (a) **Malaquias Batista Filho** foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, em reunião ordinária de 10 de outubro de 2012

Recife, 11 de outubro de 2012


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

CIÊNCIA PARA A VIDA
CIÊNCIA PARA A SAÚDE
CIÊNCIA PARA O PLANETA
CIÊNCIA PARA O HOMEM
CIÊNCIA PARA O MUNDO

Recife (PE), 50000-000
Rua Prof. Fernando Figueira, 1000
FONE: (51) 3222-4222
FAX: (51) 3222-4222
E-MAIL: imip@imip.org.br
www.imip.org.br