



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Cíntia Guimarães

**Tendência temporal do aleitamento materno e alimentação complementar
em crianças menores de um ano em Barra Mansa, RJ**

Rio de Janeiro

2012

Cíntia Guimarães

Tendência temporal do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano em Barra Mansa, RJ

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: epidemiologia e vigilância em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Rosely Sichieri

Coorientadora: Dra. Ilana Bezerra

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

S237 Santos. Quenia dos
Consumo alimentar e prevalência de ingestão de nutrientes entre
gestantes, lactantes e mulheres em idade reprodutiva no Brasil / Quenia
dos Santos. – 2012.
37f.

Orientador: Elliseu Verly Junior.

Coorientadora: Rosely Sichieri.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Lactação – Teses. 2. Gravidez – Teses. 3. Alimentos –
Consumo – Teses. 4. Nutrientes – Teses. I. Verly Junior, Eliseu. II.
Sichieri, Rosely. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.86

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cíntia Guimarães

Tendência temporal do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano em Barra Mansa, RJ

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: epidemiologia e vigilância em saúde.

Aprovada em 26 de outubro de 2012.

Coorientadora: Dra. Ilana Bezerra
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosely Sichieri (Orientadora)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Ana Paula Pires dos Santos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Eliseu Verly Júnior
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Gedeon e Penha, pelo amor, incentivo e confiança.

Ao meu esposo Júlio, pelo amor e dedicação, pela paciência e incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, pois sem Ele nada seria possível.

À minha família, pelas orações, pela dedicação e por estarem ao meu lado nos momentos de tensão.

Aos queridos amigos, pelas palavras de incentivo e por compreender as ausências.

À Rosely Sichieri, minha orientadora nesse processo de trabalho, a quem muito estimo pela competência, objetividade e profissionalismo.

À Ilana Bezerra, minha coorientadora, pela paciência, apoio, orientação e pelo empenho, que mesmo à distância me salvou de momentos difíceis com a estatística!

Aos colegas de classe, que dividiram experiências e expectativas. Vencemos mais uma etapa!

Com a força que Cristo me dá, posso enfrentar qualquer situação.

Filipenses 4:13

RESUMO

GUIMARÃES, Cíntia. *Tendência temporal do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano em Barra Mansa, RJ*. 2012. 71 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem um marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança. No primeiro semestre de vida recomenda-se que a criança seja amamentada exclusivamente e a partir de seis meses a criança deve receber outros alimentos além do leite materno, sendo mantido até os dois anos de idade ou mais. Nos últimos anos vêm sendo desenvolvidas pesquisas para monitorar dos índices de aleitamento materno (AM) e das práticas de alimentação infantil no primeiro ano de vida, observando uma tendência de aumento da amamentação. Contudo, a introdução precoce de outros alimentos além do leite materno também continua a ser uma prática cotidiana. O objetivo do estudo foi analisar a tendência temporal da prática do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano do município de Barra Mansa, nos anos de 2003, 2006 e 2008. Foram analisados dados de inquéritos populacionais, realizados durante as Campanhas Nacionais de Vacinação dos anos de 2003, 2006 e 2008, em Barra Mansa, com 1130, 1157 e 580 crianças menores de um ano, respectivamente. Para cada ano foi estudada uma amostra probabilística por conglomerado (postos de vacinação), autoponderada representativa da população de crianças menores de 1 ano. Foi aplicado questionário estruturado com questões fechadas sobre alimentação da criança no momento do estudo e características sociodemográficas da mãe. Para comparar as variações ao longo do tempo foram comparadas prevalências e médias, ano a ano, e feita análise de tendência por regressão logística ou regressão linear com inclusão de variável contínua para o ano da pesquisa. Para analisar os fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças < 6 meses foram estimados os odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95%. Não foi observado um aumento significativo do AM < 1 ano ao longo dos anos estudados, passando de 70,2% em 2003 para 72,8% em 2008. A média e a mediana do AM mantiveram-se estáveis. Em relação ao AME < 6 meses, houve um aumento significativo da prevalência, passando de 32,4% em 2003, para 38,9% em 2008. A mediana do AME < 6 meses, apresentou tendência de aumento estatisticamente significativa, passando de 47 dias em 2003 para 71 dias em 2008. Observou-se redução significativa do aleitamento materno predominante e do aleitamento materno complementado em < 4 meses, este reduzindo quase pela metade, passando de 13,3% em 2003, para 7,8% em 2008 e entre os < 6 meses, passando de 20,4% para 16,4%. Os fatores associados ao AME foram idade e escolaridade materna, primiparidade e uso de chupeta. Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância da manutenção dos estímulos institucionais para que a amamentação atinja os níveis propostos internacionalmente. A pesquisa fornece ainda vários fatores que, se corrigidos, podem facilitar a prática dessa forma insubstituível de alimentação nos primeiros anos de vida.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alimentação complementar. Fatores associados. Desmame. Nutrição do lactente.

ABSTRACT

Feeding practices in the first year of life consists in an important method of measuring the formation of infant's feeding habits. In the first semester of life is recommended that a child must be breastfed exclusively and after six months they should receive other types of food along with breast milk, what is also recommended until two years of age or over. During the last years, surveys have been developed to monitor the rates of breastfeeding (BF) and infant feeding practices in the first year of life, observing an increasing trend of breastfeeding. However, a precocious introduction of other types of food in addition to breast milk also remains a daily practice. Objective was to analyze time trends of the practice of breastfeeding and complementary feeding in infants under one year old in Barra Mansa, in the years 2003, 2006 and 2008. Data from population surveys conducted during the National Immunization Campaigns in the years 2003, 2006 and 2008, in Barra Mansa, with 1130, 1157 and 580 infants under one year old, respectively, were analyzed. A probability cluster sample (vaccination stations), self-weighted and representative part of the population of children under one year old, was studied based on each year. A structured questionnaire containing closed questions about children's feeding at the moment of the study and maternal sociodemographic characteristics were applied. To compare changes over time were analyzed prevalence and means, year by year, and made trend assay by logistic regression or linear regression plus the continuous variable for the survey year. To analyze the factors associated with the practice of exclusive breastfeeding (EBF) in infants <6 months were estimated odds ratio (OR) and confidence interval of 95%. BF <1 year old were no significant increased in the period studied, from 70.2% in 2003 to 72.8% in 2008. The mean and median of BF remained stable. EBF <6 months prevalence significant increased from 32.4% in 2003 to 38.9% in 2008. EBF <6 months median showed a statistically significant increasing trend, from 47 days in 2003 to 71 days in 2008. Significant reduction of predominant breastfeeding and complementary breastfeeding <4 months were observed, this reduces almost in half, from 13.3% in 2003 to 7.8% in 2008 and between <6 months, from 20.4% to 16.4%. Factors associated with EBF were age and maternal education, primiparity and pacifier use. The results of this study reinforce the importance of maintaining the institutional incentives for breastfeeding reach the internationally proposed levels. The survey also provides several factors that, if corrected, can facilitate the practice thus an irreplaceable feeding in the first years of life.

Keywords: Breastfeeding. Complementary feeding. Factors associated. Weaning. Infant nutrition.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica.....	22
Quadro 2 – Dez Passos Para uma Alimentação Saudável para crianças brasileiras menores de dois anos.....	26
Quadro 3 – Estudos de tendência do aleitamento materno no Brasil.....	28
Quadro 4 – Estudos de fatores associados ao AME.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Evolução das capacitações, quantitativo de profissionais treinados e unidades com título “Amiga da Amamentação” em Barra Mansa – 2003-2008.....	21
Tabela 2– Características da amostra, segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	41
Tabela 3– Tamanho da amostra e prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	42
Tabela 4– Prevalência (%) dos tipos de aleitamento materno por faixa etária, segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	43
Tabela 5– Duração média e mediana do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo (em dias), segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	44
Tabela 6–Prevalência (%) do aleitamento artificial (AA), segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	45
Tabela 7– Prevalência (%) do uso de chupeta e mamadeira por faixa etária, segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	45
Tabela 8– Fatores associado à prática de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	47
Tabela 9– Frequência (%) do consumo de alimentos e líquidos entre crianças de 4 a 6 meses de vida (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	48
Tabela 10– Frequência (%) do consumo de alimentos e líquidos em crianças maiores de 6 meses (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).....	49
Tabela 11– Frequência (%) do consumo de alimentos não saudáveis, segundo meses de vida (Barra Mansa, RJ – 2008).....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Aleitamento artificial

AC – Alimentação complementar

AM – Aleitamento materno

AME – Aleitamento materno exclusivo

AMC – Aleitamento materno complementado

AMP – Aleitamento materno predominante

BLH – Banco de Leite Humano

ENPACS – Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes

INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

IS/SES/SP – Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REVISÃO DA LITERATURA	15
1.1 Benefícios do Aleitamento Materno	15
1.2 Políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil	17
1.3 Políticas pró-amamentação em Barra Mansa	20
1.4 Práticas alimentares em menores de um ano	22
1.5 Prevalência do aleitamento materno no brasil e principais fatores associados à sua prática	27
2 JUSTIFICATIVA	32
3 OBJETIVOS	33
4 MÉTODOS	34
5 RESULTADOS	40
6 DISCUSSÃO	50
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61
ANEXO A - Questionário de avaliação de práticas alimentares em menores de um ano – 2003	66
ANEXO B - Questionário de avaliação de práticas alimentares em menores de um ano – 2006	68
ANEXO C - Questionário de avaliação de práticas alimentares em menores de um ano – 2008	70

INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição adequadas são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento infantil. Mais do que isso, são direitos humanos fundamentais, representando a base da própria vida.

As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem um marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança. No primeiro semestre de vida recomenda-se que a criança seja amamentada exclusivamente e a partir de seis meses a criança deve receber outros alimentos além do leite materno (BRASIL, 2010a). De acordo com as recomendações da OMS (2008), o AM deve ser mantido até os dois anos de idade ou mais, sendo um fator preponderante na prevenção da morbimortalidade infantil.

Neste contexto, o aleitamento materno (AM) torna-se o primeiro hábito alimentar saudável da vida humana. A amamentação é uma prática milenar com reconhecidos benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, econômicos e sociais (CHAVES et al., 2010). Inúmeras são as vantagens do AM, tanto para a mãe quanto para a criança, como a proteção contra câncer de mama e ovários (CAMINHA et al., 2010a) e, para a criança, incluem-se proteção das vias respiratórias e do trato gastrointestinal contra doenças infecciosas, promoção de adequado ganho de peso e proteção imunológica, além de estimular o vínculo afetivo entre mãe e filho, (BRECAILO et al., 2010).

Para facilitar o monitoramento e melhorar a comparabilidade entre os estudos, a OMS (WHO, 2008) definiu as modalidades de AM, sendo as mesmas adotadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a):

Aleitamento Materno Exclusivo (AME): Quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos e sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais, ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante (AMP): Quando a criança recebe de forma predominante o leite materno, mas também recebe água ou bebidas à base de água, como água adoçada, chás, infusões, além de suco de fruta e/ou fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos).

Aleitamento Materno (AM): Se a criança recebe leite materno diretamente da mama ou ordenhado, independente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento Materno Complementado (AMC): Se além do aleitamento materno, a criança recebe qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial: Se a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Do ponto de vista nutricional, o leite materno é um alimento completo, que atende a todas as necessidades nutricionais do lactente até os seis primeiros meses de vida, contendo proteína de fácil digestibilidade (lactoalbumina), ferro de alta biodisponibilidade, vitaminas, sais minerais, além de fatores de proteção, como imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM), macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisozima e fator bífido (BRASIL, 2009a).

Após os seis meses de idade é necessária a introdução de outros alimentos, como cereais e tubérculos, leguminosas, carnes, frutas, legumes e verduras, para complementar o leite materno, que deve ser mantido até os dois anos ou mais. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), não há vantagens em se iniciar a alimentação complementar (AC) antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, como diarreia, alergias, doenças respiratórias, risco de desnutrição, entre outros. Além disso, no sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, bem como a erupção dos primeiros dentes, o que facilita a mastigação. A manutenção do AM após a introdução de outros alimentos aos seis meses é importante, pois o aporte de 500 ml diários de leite materno é capaz de fornecer cerca de 75% das necessidades de energia, 50% das de proteína e 95% das de vitamina A, além da proteção imunológica (TOMA; REA, 2008).

O aumento na prática do AM, decorrente das políticas implementadas nacionalmente, vem sendo verificado através de pesquisas nacionais. A duração mediana do AM passou de 74 dias em 1975, para 134 dias em 1989, 210 dias em 1996, alcançando 282 dias em 2006. A duração da mediana do AME entre crianças menores de 6 meses dobrou em um período de 10 anos, de 1 mês em 1996 a 2,2 meses em 2006 (BRASIL, 2008).

Nos últimos anos vêm sendo desenvolvidas pesquisas estaduais e municipais para monitoramento dos índices de AM e das práticas de alimentação infantil no primeiro ano de vida. Esses estudos costumam ser realizados nos dias das Campanhas Nacionais de Vacinação no Brasil, por possibilitar a obtenção de informações em um curto período e com um custo relativamente baixo, ressaltando a alta cobertura populacional das campanhas (VENÂNCIO,

2010a). Estas pesquisas têm contribuído para a avaliação e formulação de políticas públicas de saúde que visam à promoção do AM e da alimentação complementar saudável.

Assim, a promoção do AM deve ser vista como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Promover o AM pode ser um bom exemplo de política pública que envolve a família, comunidade, governos e sociedade civil, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil (PARADA et al., 2005).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2009b) mostrou que a mediana de tempo de aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 54,1 dias (1,8 meses) e de aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses).

Na mesma pesquisa observou-se que o início do processo de desmame ocorre precocemente – dentro das primeiras semanas ou meses de vida –, com a introdução de chás, água, sucos e outros leites e progride de modo gradativo. Cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (comida de panela, papa ou sopa) e frutas. Na faixa etária de 6 a 9 meses, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9%, verduras/legumes. Em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, observou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre crianças de 9 a 12 meses. Pode-se afirmar que o processo de introdução de alimentos complementares não é oportuno, como dito anteriormente considera-se oportuno quando a introdução se dá após o sexto mês, podendo ser inadequado do ponto de vista energético e nutricional.

Deve-se ressaltar que a prática da amamentação está condicionada à diferentes fatores, sendo necessário se conhecer estes fatores com vistas à promover a manutenção do AM e reduzir o desmame precoce. Dentre os fatores de risco associados ao desmame mais estudados estão: menor idade, nível socioeconômico e de educação, experiência anterior sem aleitamento materno, falta de suporte e incentivo por parte dos profissionais de saúde e cultura local, tabagismo e trabalho fora de casa, relacionados às mães. Em relação aos fatores associados ao recém-nascido, têm sido avaliados mais frequentemente: ser produto de gestação múltipla ou primeiro filho e/ou prematuro, nascimento por parto cesariano e uso de chupeta (LEONE et al., 2012).

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Benefícios do aleitamento materno

São muitas as evidências científicas que demonstram as vantagens e a importância do AM, especialmente nos seis primeiros meses de vida. Existe atualmente um consenso de sobre a importância do AM como um fator ímpar na promoção e proteção da saúde materno-infantil (CAMINHA et al., 2010a), com grande impacto na redução da morbimortalidade infantil. Almeida e Novak (2004) afirmam, à luz do conhecimento científico que amamentar traz benefícios, indistintamente, à criança, à mulher, para a família e o Estado.

Segundo Ichisato e Shimo (2002), além de ser o mais completo alimento para o bebê, o leite materno atua como agente imunizador, acalenta a criança no aspecto psicológico, tem a vantagem técnica por ser operacionalmente simples e é de baixo custo financeiro.

Os benefícios da prática do AM sobre a saúde e sobrevivência infantil se estendem até a vida adulta. Em muitos casos é o fator preponderante para a sobrevivência infantil, quando a criança nasce em condições desfavoráveis, refletindo na diminuição da mortalidade neonatal. O AME para prematuros e bebês de baixo peso leva a maiores índices de inteligência e acuidade visual (REA, 2003; VIEIRA et al., 2004; PARIZOTO et al., 2009).

O efeito protetor do leite materno se inicia logo após o nascimento. Devido às propriedades anti-infecciosas, reduz a incidência de infecções neonatais, como a enterocolite necrotizante (BRASIL, 2006). O colostro acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos, possuindo em sua constituição agentes prebióticos que estimulam a colonização do intestino por micro-organismos benéficos (TOMA; REA, 2008). Além disso, previne infecções gastrointestinais, como diarreia, e infecções respiratórias, como a pneumonia, ajudando também na recuperação de enfermidades (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007; TOMA; REA, 2008).

Fatores imunológicos presentes no leite materno, como a imunoglobulina A (IgA), um anticorpo resultante da resposta materna à exposição prévia a agentes infecciosos, podem proteger contra infecções de ouvido e pulmão (TOMA; REA, 2008). A incidência de doença celíaca e doença de Crohn também é menor em crianças amamentadas (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001).

Segundo Giugliani (2000), além da proteção imunológica, a amamentação exclusiva é importante sob o ponto de vista nutricional, pois a suplementação com outros alimentos e

líquidos, normalmente com menor valor nutricional que o leite materno, pode diminuir a ingestão do leite materno, interferindo também na biodisponibilidade do ferro e zinco, o que pode ser desvantajoso para a criança. Brecailo et al. (2010) sintetiza que o leite materno promove ganho de peso adequado, é livre de contaminação, promovendo proteção imunológica, e estimula o vínculo afetivo entre mãe e filho.

As habilidades motoras orais também são beneficiadas com a prática da amamentação, pois a sucção beneficia a formação de uma adequada harmonia facial, desenvolvendo a tonicidade orofacial, favorecendo a erupção dos dentes e adequada oclusão, mastigação efetiva, habilidades orais que facilitam a transição alimentar, bem como o deglutição e a articulação correta dos sons da fala (COTRIM; VENÂNCIO; ESCUDER, 2002).

Em longo prazo, o AM pode reduzir o risco e a gravidade de doenças crônico-degenerativas, como diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, sobrepeso/obesidade, osteoartropatias, entre outras comorbidades de da vida adulta (CAMINHA et al., 2010a; TOMA; REA, 2008; CORRÊA et al., 2009).

Em relação à saúde da mulher, muitos estudos apontam para benefícios como: proteção contra câncer de mama, câncer de ovário, osteoporose, esclerose múltipla, ampliação do espaçamento entre as gestações (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007; TOMA; REA, 2008, CAMINHA et al., 2010a). A mulher que amamenta retorna ao seu peso pré-gestacional mais precocemente, tem involução uterina mais rápida provocada pela liberação de ocitocina, estimulada pela sucção do bebê, o que proporciona um menor sangramento uterino pós-parto, que reduz o risco de anemia (TOMA; REA, 2008; GIUGLIANI, 2000).

Caminha et al. (2010a), em estudo de revisão, refere a amamentação exclusiva como sendo um fator protetor para o mulher no espaçamento entre as gestações, conhecido como método da amenorreia lactacional, O efeito contraceptivo do AM, provavelmente decorre das alterações no padrão da secreção do hormônio luteinizante, sendo a sua eficácia de 98%, quando a mulher amamenta exclusivamente em livre demanda, protegendo contra uma nova gravidez por cerca de seis meses pós-parto.

Além disso, ainda oferece benefícios para a família, sociedade e meio ambiente, reduzindo gastos com leites artificiais e mamadeiras, que geram produção de lixo, e gastos com internações hospitalares (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007). O gasto médio mensal com a compra de leite artificial para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida varia de 23% a 68% do salário mínimo (GIUGLIANI, 2000; CAMINHA et al., 2010a).

No estudo de Araújo et al. (2004), comparando-se o custo da alimentação complementar da nutriz com o custo de fórmulas infantis ou leite de vaca para a nutrição do

bebê, por seis meses, verificou-se que acrescentar na dieta da mãe alimentos do seu consumo habitual significa, em média, 8,7% do salário mínimo acumulado nesse período. Em contrapartida, aproximadamente 35% do salário mínimo é gasto na alimentação do bebê com fórmulas infantis e 11% com leite tipo C, mostrando que a vantagem econômica do AM é clara.

Na realidade é difícil se quantificar o real impacto do AM, pois sabe-se que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitando de menos assistência médica, internações, medicamentos, além de menor absenteísmo dos pais, resultando em benefícios para as crianças e suas famílias e, também, para a sociedade como um todo (GIUGLIANI, 2000).

Para o meio ambiente, o impacto ecológico causado pelo aleitamento artificial (AA) é grande, pois a criação de pastos para as vacas leiteiras acarretam desmatamento, erosão e exaustão do solo. Junto a isso, os dejetos desses animais liberam gases, como metano, contribuindo para o efeito estufa, um grande problema na ecologia mundial (CAMINHA et al., 2010a).

Esses dados embasam as recomendações da OMS em promover o AME por seis meses e, a partir desse período, complementado até os dois anos ou mais. Por outro lado, reforçam a necessidade de um monitoramento constante destes indicadores, buscando intervenções que promovam a prática do aleitamento.

1.2 Políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil

Apesar do embasamento científico apresentando as vantagens da amamentação, e apesar de se observar um aumento considerável nos índices de aleitamento no Brasil nas últimas décadas, paralelamente observa-se uma tendência ao desmame, levando as mulheres a desmamarem seus filhos de forma precoce por diversas causas (ALMEIDA; NOVAK, 2004). De acordo com Giugliani (2000), apesar de a amamentação ser biologicamente determinada, também sofre influências socioculturais, deixando de ser universalmente praticada a partir do século XX.

Mesmo sendo observado um aumento da prática do AM, o desmame precoce continua em patamares elevados, não condizendo com as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, especialmente em relação ao AME até os seis meses de vida. Este fato impulsionou,

nas últimas décadas, a criação de políticas públicas de saúde para promover, proteger e apoiar essa prática.

A partir da década de 1980 houve um impulso na criação de políticas públicas de saúde para incentivar a prática do aleitamento com vistas à reverter a ascensão do desmame. Iniciou-se um processo de transformação, envolvendo a comunidade, os profissionais e os serviços de saúde, e os meios de comunicação (CARVALHO et al, 2010). Implantou-se, com o apoio do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, que passou, a partir de então, a coordenar as políticas de estímulo ao AM, provocando um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira (CARVALHO et al, 2010). Algumas dessas políticas foram: a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), o estabelecimento de normas sobre o funcionamento dos Bancos de Leite Humano (BLH) e a inclusão na Constituição Brasileira do direito a 120 dias de licença-maternidade e licença-paternidade de cinco dias (AUDI, 2003; AMORIM, 2008; BOSI; MACHADO, 2005).

De acordo com Rea (2003), os aspectos mais importantes do PNIAM na promoção do AM foram: ter uma coordenação nacional, utilizar a mobilização social de todos os possíveis atores no tema e contar com campanhas bem elaboradas na mídia.

Em 1991, a Cúpula Mundial da Infância, estabeleceu algumas metas relacionadas ao AM, entre elas a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a interrupção da distribuição de “substitutos” do leite materno nos serviços de saúde, como amostras de fórmulas infantis (REA, 2003).

Em 1992 foi criada a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA) que instituiu no calendário mundial a “Semana Mundial de Amamentação”, provocando uma grande sensibilização social pró-amamentação (REA, 2003).

Em 1997 o PNIAM foi extinto, juntamente com o INAN, sendo criada a Política Nacional de Aleitamento Materno, inserida na Área Técnica de Saúde da Criança, pelo Ministério da Saúde, para ampliação das ações de promoção ao AM (BRASIL, 2008).

Em 2001, o Brasil levou à 54ª Assembleia Mundial de Saúde a proposta de recomendar o aleitamento materno exclusivo não mais por um período variável de 4-6 meses, mas sim por 6 meses, o que já vigora em nosso país há mais de 20 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) referendou a proposta brasileira, aprovada por unanimidade.

A promoção da alimentação complementar saudável está inserida num dos eixos estratégicos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999). O Ministério da

Saúde, desde 2002, vem investindo em ações de promoção à alimentação complementar com a publicação do "Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos - Dez Passos para uma Alimentação Saudável", revisado em 2010, e que originou um conjunto de recomendações para uma alimentação complementar saudável (Brasil, 2010b).

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Rede Amamenta Brasil, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, também com o objetivo de promover, proteger e apoiar a amamentação (PEREIRA et al., 2010). Esta estratégia visa contribuir para o aumento dos índices de AM no país, colaborando para o desenvolvimento profissional, através de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2009c). Neste mesmo ano, o Presidente da República sancionou a Lei 11.770, que estabelece a licença maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta Lei (BRASILEIRO, 2012).

Em parceria com a IBFAN (*International Baby Food Action Network*) Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde/OMS o Ministério da Saúde elaborou, em 2009, a Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) como instrumento para fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação das crianças entre 6 e 24 meses no âmbito da Atenção Primária à Saúde do SUS e incentivar a orientação alimentar para esta faixa etária como atividade de rotina nos serviços de saúde, tendo como objetivo também atuar conjuntamente com a proposta da Rede Amamenta Brasil (BRASIL, 2010a). Em 2012, o Ministério da Saúde unificou as duas estratégias de promoção do AM, lançando o Rede Amamenta e Alimenta Brasil, unindo as ações em favor do AME em menores de seis meses e da AC oportuna.

A Política Nacional de Aleitamento Materno tem envolvido diversas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras. Diversas são as ações de aleitamento materno realizadas com sucesso no país. Além da IHAC, do BLH e da NBCAL, mencionadas anteriormente, pode-se citar a capacitação de profissionais de saúde e de outros profissionais em aleitamento materno; o Método Canguru; a fiscalização dos direitos da mulher trabalhadora que amamenta; as comemorações da Semana Mundial de Aleitamento Materno, o Projeto Bombeiros da Vida também conhecido como Bombeiro Amigo, e o Projeto Carteiro Amigo da Amamentação (ARAUJO et al, 2003).

Estas iniciativas de promoção, proteção e apoio ao AM realizadas tanto nos hospitais quanto na atenção básica vêm sendo consideradas prioritárias pela Política Nacional de Saúde

da Criança / Aleitamento Materno, tendo o monitoramento da prevalência do AM como uma estratégia de avaliação do cuidado à infância (PEREIRA et al., 2010).

1.3 Políticas pró-amamentação em Barra Mansa

No fim da década de 90, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil Estado do Rio de Janeiro lançou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), como estratégia para estimular e fornecer subsídios para a rede básica de saúde implantar procedimentos de promoção, proteção e apoio ao AM, complementando as ações da IHAC (MARTINS; MONTRONE, 2009; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005). Neste mesmo período, Barra Mansa criou uma lei municipal instituindo do Dia Municipal da Amamentação, comemorado todo dia 15 de maio, desde então.

A partir de 2001, O Ministério da Saúde passou a contribuir para essa Iniciativa, reunindo mensalmente uma equipe de consultores que, ao longo de dois anos, desenvolveu um material de capacitação de equipes de saúde na IUBAAM. A Iniciativa tem sido desenvolvida pelas Secretarias Municipais de Saúde das várias regiões do Estado do Rio de Janeiro (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005), inclusive nas cidades que compõe a Região do Médio Paraíba, na qual Barra Mansa está inserida.

Em 2002 foi iniciada a implantação da IUBAAM em Barra Mansa, com a capacitação de três equipes da Estratégia de Saúde da Família. Em 2004 foi inaugurada a maternidade pública – Hospital da Mulher – com 25 leitos com a prática do alojamento conjunto. Neste mesmo ano o Hospital recebeu seu primeiro treinamento na IHAC, contando com a adesão dos “Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação”. Nos anos seguintes foram realizadas diversas capacitações dos profissionais da Atenção Básica na Iniciativa com vistas à promoção e apoio ao AM, conforme pode ser visualizado na Tabela 1 (BARRA MANSA, 2002–2008).

A partir de 2004, na medida em que as unidades de saúde eram capacitadas, avançava o credenciamento e o recebimento do título de “Unidade Amiga da Amamentação”, chegando em 2006 com 19 Unidades de Saúde da Família. Até o ano de 2010, 21 unidades de saúde foram credenciadas na iniciativa sendo, portanto, o município do Estado do Rio de Janeiro com o maior número de Unidades Básicas Amigas da Amamentação. A IUBAAM tem como pressuposto atividades de atenção pré-natal e de puericultura/pediatria, por meio da

mobilização das unidades básicas de saúde para a adoção dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde” (CARDOSO et al., 2008) (Quadro 1). As prioridades da IUBAAM estão baseadas em determinantes conhecidos do desmame precoce, como as dificuldades no manejo da amamentação relacionadas à fase da apojadura e às crises lactacionais, e também com as pressões do contexto familiar e social (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

Nos últimos dois anos foram formados cinco tutores da ENPACS, que realizam oficinas com as mães acerca da alimentação complementar oportuna e de forma saudável. Além disso, foram capacitados dois tutores da Rede Amamenta, ainda em fase de implantação.

Devido ao forte engajamento nas ações pró-aleitamento, no ano de 2006, o município de Barra Mansa foi convidado pelo Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno, da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, à assumir a coordenação do Polo do Aleitamento Materno do Médio Paraíba, com o objetivo de prestar apoio técnico aos municípios pertencentes à região nas ações pró-amamentação. Além disso, o município participa anualmente da Semana Mundial do Aleitamento Materno, mobilizando comunidade, unidades de saúde e rede hospitalar.

Tabela 1 – Evolução das capacitações, quantitativo de profissionais treinados e unidades com título “Amiga da Amamentação” em Barra Mansa – 2003 – 2008.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
IUBAAM (Capacitação)	03	03	04	03	01	04
Total de Unidades de Saúde com título UBAAM		05	07	07		
IHAC (Capacitação)		01	01	01		
Total de profissionais capacitados	70	85	111	97	23	105

Fonte: Relatórios de Gestão do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Secretaria Municipal de Saúde, Barra Mansa, RJ (2003 – 2008).

Quadro 1 – Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde

1	Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
2	Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3	Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
4	Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
5	Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
6	Mostrar as gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
7	Orientar as nutrizes sobre o método da amenorreia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
8	Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9	Orientar as gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
10	Implementar grupos de apoio à amamentação, acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

Fonte: Rio de Janeiro. Resolução SES Nº 2673, de 02 de março de 2005. Implanta a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: SESDEC/RJ. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/publicacoes> [acessado em 02/03/2012].

1.4 Práticas alimentares em menores de um ano

A formação dos hábitos alimentares da criança é fortemente influenciada pelas práticas alimentares no primeiro ano de vida. De acordo com Cruz, Almeida e Engstrom (2010), as práticas alimentares são construídas a partir de dimensões temporais, de saúde e de doença, de cuidado, afetivas, econômicas e de ritual de socialização, entrelaçadas em rede, podendo

influenciar o crescimento e o desenvolvimento infantil de forma positiva ou negativa, acarretando também consequências na vida adulta. As práticas apropriadas de alimentação são de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos lactentes (SILVA; SOUZA, 2005).

Organismos nacionais e internacionais preconizam o AME até o sexto mês de vida e, depois dessa idade, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem com o leite materno até os dois anos ou mais (SILVA; SOUZA, 2005). A AC é compreendida como a alimentação fornecida no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Este período de transição é um dos fatores mais importantes na formação de hábitos alimentares saudáveis, pois o primeiro ano de vida é a época de formação da base destes hábitos, sendo a família o principal responsável pela formação do comportamento alimentar da criança por meio do aprendizado social, representando os primeiros educadores nutricionais (BARBOSA et al., 2009).

A demanda nutricional do lactente é prontamente suprida pelo AME nos seis primeiros meses de vida. É apenas a partir dos seis meses de idade que as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite materno (BARBOSA et al., 2009), cabendo aos alimentos complementares suprir essa lacuna, em especial a de energia e ferro (BRUNKEN et al., 2006). Também é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) habilitando-as a receber outros alimentos que não o leite materno (MONTE; GIUGLIANI, 2004; GOMES; NAKANO, 2007).

De acordo com Fiocchi et al. (2006), o momento oportuno para a introdução de alimentos sólidos deve basear-se em quatro considerações principais: (1) os alimentos selecionados devem fornecer energia, proteínas e micronutrientes em quantidades suficientes, em uma alimentação equilibrada e adequada para a idade, atendendo às necessidades nutricionais da criança em crescimento (nutricional); (2) os alimentos devem ser armazenados e preparados de forma higiênica (toxicológico), (3) os alimentos devem ser oferecidos em resposta aos sinais de apetite e saciedade e deve ser compatível com a capacidade e habilidades da criança (comportamental) e (4) os alimentos devem ser apropriados para o desenvolvimento imunológico, evitando a exposição precoce da criança a um alimento conhecidamente alergênico (imunológico).

A AC saudável deve ser estimulada para garantir a saúde e o bom crescimento e desenvolvimento das crianças, e também para prevenir doenças e carências nutricionais. Uma

inadequação quanto à prática alimentar nessa fase da vida pode não só levar a prejuízos imediatos na saúde da criança, elevando a morbimortalidade infantil, como também deixar sequelas futuras como retardo do crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2010b; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Tão importante quanto a prática do AME até os seis meses é a introdução adequada dos alimentos após essa idade. A OMS enfatiza a AC oportuna aos seis meses, introduzindo alimentos variados em quantidade, frequência e consistência de pastosa a sólida de forma lenta e gradual (CORRÊA et al., 2009). De acordo com Barbosa et al. (2009), a AC deve ser apropriada no tempo de introdução, adequada na forma de apresentação, quantidade e oferta, além de ser segura.

A AC deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais (com destaque para ferro, zinco, cálcio, ácido fólico, vitamina A e C), por meio de alimentos seguros (livre de contaminação biológica, física ou química), culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança (BRASIL, 2009b; CAETANO et al., 2010)

A oferta de outros alimentos além do leite materno antes dos seis meses pode tornar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e gastrintestinais e a desnutrição, levando ao comprometimento do crescimento e desenvolvimento adequados. Além disso, aumenta a morbimortalidade infantil devido à uma menor ingestão dos fatores de proteção do leite materno (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). De acordo com Brecailo et al. (2010), esta prática também pode induzir ao desmame precoce, além de poder estar associada a múltiplos fatores, como a atuação dos serviços de saúde, a escolaridade materna, a classe socioeconômica, o retorno precoce das nutrizes ao trabalho, o uso da chupeta, a ausência do pai, a gravidez precoce, as cesarianas eletivas, a separação precoce de mãe-bebê após o parto, a introdução de outros leites, o baixo peso ao nascer, e as crenças culturais.

Além disso, a introdução precoce de alimentos pode interferir na absorção de nutrientes do leite materno, aumentar o risco de contaminação e reações alérgicas. Da mesma forma, a introdução tardia pode levar à desaceleração do crescimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiências de micronutrientes (CORRÊA et al., 2009). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), as situações mais comuns relacionadas à AC oferecida de forma inadequada são: anemia, obesidade e desnutrição.

A cada ano, cerca de 55% das mortes de lactentes ocorrem em razão de doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas que resultam de práticas errôneas de alimentação. Menos de 35% dos lactentes de todo o mundo são alimentados exclusivamente com leite

materno por pelo menos quatro meses de vida, e comumente as práticas de alimentação complementar são inoportunas, inapropriadas e inseguras (XIMENES et al, 2010). Entre as crianças de seis a onze meses estão as maiores prevalências de anemia, devido, principalmente, à introdução precoce de leite vaca e/ou à alimentação à base de legumes e cereais (alimentos de baixa biodisponibilidade de ferro) (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005).

Ressalta-se que a utilização de alimentos artificiais, comparada ao leite materno, pode levar a maior ingestão alimentar, predispondo, assim, à obesidade, à hipercolesterolemia no adulto e ao desencadeamento de doenças ateroscleróticas (XIMENES et al, 2010).

Devido a esses fatores, nos últimos anos, o Ministério da Saúde lançou o um guia alimentar para crianças menores de dois anos, com o intuito de atualizar e consolidar conhecimentos entre os profissionais de saúde (SALDIVA et al., 2007). Este conjunto de recomendações para alimentação complementar saudável deu origem aos “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para crianças brasileiras menores de dois anos” (Brasil, 2010b), que pode ser visualizado no Quadro 2.

Apesar dessas recomendações serem permanentemente atualizadas, muitas delas ainda não foram plenamente incorporadas. Caetano et al. (2010) relatam as principais inadequações na AC no primeiro ano de vida, como a introdução precoce de alimentos inadequados, como o leite de vaca integral; consistência inapropriada e baixa densidade e biodisponibilidade de micronutrientes (sopas diluídas); oferta insuficiente de frutas, verduras e legumes; contaminação no preparo e no armazenamento; acréscimo de carboidratos simples às mamadeiras; e oferta de alimentos industrializados ricos em carboidratos simples, lipídeos e sal, consumidos com frequência pela família. Além disso, práticas e crenças que ainda estão impregnadas na cultura brasileira, como a oferta de água para saciar a sede, chás para acalmar, aliviar as cólicas e tratar de diferentes doenças, mostram-se conflitivas com as recomendações atuais (GOMES; NAKANO, 2007).

Assim, a adoção da prática do AME até os seis meses de idade, o oferecimento oportuno de alimentos complementares após essa idade, e a manutenção do aleitamento ao peito por 24 meses constituem mecanismos capazes de assegurar o bom desenvolvimento físico, neurológico e motor da criança (OLIVEIRA et al., 2005).

Quadro 2 – Dez Passos Para uma Alimentação Saudável para crianças brasileiras menores de dois anos

Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

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

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

Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

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

Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

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

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política Alimentação e Nutrição. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2010b.

1.5 Prevalência do aleitamento materno no Brasil e principais fatores associados à sua prática

Diversas pesquisas vêm sendo desenvolvidas com a finalidade de acompanhar os indicadores do AM e a evolução dos mesmos ao longo dos anos. O impacto das políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM também podem ser observados em diversos estudos observacionais, cuja tendência vem mostrando aumento nos indicadores do AM como mostra o Quadro 3.

Apesar do AM ser uma prática biologicamente determinada, a influência cultural e outros fatores podem interferir no seu sucesso (BERNARDI; JORDÃO; BARROS FILHO, 2009). Historicamente, a prática da amamentação encontra-se condicionada a diferentes fatores, dentre eles o interesse comercial e os conhecimentos científicos (DAMIÃO, 2008). De acordo com Faleiros, Trezza e Carandina (2006), o sucesso do AM pode ser influenciado positiva ou negativamente por fatores maternos (personalidade da mãe e sua atitude frente à situação de amamentar), fatores relacionados à criança e ao ambiente (condições de nascimento e período pós-parto), como também à fatores circunstanciais, como trabalho materno e as condições habituais da vida.

Práticas culturais também podem influenciar, destacando-se a percepção materna sobre o ato de amamentar e suas dificuldades, e a introdução de líquidos não nutritivos e uso de chupeta. Esses fatores e outros, como orientações no pré-natal, condutas hospitalares, (alojamento conjunto, parto humanizado e mãe-canguru) e suporte pós-parto, acabam por determinar a duração do aleitamento materno (FRANÇA et al., 2007).

No Brasil, observa-se que as mães que obtêm mais sucesso com a amamentação são as que têm maior idade, maior escolaridade, casadas, com experiência anterior positiva com AM e conseqüentemente motivação maior, com boa orientação pré-natal e apoio de outras pessoas para mantê-lo, especialmente o do companheiro (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). O tipo de parto, a renda familiar e a área geográfica de residência (urbana ou rural) também são fatores de proteção para a prática do AM (CAMINHA et al., 2010b).

De acordo com Almeida e Novak (2004), o descompasso entre o avanço do conhecimento científico, que descobre e correlaciona as especificidades do leite humano às peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente, e a amamentação como prática socialmente instituída, é um fato que vem se tornando cada vez mais evidente. Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido

suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame, sendo a razão dessa tendência de caráter multicausal.

Quadro 3 – Estudos de tendência do aleitamento materno no Brasil

1º Autor	Local	Resultados
Ano de publicação	Tipo de estudo Período de estudo (Tamanho da amostra)	Prevalência ou Mediana
Ferreira 2007	Botucatu, SP Transversal 1995 (1509) – 1999 (1273) – 2004 (1239)	AME < 4 meses: aumentou de 19,1% para 36,9% AME < 6 meses: aumentou de 13% para 29,6% Mediana do AME: aumentou em 14 dias Mediana do AM: aumentou em 85 dias
Albernaz 2008	Pelotas, RS Coorte 1982 (5914) – 1993 (5304) – 1997, 1998 (4801) – 2004 (4231)	AME aos 6 meses: nenhuma criança em qualquer dos 4 estudos AM < 12 meses: aumentou de 15% para 34%
Parizoto 2009	Bauru, SP Transversal 1999 (1021) – 2003 (1256) – 2006 (996)	AME < 6 meses: aumentou de 8,5% para 24,2%
Castro 2009	Rio de Janeiro, RJ Transversal 1996 (3738) – 1998 (3742) – 2000 (3652) – 2003 (4279) – 2006 (3633)	AME < 4 meses: aumentou de 18,8% para 42,4% AME < 6 meses: aumentou de 13,8% para 33,3% AM < 12 meses: aumentou de 61,3% para 73,4%
Caminha 2010b	Pernambuco (18 municípios) Transversal 1991 (935) – 1997 (2081) – 2006 (1568)	AME < 6 meses: aumentou de 1,9% para 8,5% Mediana do AME < 4 meses: estável em torno de 30 dias Mediana do AM: aumentou de 89 para 183 dias

Vários estudos têm analisado a associação da prática do AM, especialmente do AME, com possíveis fatores que influenciariam o desmame precoce ou a continuação da amamentação. Alguns desses estudos encontrados na revisão da literatura podem ser visualizados no Quadro 4.

Quadro 4 – Estudos de fatores associados ao AME

1º Autor Ano de publicação	Local de realização do estudo	Fatores de Risco	Fatores de proteção
Leone 2012	São Paulo, SP	Uso de chupeta Trabalho materno fora do domicílio Idade da criança	Maior peso ao nascer
Caminha 2010b	Pernambuco (18 municípios)		Escolaridade materna crescente Idade materna entre 20 e 35 anos Crianças do sexo feminino
Brecailo 2010	Guarapuava, PR	Trabalho materno fora do domicílio	
Pereira 2010	Rio de Janeiro, RJ		Mãe declarar-se branca Escolaridade materna alta Ter companheiro Experiência prévia AM Alta hospitalar em AME
Castro 2009	Rio de Janeiro, RJ	Baixa escolaridade materna Trabalho materno fora do domicílio	
Parizoto 2009	Bauru, SP	Uso de chupeta	

Franco 2008	Joinville, SC	Uso de chupeta Trabalho materno fora do domicílio	
França 2007	Cuiabá, MT	Uso de chupeta Primiparidade Idade materna entre 20 a 34 anos Escolaridade materna inferior 3º grau	
Mascarenhas 2006	Pelotas, RS	Trabalho materno fora do domicílio Uso de chupeta Renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos Escolaridade paterna < 5 anos	
Vannuchi 2005	Londrina, PR	Uso de chupeta Primiparidade Acompanhamento em serviço público	
Vieira 2004	Feira de Santana, BA		Não uso chupeta AM 1º dia de vida Multiparidade Baixa renda familiar
Audi 2003	Itapira, SP	Uso de chupeta Parto cesariano	
Venâncio 2002	Estado de São Paulo (84 municípios)	Mãe adolescente Mãe com baixa escolaridade Primiparidade Ausência HAC	

Em suma, pode-se concluir que os principais fatores de risco identificados na revisão de literatura para a interrupção do aleitamento materno exclusivo foram o uso de chupeta, o trabalho materno fora do domicílio, a primiparidade e a baixa escolaridade materna. Com isso, pode-se dizer que o AM é muito mais que uma opção, mas resultado de uma ação de múltiplos fatores culturais, sociais, comportamentais e, principalmente familiares (LEONE; SADECK, 2012).

O entendimento dos fatores associados ao AM e a identificação dos grupos de maior vulnerabilidade para a prática da amamentação são importantes para maior efetividade das ações e para a qualificação do atendimento prestado à mulher e à criança (DAMIÃO, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

Muitas são as evidências científicas que demonstram as vantagens e a importância do AM. Devido ao forte crescimento do desmame precoce nas últimas décadas, políticas públicas de saúde foram criadas para incentivar a prática do aleitamento, contudo, a introdução precoce de outros alimentos ainda continua presente na cultura brasileira (AUDI, 2003).

Essas políticas, tanto nacionais quanto internacionais, buscam incentivar o AME até o sexto mês de vida e a introdução de alimentos complementares após esta idade. Além disso, preconizam que o AM se estenda até os dois anos de idade, visto que sua manutenção traz um grande impacto na redução da morbimortalidade infantil (OMS, 2008).

Dada à importância do AM na saúde infantil, especialmente em relação ao AME para as crianças menores de seis meses, torna-se relevante avaliar a tendência temporal desta prática, bem como os fatores à ela associados, com o intuito de avaliar o comportamento do aleitamento ao longo do tempo e obter dados epidemiológicos para o planejamento de políticas públicas de saúde efetivas no município de Barra Mansa. Em paralelo, torna-se necessário avaliar a introdução da AC em tempo oportuno e em continuidade ao AM, em concordância com as orientações do Ministério da Saúde, dado que há poucas informações sobre a alimentação infantil nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral:

Analisar a tendência temporal da prática do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano do município de Barra Mansa, nos anos de 2003, 2006 e 2008.

1.2 Objetivos específicos:

- Descrever a prevalência e analisar a tendência temporal do AME em menores de 6 meses e do AM em menores de um ano em Barra Mansa, nos anos de 2003, 2006 e 2008;
- Analisar a introdução de alimentos complementares e sua relação às recomendações propostas pelo Ministério da Saúde.
- Avaliar se há associação entre as características maternas e do recém-nascido, e o uso de chupeta com a frequência do AME.

4 MÉTODOS

Local de realização do estudo

Barra Mansa apresenta a segunda maior população da região do Médio Paraíba Fluminense e traz uma densidade demográfica de 324,9 habitantes/km, com distribuição predominantemente urbana, e ocupa o terceiro lugar na região em termos de produção econômica (IBGE, 2010).

No que se refere aos indicadores econômicos, o município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,806; um PIB de R\$2.462.828,323; e um PIB per capita de R\$13.956,15 (IBGE/2008). No que se refere à educação, o município conta com uma rede de ensino fundamental e de ensino médio, composta por unidades municipais, estaduais e privadas, e um Centro Universitário.

A rede pública de saúde é composta por um Hospital Maternidade (Hospital da Mulher), um hospital conveniado (Santa Casa de Misericórdia), uma UPA 24 Horas, centros de referência, unidades de diagnóstico, laboratórios públicos e conveniados, além do Hemonúcleo Municipal. A rede de Atenção Básica é composta por 31 unidades de saúde no módulo da Estratégia de Saúde da Família e 17 unidades de saúde no módulo Unidade Básica de Saúde. Dentre essas unidades de saúde, até o ano de 2010, 21 unidades de saúde no módulo da Estratégia Saúde da Família foram credenciadas como “Amiga da Amamentação”,

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional de tipo seccional, de base populacional, realizado com amostra representativa das mães com bebês menores de um ano de idade que compareceram nas unidades de saúde durante as Campanhas Nacionais de Vacinação. Vale ressaltar que o município tem uma boa cobertura vacinal, com uma adesão maciça às campanhas de vacinação (acima de 95% do público alvo em todas as pesquisas), estando na faixa considerada ideal para permitir a inferência dos dados coletados (cobertura vacinal \geq 85%) (VANNUCHI et al., 2005).

Para este trabalho foram utilizados dados de três inquéritos metodologicamente semelhantes, realizados nas Campanhas Nacionais de Vacinação dos anos de 2003, 2006 e 2008, durante a Pesquisa de Práticas Alimentares no primeiro ano de vida, baseados na experiência do Projeto Amamentação e Municípios (Amamunic). Este projeto vem sendo desenvolvido desde 1998 pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (IS/SES/SP), em parceria com estados e municípios, com o objetivo de realizar inquéritos epidemiológicos e monitorar as práticas de alimentação infantil (VENÂNCIO et al., 2002; VENÂNCIO; MONTEIRO, 2006).

Amostragem

Os planos amostrais foram elaborados pelo IS/SES/SP com base em informações fornecidas pela secretaria municipal de saúde de Barra Mansa sobre o número de postos de vacinação em cada distrito sanitário e a estimativa do número de crianças menores de um ano que seriam vacinadas em cada posto. Esta estimativa foi feita com base nas planilhas de campanhas de vacinação de anos anteriores fornecidas pelo departamento de epidemiologia e também no número de crianças cadastradas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Nos três inquéritos, adotou-se processo de amostragem por conglomerados em dois estágios, conforme proposto por Silva (1998). Considerando que as crianças não estão distribuídas uniformemente nos vários postos de vacinação, adotou-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio foram sorteados os postos de vacinação e no segundo estágio foram sorteadas as crianças em cada posto, de forma sistemática. A presente amostra é considerada equiprobabilística ou autoponderada, já que a fração amostral mantém-se constante a partir da expressão: $f = f_1 \times f_2$, ou seja, todas as crianças que foram aos postos de vacinação durante as campanhas têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra sorteada. Os postos maiores têm maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio (f_1), e as crianças dos postos menores têm maior probabilidade de sorteio no segundo estágio (f_2).

Foram entrevistadas no ano de 2003 um total de 1130 mães ou responsáveis com seus filhos em 32 unidades de saúde. Em 2006 um total de 1157 entrevistas em 36 unidades de saúde, já em 2008 foram entrevistadas 580 mães ou responsáveis em 20 unidades de saúde.

Houve uma média de cobertura de 85% de questionários respondidos em relação ao número esperado de crianças selecionadas na amostragem. Na Campanha de 2003, estimou-se uma amostra de 1760 crianças menores de 1 ano; em 2006, 1140 crianças; e em 2008, 650 crianças. Foram selecionados e obtidos questionários válidos de 1130 crianças em 2003, 1157 crianças em 2006 e 580 crianças em 2008, representando, respectivamente, 64,2%, 101,5% e 89,2% do total de crianças menores de 12 meses vacinadas no dia de cada Campanha.

Coleta dos dados

A coleta de dados se deu por meio de aplicação de questionário estruturado fechado aos acompanhantes das crianças por voluntários, em sua maioria agentes comunitários de saúde e estudantes de graduação do curso de enfermagem do Centro Universitário de Barra Mansa, previamente treinados pela equipe do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA), sob a supervisão da coordenadora da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN).

Os entrevistadores foram orientados para a correta aplicação do processo de sorteio das crianças na fila de vacinação, sendo informados sobre a importância da aleatoriedade da coleta de dados e sobre a prática do sorteio sistemático. Além disso, receberam orientações acerca do questionário e da abordagem das mães na fila de vacinação, informando-as sobre a pesquisa e o caráter não obrigatório de participação na mesma.

Visando à padronização das informações necessárias ao esclarecimento das mães ou acompanhantes e à solicitação do consentimento verbal, os entrevistadores foram orientados a ler o seguinte termo de apresentação da pesquisa:

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

Todas as mães ou acompanhantes receberam filipetas contendo os dados para contato com o coordenador local da pesquisa.

Instrumento de coleta de dados

O instrumento proposto para a coleta de dados foi um questionário estruturado, contendo predominantemente questões fechadas (Anexos A, B e C), elaborado pelo IS//SES/SP, a partir das recomendações da OMS (1998) para inquérito sobre amamentação.

Para descrever as práticas alimentares, foi utilizado um recordatório de 24 horas, refletindo as práticas atuais de alimentação (*current status*), minimizando erros decorrentes da imprecisão da informação (viés de memória). Este tipo de coleta de dados tem sido muito utilizado em pesquisas que envolvem crianças e mães, por garantir alta cobertura, rápida coleta de dados e baixo custo (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007)

O questionário inclui, para todas as crianças, questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, seguindo as recomendações da OMS (2008) para levantamentos sobre amamentação, permitindo, dessa forma, definir se a criança recebeu ou não leite materno de forma exclusiva nas 24 horas que antecederam a pesquisa, bem como as práticas de alimentação complementar, segundo a estratégia dos Dez Passos para a Alimentação Saudável (BRASIL, 2010b).

Para descrever a situação da alimentação da criança, foram obtidas informações sobre a situação do aleitamento materno (mama no peito: sim ou não), se consumiu outros líquidos (água, água com açúcar, chá, leite em pó, leite de caixinha ou suco de fruta: sim ou não) e preparações como mingau ou papa, sopa, comida de panela, carne e feijão na sopa ou na comida, frutas e outros alimentos (sim ou não) no dia que antecedeu a coleta de dados.

Algumas alterações ocorridas no questionário ao longo do período estudado não comprometeram a comparabilidade no que diz respeito aos indicadores de AM e AME, como por exemplo, a introdução de alimentos não saudáveis no ano de 2008 (café, suco industrializado ou água de coco em caixinha, refrigerante, adoçante, bolacha, biscoito ou salgadinho) e a junção da questão relacionada ao consumo de sopa à comida de panela.

Além disso, foram coletadas informações sobre idade da criança, nascimento, como tipo de parto, peso ao nascer, hospital de nascimento e atendimento médico de puericultura; alimentação no primeiro dia em casa (para crianças menores de quatro meses); e informações maternas, como idade, paridade, escolaridade e trabalho. Também foram obtidas informações sobre o uso de chupeta e mamadeira, para investigação de fatores associados ao AME, ao desmame precoce e à introdução precoce ou tardia de alimentos complementares.

Análise dos dados

Os questionários foram codificados e digitados em um aplicativo do programa Access (Amamunic) fornecido pelo IS/SES/SP, que verifica inconsistências durante a digitação. Para as análises estatísticas foi utilizado o pacote estatístico SAS, versão 9.1.

Foram consideradas como amamentadas todas as crianças que receberam leite materno, independente do uso de outros alimentos. Em AME, foram classificadas somente as crianças que receberam exclusivamente leite materno, não sendo permitido o uso de chás, água ou qualquer outro alimento. Como AMP, os lactentes que recebiam além do leite materno, chás, água e/ou sucos. Em termos de análise, as crianças em AMC foram designadas aquelas que, além de mamarem, receberam alimentos sólidos ou semissólidos e líquidos. Foram consideradas em AA todas as crianças que receberam outro tipo de leite que não o materno.

Foram construídos os seguintes indicadores para análise da tendência temporal:

- AM em menores de 1 ano;
- AME e AMP nas faixas etárias de menores de 4 meses, entre 4 e 6 meses e em menores de 6 meses;
- AMC nas faixas etárias de menores de 4 meses, entre 4 e 6 meses, menores de 6 meses e em maiores de 6 meses;
- Duração média e mediana do AME de menores de 4 meses, entre 4 e 6 meses e em menores de 6 meses e do AM em menores de 1 ano;
- Frequência do AA, e do uso de chupeta e mamadeira entre as crianças menores de 4 meses, entre 4 e 6 meses e em maiores de 6 meses.

Para analisar os fatores associados à prática do AME em crianças menores de seis meses foram estimados os *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95%. Para esta análise foram combinados os dados das três pesquisas. As variáveis independentes estudadas foram:

- Idade da mãe (menor de 20 anos, 20 a 34 anos ou 35 anos ou mais);
- Escolaridade da mãe (até ensino fundamental ou ensino médio ou mais);
- Paridade (primípara ou multípara);

- Trabalho da mãe fora do lar (sim ou não);
- Uso de chupeta (sim ou não);
- Peso ao nascer ($<2500\text{g}$ ou $\geq 2500\text{g}$).

Em relação à alimentação complementar, foram analisadas as tendências nas faixas entre 4 e 6 meses e entre 6 e 12 meses, com base no consumo das últimas 24 horas que antecederam a entrevista. Foram consideradas as seguintes variáveis:

- Água;
- Mingau;
- Fruta (em pedaço ou amassada);
- Suco de fruta;
- Comida salgada (agregando as variáveis papa/sopa, comida de panela ou comida da família);
- Outros alimentos (qualquer outro alimento não listado no questionário).

Para o ano de 2008, foi feita análise de frequência de consumo, sendo incluídas as variáveis:

- Suco industrializado ou água de coco em caixinha;
- Refrigerante;
- Café;
- Bolacha, biscoito ou salgadinho;
- Alimentos adoçados com açúcar, mel, melado, adoçante.

Para comparar as variações ao longo do tempo forma comparadas prevalências e médias, ano a ano, e também feita análise de tendência por regressão logística ou regressão linear com inclusão de variável contínua para o ano da pesquisa.

5 RESULTADOS

Foram analisadas as tendências entre os anos das pesquisas, sendo estas apresentadas nas tabelas. Para a comparação entre os estudos, foram realizados testes estatísticos comparando-se os resultados de tendência e os obtidos comparados ano a ano.

A Tabela 2 compara as características das populações estudadas nos três inquéritos. Observa-se que houve pouca variação entre os anos, exceto para a escolaridade materna, que apresentou um alto percentual de mães com 1º grau incompleto ou analfabeta. Cerca de metade das mulheres entrevistadas eram primíparas. Observa-se, também, um alto percentual de cesarianas.

Na Tabela 3, as prevalências do AME nas faixas etárias consideradas menores de seis meses apresentaram diferenças estatisticamente significantes no período de 2003 a 2006, exceto na faixa etária entre 4 e 5 meses, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre 2006 e 2008. Nas três avaliações observa-se uma queda na prevalência do AME com o aumento da idade ($p < 0,0001$), sendo este declínio mais marcante após o quarto mês de vida. Na faixa etária de 5 a 6 meses observa-se um aumento de quase 6 vezes no AME quando se compara os anos de 2003 e 2006 ($p < 0,05$). Embora não tenha sido estatisticamente significativa, a comparação entre 2008 e 2006 mostra redução dessa prevalência.

Tabela 2 – Características da amostra, percentuais, médias e (intervalos de confiança), segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).

Características	2003	2006	2008
	(n=1130)	(n=1288)	(n=580)
Idade média das crianças (dias)	176	175	178
Sexo			
Masculino	50,1%	50,7%	51,5%
Idade materna (média/anos)	25,5	26,1	26,2
	(25,1-25,9)	(25,8-26,8)	(25,6-26,8)
Paridade			
Primípara	47,6%	52,3%	53,7%
Escolaridade Materna			
1º incompleto/analfabeta	33,4%	29,2%	23,7%
1º completo	18,3%	13,3%	10,9%
2º incompleto	12,5%	17,2%	15,3%
2º completo	26,4%	32,8%	36,1%
Nível superior	4,4%	7,5%	14,0%
Mãe trabalha fora de casa atualmente	18,5%	21,1%	18,2%
Peso ao nascer			
<2500g	11,7%	9,6%	10,2%
Tipo de parto			
Cesárea/Fórceps	59,3%	68,1%	62,9%

Tabela 3 – Tamanho da amostra e prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).

	2003		2006		2008		p da tendência
	(n=1130)		(n=1288)		(n=580)		
	N	%	N	%	N	%	
0-1 mês	103	61,2	88	75,0*	37	62,2	0,31
1-2 meses	106	40,6	127	55,1*	55	49,1	0,10
2-3 meses	102	36,3	140	57,9*	52	50,0	0,01
3-4 meses	103	28,2	117	50,4*	60	36,7	0,04
4-5 meses	94	17,0	121	24,0	51	25,5	0,17
5-6 meses	81	3,7	114	20,2*	43	11,6	0,02
p-valor	-	<0,0001	-	<0,0001	-	<0,0001	

* p<0,05 em comparação com 2003.

Na Tabela 4 foi avaliada a tendência do AM, AME e AMP. Observa-se que as diferenças foram estatisticamente significantes comparando com o ano de 2003, nas prevalências AME nas faixas etárias 0-4 meses, 4-6 meses, 2-3 meses, 3-4 meses e 5-6 meses. Em relação ao AMP e ao AMC, as diferenças foram estatisticamente significantes, comparando com o ano de 2003, na faixa etária entre 0-4 meses. As análises comparando os resultados obtidos em 2008 com os de 2006 não foram estatisticamente significantes.

A média de duração do AM não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os anos, porém para o AME nas faixas etárias de 0-4 meses e nos menores de seis meses a diferença foi estatisticamente significativa. Os valores das medianas seguiram tendência similar às das médias (Tabela 5).

Tabela 4 – Prevalência (%) dos tipos de aleitamento materno por faixa etária, segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).

	2003 (n=1130)	2006 (n=1288)	2008 (n=580)	p da tendência
AM ≤ 1 ano	70,2	74	72,8	0,09
AME				
0-4 meses (n=1090)	41,5	58,5 *	48,0 *	<0,01
4-6 meses (n=504)	10,9	22,1 *	19,1	0,01
< 6 meses (n= 1594)	32,4	46,4 *	38,9 *	0,01
AMP				
0-4 meses (n=1090)	25,9	10,4 *	19,6	<0,01
4-6 meses (n=504)	13,7	15,3	8,5	0,45
< 6 meses (n= 1594)	22,2	12,0 *	16,1 *	<0,01
AMC				
0-4 meses (n=1090)	13,3	7,6 *	7,8 *	<0,01
4-6 meses (n=504)	37,1	28,5	35,1	0,34
< 6 meses (n= 1594)	20,4	14,6 *	16,4	0,03
≥ 6 meses (n=1404)	52,9	54,4	54,3	0,63

*p<0,05 em comparação com 2003.

AM = aleitamento materno; AME = aleitamento materno exclusivo; AMP = Aleitamento materno predominante; AMC = aleitamento materno complementado

Tabela 5 – Duração média e mediana do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo (em dias), segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).

	2003 (n=1130)		2006 (n=1288)		2008 (n=580)		P [‡]
	Média (SD)	Mediana	Média (SD)	Mediana	Média (SD)	Mediana	
AM ≤ 1 ano	152 (105)	130	154 (102)	134	159 (101)	143	0,32
AME 0-4 meses	50 (34)	42	58 (32)	60	60 (33)*	57	<0,01
AME 4-6 meses	135 (13)	129	144 (18)	146	143 (16)	141	0,10
AME < 6 meses	58 (41)	47	72 (44)	68	73 (43)*	71	<0,01

[‡] p da tendência < 0,05

* p<0,05 em comparação com 2003.

Na Tabela 6 observa-se a tendência de aumento do aleitamento artificial entre os menores de 4 meses e entre os maiores de 6 meses, com diferença estatisticamente significativa quando comparadas ao ano de 2003.

Com relação ao uso de chupeta, houve diferença estatisticamente significativa entre os menores de 4 meses. O uso de mamadeira apresentou tendência de diminuição entre os menores de 4 meses, sendo observada diferença estatisticamente significativa quando comparadas ao ano de 2003. Entre a faixa etária 4-6 meses, apenas a prevalência do ano de 2006 apresentou diferença estatisticamente significativa, comparada à 2003. Nos maiores de seis meses, a prevalência de 2008 foi maior e a diferença foi estatisticamente significativa comparada à de 2003 e 2006. Estes dados podem ser visualizados na Tabela 7.

Tabela 6. Prevalência (%) do aleitamento artificial (AA), segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).

	2003 (n=1130)	2006 (n=1288)	2008 (n=580)	p da tendência
AA				
0-4 meses	5,6	9,1 *	10,8 *	0,01
4-6 meses	24,6	24,7	21,3	0,65
≥ 6 meses	27,9	38,9 *	37,2 *	<0,01

*p<0,05 em comparação com 2003.

Tabela 7 – Prevalência (%) do uso de chupeta e mamadeira por faixa etária, segundo ano de estudo (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).

	2003 (n=1130)	2006 (n=1288)	2008 (n=580)	p da tendência
Uso de chupeta				
0-4 meses	48,8	40,0 *	40,9	0,01
4-6 meses	55,7	50,6	51,1	0,34
≥ 6 meses	50,5	47,3	49,3	0,52
Uso de mamadeira				
0-4 meses	45,8	29,2 *	36,3 *	<0,01
4-6 meses	66,9	53,6 *	55,3	0,01
≥ 6 meses	60,9	57,2	71,1 * °	0,08

* p<0.05 em comparação com 2003.

° p<0.05 em comparação com 2006.

Na Tabela 8 pode-se observar que o aumento da idade e da escolaridade materna são fatores que apresentaram associações estatisticamente significantes com a chance das crianças menores de seis meses estarem em AME. Não ser o primeiro filho também aumenta a prevalência de AME. O hábito de não utilizar chupeta revelou uma forte associação estatística com o AME, com um OR de aproximadamente 3 vezes, tendo as crianças menores de seis meses uma chance significativamente maior de serem aleitadas ao seio de modo exclusivo. O peso de nascimento menor do que 2500g e o trabalho fora do lar não foram associados ao AME.

Tabela 8 – Fatores associado à prática de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).

Varáveis	AME (%)	OR	95% IC
Idade materna			
<20 anos	29,1	1,00	-
20 a 34 anos	43,2	1,84	1,43-2,37
≥35 anos	43,0	1,83	1,22-2,72
Escolaridade			
≤ Ensino fundamental	36,0	1,00	-
≥ Ensino médio	46,4	1,54	1,25-1,90
Paridade			
Primípara	38,8	1,00	-
Multípara	44,2	1,25	1,06-1,54
Trabalho fora do lar			
Sim	37,6	1,00	-
Não	42,4	1,22	0,93-1,60
Uso de chupeta			
Sim	26,3	1,00	-
Não	51,5	2,98	2,41-3,68
Peso ao nascer			
<2500g	33,7	1,00	-
≥2500g	40,6	1,35	0,97-1,87

Também em relação à alimentação complementar, observa-se um comportamento muito aquém do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Observa-se um consumo precoce de alimentos antes dos seis meses (Tabela 9), com tendência estatisticamente significativa de diminuição do consumo, exceto para o consumo de suco de frutas, que se manteve estável, e com diferença estatisticamente significativa em todas as faixas etárias, quando comparadas ao ano de 2003. Para o consumo de outros alimentos houve uma tendência significativa de aumento nesta faixa etária. Entre as crianças maiores de seis meses (Tabela 10), apenas o consumo de suco de fruta não apresentou diferença estatisticamente significativa nas comparações entre os anos de estudo, porém a tendência temporal foi significativa na redução do consumo de água e mingau, e no aumento do consumo de outros alimentos.

Tabela 9 – Frequência (%) do consumo de alimentos e líquidos entre crianças de 4 a 6 meses de vida (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).[†]

Alimentos	2003 (n= 175)	2006 (n= 235)	2008 (n= 94)	p da tendência
Água	82,3	64,7 *	55,3 *	<0,01
Mingau	50,3	33,6 *	35,5 *	<0,01
Fruta	53,7	34,5 *	41,5	<0,01
Suco de fruta	52,6	35,3 *	45,7	0,03
Comida salgada	54,6	34,2 *	40,4 *	<0,01
Outros alimentos	8,0	14,9	19,2 *	<0,01

* p<0.05 em comparação com 2003.

[†] 1 recordatório de 24h.

Tabela 10 – Frequência (%) do consumo de alimentos e líquidos em crianças maiores de 6 meses (Barra Mansa, RJ – 2003-2008).[†]

Alimentos	2003 (n= 541)	2006 (n= 581)	2008 (n= 282)	p da tendência
Água	97,0	96,2	93,3 *	0,02
Mingau	63,6	55,6 *	47,5 * °	<0,01
Fruta	71,5	69,5	79,3 * °	0,11
Suco de fruta	70,4	67,3	65,7	0,13
Comida salgada	92,7	91,5	89,9 *	0,18
Outros alimentos	28,8	54,9 *	78,7 * °	<0,01

* p<0.05 em comparação com 2003.

° p<0.05 em comparação com 2006.

† 1 recordatório de 24h.

Na pesquisa de práticas alimentares de 2008 foram incluídos alguns alimentos marcadores de alimentação não saudável, com destaque para bolacha, biscoito ou salgadinho e para alimentos adoçados com açúcar, mel, melado, adoçante (Tabela 11).

Tabela 11 – Frequência (%) do consumo de alimentos não saudáveis, segundo meses de vida (Barra Mansa, RJ – 2008).[†]

Alimentos	4 – 6 meses (n= 94)	6 – 12 meses (n= 282)
Suco industrializado ou água de coco em caixinha	7,5	21,3
Refrigerante	0,0	8,9
Café	1,1	8,9
Bolacha, biscoito ou salgadinho	23,4	70,2
Alimentos adoçados com açúcar, mel, melado, adoçante	35,5	50,4

† 1 recordatório de 24h.

6 DISCUSSÃO

Os inquéritos sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida realizados em dias de Campanhas Nacionais de Vacinação, que no Brasil tem sido acompanhadas de alta cobertura vacinal, têm se mostrado vantajosos, pois permitem captar uma boa representatividade populacional, a um baixo custo e de forma rápida, sem interferir nas atividades de vacinação, além de favorecer a sensibilização das equipes de saúde envolvidas (DAMIÃO, 2008; VENÂNCIO et al., 2010b). A representatividade da amostra, a grande cobertura vacinal e a metodologia aplicada sugerem que os resultados obtidos refletem a situação do aleitamento, na época estuda.

Os resultados indicam, em geral, uma baixa prevalência de AM no primeiro ano de vida no município de Barra Mansa. Não foi observado um aumento significativo do AM nas crianças menores de 1 ano ao longo dos anos estudados, passando de 70,2% em 2003 para 72,8% em 2008. Houve um aumento inicial em 2006 (74%) que não se manteve no terceiro inquérito, sendo essas frequências similares às de Volta Redonda, RJ, município vizinho, que encontrou 75,6% de prevalência de AM em 2006 (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010). Outros municípios com prevalências de AM semelhantes foram Joinville, SC, em 2005 (73,5%) (FRANCO et al., 2008) e Cuiabá, MT, em 2004 (74%) (FRANÇA et al., 2007). Entretanto, esta prevalência encontrada é superior ao estudo de Albernaz et al. (2008) em Pelotas, RS, que passou de 15% em 1982 para 34% em 2004.

A média e a mediana do AM mantiveram-se estáveis, assim como a prevalência do AM, diferente dos achados em outros estudos com a mesma metodologia em outras cidades brasileiras (CASTRO et al., 2009; FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007; CAMINHA et al., 2010b; ALBERNAZ et al., 2008) que encontraram aumentos significativos na duração do AM.

De acordo com Ferreira, Parada e Carvalhaes (2007), uma maneira mais sintética de avaliar a tendência do AM é comparar as medianas obtidas: houve aumento de 13 dias, passando de 130 dias em 2003 para 143 dias em 2008. Essa diferença foi, contudo, menor do que o encontrado em Botucatu, SP, que obteve um aumento de 85 dias no período de 10 anos (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007) e em Pernambuco, que obteve um aumento de 94 dias na mediana do AM, num período de 15 anos (CAMINHA et al., 2010b). Uma modificação positiva foi observada quanto ao AME em menores de seis meses, com tendência de aumento estatisticamente significativa, passando de 47 (1,6 meses) dias em 2003 para 71

(2,4 meses) dias em 2008. Este aumento de 24 dias foi superior aos 14 dias encontrado em Botucatu, SP (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007).

Ainda em relação ao AME em menores de seis meses, houve um aumento significativo da prevalência, passando de 32,4% em 2003, para 38,9% em 2008, sendo esta evolução semelhante ao que vem sendo encontrada em outros municípios e no Brasil como um todo (BRASIL, 2009; FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007; CAMINHA et al., 2010b). Apesar de ser uma evolução positiva, está abaixo da média nacional obtida em 2008 (41%) (BRASIL, 2010c), além de estar abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde e pela OMS (WHO, 2008), em que idealmente dever-se-ia obter uma prevalência entre 90% a 100%, e muitas crianças ainda não se beneficiam das vantagens do AME. Adicionalmente as mudanças observadas ocorreram fundamentalmente no primeiro seguimento.

Segundo os parâmetros da OMS para a interpretação dos indicadores de AM (WHO, 2008), o município de Barra Mansa encontra-se em situação “ruim”, em relação ao AME em menores de seis meses. Quanto à duração mediana do AM, a situação é considerada “muito ruim”. Esta situação é semelhante à encontrada na II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008 (BRASIL, 2009), em que 23 capitais se encontraram em situação “ruim”, segundo a OMS, e apenas 4 estavam em “boa situação”, no tocante ao AME em menores de 6 meses. E, quanto à duração mediana do AM em nosso País, a situação foi considerada “muito ruim”, com apenas uma capital classificada como “ruim”.

Nesta mesma pesquisa (VENÂNCIO et al., 2010a), o município do Rio de Janeiro alcançou uma prevalência de 40,7% de AME em crianças menores de 6 meses, enquanto Barra Mansa obteve 38,9%, resultado inferior também ao registrado para a região Sudeste (39,4%), em 2008. Entretanto, ao se comparar a duração mediana do AME, os resultados de Barra Mansa superam os resultados da Capital e da região Sudeste, ambos com 55 dias, alcançando em 2008, 71 dias, indicando que algumas mudanças favoráveis foram importantes na evolução desse índice. Para o AM, no entanto, não foi observado o mesmo êxito, obtendo uma duração bem inferior à duração mediana da Capital e do Sudeste, que alcançaram 334 dias e 303 dias respectivamente, enquanto Barra Mansa atingiu 143 dias de duração mediana de AM entre os menores de um ano de idade.

Observa-se que o declínio da prevalência do AME se dá com o aumento distinto da idade nos três anos estudados, fato similar ao estudo de Parizoto et al. (2009), sendo este declínio mais expressivo a partir do quarto mês de vida, época em que se encerra a licença maternidade, fato frequentemente associado ao desmame precoce (BRECAILO et al., 2010;

LEONE et al., 2012). Apesar do presente estudo não ter observado associação estatisticamente significativa entre o AME e o trabalho materno, similar ao estudo de Vieira et al. (2004), provavelmente por falta de poder do estudo, outros estudos mostram a importância de que as empresas adiram ao incentivo fiscal dado para a prática da licença maternidade por 180 dias, como forma de proteção legal e universal à todas as mulheres trabalhadoras que desejam continuar amamentando seus filhos, bem como ter a presença de creches ou condições para o AM no local de trabalho (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006, BRASILEIRO et al., 2012). Esta forma de cidadania deve ser vista como um direito da mulher e seu bebê, representando um estímulo à manutenção do AM (BRECAILO et al., 2010).

À semelhança do observado em crianças menores de seis meses, a comparação entre os três estudos mostrou aumento nas prevalências de AME e diminuição do AMP entre as crianças menores de 4 meses. Tendência similar foi encontrada em estudo semelhante na cidade de Botucatu, SP (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007). Para o AME na mesma faixa etária foi encontrada tendência similar em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro (CASTRO et al., 2009). Sabe-se que a administração de outros líquidos além do leite materno nos primeiros quatro meses de vida da criança pode interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar a menor ganho ponderal e ao aumento do risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias, todos fatores que concorrem para reduzir o AME e o AM (VENÂNCIO et al., 2002; SILVA; SOUZA, 2005).

Comparando-se a prevalência do AME nas crianças com menos de 30 dias entre os três estudos, observa-se um aumento significativo quando se compara 2006 com 2003, passando de 61,2% para 75%, superior aos 49,0% encontrado por Cruz, Almeida e Engstrom (2010) em Volta Redonda, RJ, em 2006. As altas prevalências nesta faixa etária indicam que grande parte das crianças inicia a amamentação após o nascimento. Essas prevalências são superiores às de outros municípios em estudos realizados com a mesma metodologia, como por exemplo, Botucatu, SP, que obteve 48,8% em 2004, (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007); Bauru, SP, apresentou 38% e 48,5% em 2003 e 2006, respectivamente (PARIZOTO et al., 2009).

As rotinas hospitalares e o tipo de parto podem interferir no processo de lactação nos primeiros dias vida. No presente estudo foi observado um alto percentual de parto cesárea, como encontrado em todo o Brasil, sendo considerado um dos mais altos do mundo, superiores às recomendações da OMS (10% a 15%) (MANDARINO et al., 2009), que pode estar associado diretamente ao início tardio da amamentação, visto que o contato mãe-filho

ocorre mais tardiamente, dificultando as primeiras mamadas, e a ocorrência de introdução de fórmula láctea ou glicose, que ocorre de maneira mais frequente para o recém-nascido de parto cesárea (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Mudanças nas rotinas hospitalares poderiam trazer um grande impacto no AME aos 30 dias que, mesmo estando em níveis maiores comparados à outros estudos, poderiam estar em consonância à recomendação proposta da OMS.

Aos 6 meses, apesar de ter uma baixa prevalência de AME, observou-se um aumento estatisticamente significativo dessa prática ao longo dos anos, sendo quase seis vezes maior de 2003 para 2006 (3,7% para 20,2%, respectivamente) e, apesar de não continuar em ascensão em 2008 (11,6%), ainda é uma prevalência maior que a encontrada em outros estudos, como o estudo de Parizoto et al. (2009), que obteve 0%, 1,5% e 3,9% de prevalência de AME, nesta mesma faixa etária, em 1999, 2003 e 2006, respectivamente. Em Pelotas, RS, Albernaz et al. (2008) encontraram ausência de AME nesta faixa etária entre os quatro estudos realizados, entre 1982 e 2004.

Em todas as faixas etárias menores de seis meses houve diferença estatisticamente significativa entre os resultados de 2003 e 2006, não ocorrendo o mesmo quando comparados aos resultados obtidos para o ano de 2008, apresentando queda nas prevalências entre os menores de quatro meses e entre o total de crianças menores de seis meses. Esses achados por faixa etária são importantes por indicarem as ações de promoção que devem ser prioritárias. No caso de Barra Mansa, não está na iniciação, que vem melhorando ao longo dos anos, mas na manutenção do AM.

No Brasil, várias atividades têm sido desenvolvidas para a promoção e apoio ao AM, como a IHAC, o BLH, a Rede Amamenta Brasil e ações educativas na assistência pré-natal, além da utilização constante dos meios de comunicação de massa, como exemplos de iniciativas da sociedade civil organizada (CAMINHA et al., 2010b). Estes programas e políticas têm provocado uma expansão da prática da amamentação (VENÂNCIO et al., 2010a).

A possível explicação para a melhora na tendência do AME entre 2003 e 2006, no município em questão, pode ser decorrente do aumento das Unidades Básicas Amigas da Amamentação, e com a melhoria no cuidado da mãe e recém-nascido nas maternidades. No período de 2004 a 2006, 17 unidades de saúde receberam o título de “Unidade Básica Amiga da Amamentação”, já entre 2006 e 2008, nenhuma unidade de saúde recebeu este título, apesar das capacitações neste período. Em 2004, uma maternidade pública foi inaugurada, contando com a prática do alojamento conjunto, da amamentação na primeira meia hora de

vida e da sala de apoio à amamentação. Além disso, parte dos funcionários do hospital recebeu o treinamento da IHAC. Essas práticas já consolidadas (REA, 2003; BRECAILO et al., 2010; PEREIRA et al., 2010; CAMINHA et al., 2010a) mostram-se importantes nos resultados observados.

Os resultados sugerem que as atividades de promoção devam ser mantidas e reforçadas, bem como novas estratégias sejam implantadas, para que impacto no AM se mantenha, e até mesmo alcance os percentuais recomendados, e que estudos identifiquem nos diferentes municípios fatores locais que sejam facilitadores ou inibidores da prática do AM.

Em relação aos fatores associados ao AME, diversos fatores são descritos na literatura (VIEIRA et al., 2004; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). De acordo com Caminha et al. (2010b), avaliar a rede causal do processo de AM e os fatores que mais facilmente podem sofrer mudanças, modificam os níveis de prevalência das práticas de AM. Para Parizoto et al. (2009), a identificação de fatores modificáveis associados com a duração do AME é importante para embasar intervenções.

No presente estudo, maior idade e maior escolaridade materna associaram-se positivamente ao AME, similar ao encontrado no estudo de Caminha et al. (2010b) em Pernambuco, refletindo a necessidade de se intensificar as ações de promoção e apoio ao AME às mães adolescentes e de nível socioeconômico mais baixo (VENÂNCIO et al., 2002). De acordo com Damião (2008), a maior vulnerabilidade das mulheres de menor escolaridade pode estar relacionada ao menor acesso destes grupos a uma rede de suporte familiar/social, bem como a outros fatores facilitadores para a manutenção desta prática, como, por exemplo, acesso a serviços de atenção à saúde e à inserção formal no mercado de trabalho, usufruindo de benefícios legais como a licença maternidade. Pereira et al. (2010) sugere que o conhecimento sobre os benefícios do AME pode contribuir para que a mulher de escolaridade mais alta venha a fazer a opção pelo AME nos primeiros seis meses de vida do bebê, como é recomendado. Além disso, a instrução pode oferecer à mãe autoconfiança, dando-lhe segurança para que possa lidar com os possíveis problemas ou desconfortos da prática de amamentar (FRANÇA et al., 2007).

A metodologia utilizada pode ter acarretado um viés de seleção, pois mães com maior idade e escolaridade valorizam mais as ações básicas de saúde, como o comparecimento às campanhas de vacinação (LEONE et al., 2012).

A paridade também se associou de forma estatisticamente significativa ao AME, como no estudo de Vieira et al. (2004), que encontrou uma prevalência maior de AME entre as mães múltiparas. Uma história pregressa de sucesso em AM contribui para a manutenção do AM

por períodos mais longos (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; BARBOSA et al., 2009; PEREIRA et al., 2010). Vieira et al. (2004) ainda ressaltam que a amamentação não é um comportamento totalmente instintivo e a técnica, em alguns casos, precisa ser aprendida, reforçando a necessidade de um trabalho de educação com o grupo de primíparas, uma vez que estas apresentaram uma menor chance de aleitarem os seus filhos, quando comparadas às múltiparas. É provável que fatores culturais que favoreçam a introdução de chás, água e outros alimentos na alimentação das crianças amamentadas tenham maior impacto no primeiro parto. Desse modo, as mulheres pertencentes a esse grupo necessitam de ações específicas de apoio e proteção ao aleitamento materno a fim de capacitá-las para que resistam às pressões sociais para o desmame (FRANÇA et al., 2007).

De acordo com Giugliani (2000), a educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribui para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, ou melhor, das desvantagens do uso de leites não humanos, e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

À semelhança de alguns estudos da literatura, o uso de chupeta foi associado ao desmame (PARIZOTO et al., 2009; VIEIRA et al., 2004; BARBOSA et al., 2009). No presente estudo, as crianças que não chupavam chupeta apresentaram quase o triplo de chance de estarem em AME, sugerindo a importância de se desestimular o uso de chupeta e de promover orientação adequada para a reprodução da técnica apropriada de mamada como uma das ações prioritárias de apoio ao AME. Contudo, a chupeta pode ser um marcador de dificuldades com a amamentação (GIUGLIANI, 2000; LAMOUNIER, 2003), como mais recentemente indicado por duas revisões sistemáticas.

Algumas hipóteses relacionadas ao efeito do uso de chupeta como fator de risco de desmame são: o uso de chupeta pode estar camuflando dificuldades maternas que repercutem negativamente na amamentação; também pode reduzir o número de mamadas, provocando redução da estimulação mamária e menor secreção de leite, com aumento das chances de interrupção do AME. Outra hipótese é o mecanismo denominado confusão de bicos, já aceito como explicação para a relação negativa entre o uso de mamadeira e desmame precoce (COTRIM; VENÂNCIO; ESCUDER, 2002; LAMOUNIER, 2003; FRANCO et al., 2008; PARIZOTO et al., 2009).

O uso de chupeta ainda é considerado um fator controverso, sendo encontrados resultados discordantes em relação ao AME na literatura, e estudos que relacionam uma

possível associação ao seu uso como prevenção da morte súbita em lactentes (LEONE et al., 2012).

Na revisão sistemática de Jaafar et al. (2012), não houve associação estatisticamente significativa entre o uso de chupeta e a duração ou prevalência do AME em crianças saudáveis nascidas à termo, até 4 meses de idade, independente do seu uso ter iniciado ao nascimento ou após a lactação já estar estabelecida. No entanto, os autores concluíram que ainda existe uma lacuna entre as evidências que avaliam as dificuldades em curto prazo encontradas pelas mães em amamentar e o efeito a longo prazo do uso de chupeta para a saúde infantil. Em outra revisão sistemática, conduzida por O'Connor et al. (2006), também não se encontrou evidências favoráveis entre o uso de chupeta e prejuízo ao AM. Portanto, esses resultados sugerem que o impacto do uso de chupeta com relação ao AM não é importante e, provavelmente, seu uso é um marcador da dificuldade na manutenção da amamentação, um aspecto que não foi avaliado no presente estudo.

Um fato preocupante, evidenciado pelo estudo, é que pouco mais da metade das crianças maiores de seis meses continuam recebendo leite materno após a introdução da alimentação complementar. Fato este que pode ser devido ao fim da licença maternidade, dificultando a continuidade do AM, como também à falta de apoio e estímulo para que as mães continuem amamentando (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; BRECAILO et al., 2010). A falta de orientação das mães quanto à retirada e armazenamento do leite materno para ser oferecido à criança durante sua ausência, também contribui para o desmame precoce (PARADA et al., 2005).

A diminuição da prevalência do AMC em menores de quatro meses e entre o total de crianças menores de seis meses também é um fator de importância, pois evidencia uma melhora, diminuindo a introdução precoce de líquidos e alimentos à alimentação infantil, fato que compete com a manutenção do AM. O aleitamento artificial (AA) e o uso de mamadeira tiveram comportamento semelhante, aumentando significativamente entre os maiores de seis meses, evidenciando que o consumo de leite artificial, normalmente é feito por mamadeira. O uso de mamadeira pode interferir na sucção do lactente, influenciando na frequência das mamadas ao seio, comprometendo o AME (VANNUCHI et al., 2005). Além disso, pode transmitir infecções e alterar a dinâmica oral (RAMOS et al., 2010).

Entre os menores de quatro meses, houve um aumento significativo do AA. Ressalta-se que o leite materno é o melhor alimento para o lactente e qualquer outro tipo de leite só deve ser utilizado na impossibilidade da amamentação, optando-se por uma fórmula adequada ao grupo etário, uma vez que as fórmulas apresentam variações de acordo com suas

necessidades. Contudo, as fórmulas são mais caras do que o leite de vaca não modificado, em pó ou líquido, e, muitas vezes, inacessíveis às famílias de baixa renda. Sabe-se, no entanto, que o leite de vaca não modificado é inadequado para lactentes menores de 1 ano, prejudicando a digestão e a absorção, levando a baixo ganho ponderal, além de sobrecarregar o rim, contribuir para o desenvolvimento da obesidade, predispor à diarreia e à cárie dentária, e não suprir as necessidades de ácidos graxos essenciais, vitaminas e oligoelementos (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010). Além desses riscos, o contato precoce com o leite de vaca pode levar a hipersensibilidade às proteínas do leite, predispondo a alergia, infecção e anemia, uma vez que surgem micro-hemorragias intestinais (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005; MONTE; GIUGLIANI, 2004; CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

Até o segundo ano de vida, o leite materno ainda pode contribuir com até 2/3 da energia ingerida e continua sendo uma fonte importante de gordura, vitamina A, cálcio e riboflavina (SALDIVA et al., 2007). Sabe-se que a introdução precoce dos alimentos complementares diminui a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Além disso, a introdução precoce de alimentos está associada ao aumento da morbimortalidade infantil em populações mais pobres, devido à menor ingestão de fatores de proteção contidos no leite materno e maior risco de contaminação das crianças (FRANÇA et al., 2007).

O AMC, que reflete a introdução dos alimentos complementares em continuidade com a amamentação, apresentou diminuição significativa entre os menores de quatro meses, reduzindo quase pela metade, passando de 13,3% em 2003, para 7,8% em 2008. Esta redução também foi significativa entre os menores de seis meses, passando de 20,4% para 16,4%. Entre as crianças de 4-6 meses, não foi observada redução significativa, permanecendo ainda uma prevalência elevada. Vale ressaltar que a desnutrição, o atraso do crescimento e a morbimortalidade infantil estão fortemente associadas à introdução de alimentos complementares e ao desmame, devido ao provável consumo de alimentos nutricionalmente inadequados e/ou contaminados (VIEIRA et al., 2004, SILVA; SOUZA, 2005).

O consumo de fruta e suco de fruta nesta faixa etária foi inferior ao consumo relatado por Corrêa et al. (2009) em Florianópolis, SC, em 2004, de 80% e 77,5% respectivamente. Apesar do consumo de água ter diminuído de 82,3% para 55,3% entre as crianças de 4 a 6 meses no período estudado, a complementação do leite materno com água ou líquidos não nutritivos é desnecessária nos primeiros seis meses de vida, mesmo em dias secos e quentes. A introdução precoce desses líquidos não nutritivos tem sido associada à menor duração do

aleitamento materno, pois reduz o número de mamadas e diminui o volume de leite produzido (BARBOSA et al., 2009).

Como esperado, a proporção de crianças consumindo alimentos cresceu à medida que a faixa etária aumentou. A análise sobre o consumo de alimentos nas últimas 24 h das crianças entre 6 a 12 meses revelou que houve uma redução significativa no consumo de mingau, alimento rico em carboidrato, normalmente acrescido de açúcar e elaborado com leite de vaca ou leite modificado, passando de 63,3% em 2003, para 47,5% em 2008, sendo a frequência encontrada em 2003 similar à encontrada por Saldiva et al. (2007) no estado de São Paulo, em 2004 (63%).

As recomendações atuais (BRASIL, 2010b) indicam que as crianças, ao completarem seis meses, devem receber duas porções de fruta e uma refeição salgada e, a partir do sétimo mês, deve ser incluída a segunda refeição salgada (jantar). A utilização de dados atuais sobre a alimentação apresenta-se como vantagem em relação à acurácia da informação uma vez que evita viés de memória na informação sobre alimentação das crianças (DAMIÃO, 2008). Apesar deste estudo ter recolhido os dados alimentares das últimas 24 horas que antecederam a entrevista, os resultados obtidos mostram que o consumo desses alimentos está aquém do recomendado.

Para o ano de 2008, o consumo de alimentos não saudáveis, com exceção do refrigerante, todos os outros alimentos questionados foram incluídos na alimentação infantil antes do sexto mês de vida, similar ao ocorrido em Curitiba, PR, no mesmo ano (FUZETO; OLIVEIRA, 2010). Cerca de metade das crianças maiores de 6 meses receberam algum alimento adoçado, além do consumo de refrigerante e suco industrializado, também com adição de açúcar. As bebidas açucaradas diminuem o apetite da criança para alimentos mais nutritivos e podem causar fezes amolecidas (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Estes alimentos devem ser evitados no primeiro ano de vida (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010). O consumo de refrigerante e café interferem na absorção de nutrientes, especialmente em relação à absorção de ferro (MONTE; GIUGLIANI, 2004), podendo contribuir com desenvolvimento da anemia, um problema de grande magnitude na saúde pública, com uma vulnerabilidade maior em crianças com idade entre 6 e 11 meses (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005). Esta prática deve ser desestimulada entre as mães.

Além de café e refrigerante, o consumo de sucos industrializados, biscoitos e salgadinhos em geral, e alimentos adoçados, deve ser evitado no primeiro ano de vida, pois apresentam elevada densidade energética, competindo com alimentos nutritivos, além de contribuírem com o aumento da prevalência da obesidade infantil e suas consequências

(BRASIL, 2010). Neste estudo foi observado um alto consumo desses alimentos, estando em desacordo com o Passo 8 dos “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para crianças brasileiras menores de dois anos” (Brasil, 2010b) que desaconselha o consumo destes alimentos no primeiro ano de vida.

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância da manutenção dos estímulos institucionais para que a amamentação atinja os níveis propostos internacionalmente. A pesquisa fornece ainda vários fatores que, se corrigidos, podem facilitar a prática dessa forma insubstituível de alimentação nos primeiros anos de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do crescente aumento das prevalências de AM e de AME em todo Brasil, a evolução destas prevalências em Barra Mansa ainda está distante do recomendado. Tendo em vista a importância e os benefícios da amamentação, a promoção dessa prática deve fazer parte das prioridades de saúde para que os índices de AM, se aproximem do que seria ideal. Em todo país tem se observado que a adoção de políticas favoráveis ao AM tem beneficiado a evolução da prática da amamentação (VENÂNCIO et al., 2010b).

Capacitações adequadas, com recomendações atualizadas sobre AM e AC, que alcancem tanto profissionais quanto a população, constituem uma ação de grande relevância para a promoção de hábitos alimentares saudáveis da população infantil. Além disso, ações de incentivo ao AM não requer grandes recursos, requer profissionais comprometidos e que perpetuem seus conhecimentos à quem de fato se beneficiará dessas ações.

A mobilização dos gestores em capacitar a rede pública para qualificar o atendimento pré-natal, além da capacitação dos pediatras para que deixem de prescrever fórmulas lácteas desnecessariamente são fatores que podem trazer um forte impacto nas prevalências do AME. A assistência imprecisa e inconsistente da equipe de saúde tem sido reconhecida como um importante obstáculo à sua prática e há evidências de que a educação pré-natal, quanto ao AM, pode apresentar efeitos benéficos nos seus indicadores (VIEIRA et al., 2004).

Estudos de monitoramento das práticas de alimentação infantil e o conhecimento de fatores de risco mais frequentes em cada local, devem continuar sendo pesquisados, pois constituem importante fonte de informação para o planejamento e a avaliação de políticas e programas dirigidos a apoiar e promover o AM (FERREIRA et al., 2007).

Por fim, as ações de proteção, promoção e apoio ao AM no município devem ser reforçadas e ampliadas, com o intuito de evitar a introdução precoce de alimentos nos primeiros meses de vida, bem como a promoção da alimentação complementar saudável deve ser promovida de forma extensa para que as recomendações sejam alcançadas e para que a população infantil usufrua dos benefícios dessas práticas.

REFERÊNCIAS

Albernaz E et al. Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004. *Jornal de Pediatria* 2008; 84 (6): 560-4.

Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria* 2004; 80 (Supl.5): S119-S125.

Amorim STSP. Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988). *Estudos Feministas* 2008; 16(2): 440.

Araújo MFM. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2003; 3 (2): 195-204.

Audi, CAF et al. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2003; 3 (1): 85-93.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. ENPACS: Estratégia nacional para alimentação complementar saudável: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros. Brasília, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Rede amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política Alimentação e Nutrição. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006. Pesquisa
Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, 2008.

Barbosa MB et al. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame
em lactentes matriculados em creches. *Revista Paulista de Pediatria* 2009; 27 (3): 272-81.

Bernardi JLD; Jordão RE; Barros Filho AA. Fatores associados à duração mediana do
aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. *Revista de
Nutrição* 2009; 22 (6): 867-78.

Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP - Escola De
Saúde Pública Do Ceará* 2005; 1 (1), Julho – Dezembro.

Brasileiro AA et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Revista de Saúde
Pública* 2012; 46 (4): 642-48.

Brecailo MK et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava,
Paraná. *Revista de Nutrição* 2010, 23 (4): 553-63.

Brunken GS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early
interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among
infants in midwestern Brazil. *Jornal de Pediatria* 2006; 82(6): 445-51.

Caetano MC et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *Jornal de
Pediatria* 2010; 86 (3): 196-201.

Caminha MFC et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento
materno em Pernambuco. *Revista de Saúde Pública* 2010b; 44 (2): 240-8.

Caminha MFC, Serva VB, Arruda IKG, Batista Filho M. Aspectos históricos, científicos,
socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Revista Brasileira Saúde Materno
Infantil* 2010a; 10 (1): 25-37.

Cardoso LO et al. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care
Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic
healthcare center. *Jornal de Pediatria* 2008; 84 (2): 147-153.

Carvalho KEG et al. História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina
Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) em Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista
Brasileira Saúde Materno Infantil* 2010; 10 (4): 477-81.

Castilho SD, Barros Filho AA. The history of infant nutrition. *Jornal de Pediatria* 2010; 86
(3): 179-88.

Castro IRR et al. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-
2006. *Revista de Saúde Pública* 2009; 43 (6): 1021-29.

Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding.
Jornal de Pediatria 2007; 83 (3): 241-246.

Corrêa EN et al. 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.

Cotrim LC; Venancio SI; Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2002; 2 (3): 245-52.

Cruz MCC, Almeida JAG, Engstrom EM. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. *Revista de Nutrição* 2010; 23 (2): 201-10.

Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008; 11 (3): 442-52.

Dias MCAP; Freire LMS; Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista de Nutrição* 2010; 23 (3): 475-86.

Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição* 2006; 19 (5): 623-30.

Ferreira L, Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. *Revista de Nutrição* 2007; 20 (3): 265-73.

Fiocchi A, Assa'ad A, Bahna S. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus document. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2006; 97: 10–21.

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

Franco SC et al. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2008; 8 (3): 291-7.

Fuzzeto KLR, Oliveira ACL. Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba, PR. *Cadernos da Escola de Saúde* 2010; 3: 1-16.

Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria* 2000; 76 (Supl.3): S238-S252.

Gomes PTT, Nakano AMS. Introdução à alimentação complementar em crianças menores de seis meses atendidas em dia nacional de campanha de vacinação. *Revista Salus* 2007; 1(1): 51-8.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 fev. 2012.

Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2002; 10 (4): 578-85.

Jaafar SH et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10.
Disponível em:
<<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD007202&lib=COC>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* 2003; 79 (4): 284-6.

Leone CR, Sadeck LSR, Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria* 2012; 30 (1): 21-6.

Mandarino NR et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Caderno Saúde Pública* 2009; 25 (7): 1587-96.

Martins RMC, Montrone AVG. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. *Revista Eletr. Enfermagem* 2009; 11 (3): 545-53.

Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* 2004; 80 (Supl.5): S131-S141.

O'Connor NR et AL. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2009; 163 (4): 378-82. Disponível em:
<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=dare_abstracts&id=DARE12009104760&lib=COC>. Acesso em: 06 nov. 2012.

Oliveira MAI, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Caderno de Saúde Pública* 2005; 21 (6): 1901-10.

Oliveira MAA, Osório MM. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. *Jornal de Pediatria* 2005; 81 (5): 361-7.

Parada CMGL et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2005; 13 (3): 407-14.

Parizoto GM et al. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *Jornal de Pediatria* 2009; 85 (3): 201-8.

Pereira RSV et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26 (12): 2343-54.

- Ramos CV et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. *Epidemiologia Serv. Saúde* 2010; 19 (2): 115-24.
- Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19 (supl.1): 537-45.
- Saldiva SRDM et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *Jornal de Pediatria* 2007; 83 (1): 53-8.
- Silva AP, Souza N. Prevalência do aleitamento materno. *Revista de Nutrição* 2005; 18 (3): 301-10.
- Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP; 1998.
- Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (Supl.2): S235-S246.
- Vannuchi MTO. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2005; 5 (2): 155-62.
- Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36 (3): 313-8.
- Venâncio SI et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *Jornal de Pediatria*. 2010a; 86 (4): 317-324.
- Venâncio SI et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *Bepa* 2010b; 7 (83): 4-15.
- Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2006; 9 (1): 40-46.
- Vieira GO et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2004; 4 (2): 143-50.
- Vinagre RD, Diniz EMA, Vaz FAC. Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatria* 2001; 23 (4): 340-5.
- 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. Dept. of Child and Adolescent Health and Development. Geneva, 2008.
- Ximenes LB et al. Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses. *Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem* 2010; 14 (2): 377-385.

ANEXO A – Questionário de avaliação de práticas alimentares em menores de um ano – 2003

ATAN/AM/PAISMCA/SES/RJ

Instituto de Saúde/SES-SP

"Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais - Ano 2003"

Nº □□□□ (DESTINADO AO SUPERVISOR)

01-DATA: ____/____/____ 02-ENTREVISTADOR: _____
03-MUNICÍPIO: _____ 04-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____ 04a-ÁREA 1 Urbana 2 Rural

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA AS CRIANÇAS
COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE COMPARECEREM À VACINAÇÃO

05-A srª. (sr.) pode me dizer o nome desta criança? _____ (ANOTE APENAS O 1º NOME)

06-Data de nascimento desta criança ____/____/____ (ANOTE DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO)

06a-Sexo: Masculino Feminino 07-A Sra. é a mãe desta criança? Sim Não

O Q U Ê C O M E U D E O N T E M P A R A H O J E ?	<p>A SENHORA (OU SR.) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALANDO O NOME DE CADA ALIMENTO E A SRª. (SR.) ME RESPONDE SIM OU NÃO, ESTÁ BEM?</p> <p>08- Leite de peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>09- SE TOMOU LEITE DE PEITO, Quantas vezes? ____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>10- Leite em pó? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>11-SE SIM→Qual a marca? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p style="text-align: center;">➤ PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> FÓRMULA INFANTIL <input type="checkbox"/> LEITE INTEGRAL <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO DE LEITE EM PÓ</p> <p>12 - Outro leite? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>13- Mingau ou papa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>14- Sopa de legumes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>15- SE TOMOU SOPA → com <u>carne</u>? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>16- Comida de sal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>17-SE COMEU COMIDA → com <u>carne</u>? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>18-SE COMEU COMIDA → com <u>feijão</u>? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>19- Água pura? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>20- Água com açúcar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>21- Chá? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>22- Suco de fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>23- Fruta (em pedaço ou amassada)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>23a- Outros _____</p> <p>24- Alguns desses alimentos (ou líquidos) foi dado por mamadeira ou chuquinha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>25-A criança chupa chupeta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p>
---	--

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	
INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO:	
26- Hospital onde a criança nasceu: (Anotar o nome) _____	<input type="checkbox"/> Nasceu em casa <input type="checkbox"/> Não Sabe
27- Município onde a criança nasceu: (Anotar o nome): _____	<input type="checkbox"/> Não Sabe
28- Peso ao nascer? _____ gramas (Anotar da carteira de vacinação) em branco se não preenchido	
29- Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Não Sabe	
30- Onde costumam levar a criança para consulta médica? (Assinale apenas uma alternativa)	
<input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio <input type="checkbox"/> Rede Pública _____	<input type="checkbox"/> Não Sabe
Especifique	
PRENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:	
<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família
30b - Esta criança já foi internada alguma vez? <input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes? _____	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe Qual a razão da última internação? _____	

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES	
31- Com quantos dias a criança recebeu alta da maternidade? _____ (Anotar em dias)	<input type="checkbox"/> Nasceu em casa <input type="checkbox"/> Não Sabe
NO PRIMEIRO DIA EM CASA A CRIANÇA:	
32- Mamou no peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
33- Tomou outro leite que não o leite de peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
34- Tomou água? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
35- Tomou água com açúcar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
36- Tomou chá? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS QUANDO O ACOMPANHANTE DA CRIANÇA FOR A MÃE	
37- Qual é a sua idade? _____ (Anos)	
38- Esta criança é o seu primeiro filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)	
39- A Sra. sabe ler e escrever? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
40- A Sra. está estudando? <input type="checkbox"/> Sim (Passe para a questão 42) <input type="checkbox"/> Não	
41- A Sra. já frequentou a escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão 44)	
42- Qual a última série que completou? _____	43- E o grau? _____
44- A Sra. trabalhava fora de casa quando engravidou desta criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
45- Se trabalhou durante a gravidez, teve licença maternidade?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (Passe para a questão 47)	
46- Ainda está de licença maternidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
47- Atualmente a Sra. está trabalhando fora de casa?	
<input type="checkbox"/> Sim (Questão 48 e 49) <input type="checkbox"/> Não (Encerrar)	
48- Se sim, quantas horas trabalha fora? _____	
49- Qual a sua ocupação? _____	

OBSERVAÇÃO:

ANEXO B – Questionário de avaliação de práticas alimentares em menores de um ano – 2006

ATAN/AM/PAISMCA/SES/RJ

Instituto de Saúde/SES-SP

"Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais - Ano 2006"

Nº □□□□ (DESTINADO AO SUPERVISOR)

01-DATA: ____/____/____ 02-ENTREVISTADOR: _____
03-MUNICÍPIO: _____ 04-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____ 04a-ÁREA 1 Urbana 2 Rural

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA AS CRIANÇAS
COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE COMPARECEREM À VACINAÇÃO**

05-Qual o nome desta criança? _____ (ANOTE APENAS O 1º NOME)
06-Data de nascimento desta criança ____/____/____ (ANOTE DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO)
06a-Sexo : 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino 07-A Sra. é a mãe desta criança? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
07a- A criança é moradora deste Município? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

Q U E C O M E U D E O N T E M P A R A H O J E ?	O (a) senhor(a) pode me dizer quais alimentos esta criança tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã? Eu vou falando o nome de cada alimento e o(a) sr.(a) me responde, está bem?	
	08-Tomou leite de peito? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
	09- SE TOMOU LEITE DE PEITO, Quantas vezes? ____ (ANOTAR 8 SE FOREM 8 VEZES OU MAIS) 3 <input type="checkbox"/> Não sabe	
	10- Tomou outro leite que não o do peito? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE PARA A QUESTÃO 13) 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE PARA A QUESTÃO 13)	
	11- Este leite foi em pó? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE PARA A QUEST.12a) 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE PARA A QUEST.12a)	
	12-SE SIM→Qual a marca? _____ 3 <input type="checkbox"/> Não sabe	
	➤ PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:	
	1 <input type="checkbox"/> FÓRMULA INFANTIL 2 <input type="checkbox"/> LEITE INTEGRAL 3 <input type="checkbox"/> LEITE ENRIQUECIDO 4 <input type="checkbox"/> OUTROS	
	12a - Este leite foi (Cainha / Sequinho ou Garrafa)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	13- Tomou mingau ou leite engrossado com farinha?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	14-Tomou sopa ou papa de legumes?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE PARA A QUEST. 16) 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE PARA A QUEST. 16)
	14a- Esta sopa ou papa estava: (LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTAS DE 1 A 4)	1 <input type="checkbox"/> Em pedaços 2 <input type="checkbox"/> Amassada 3 <input type="checkbox"/> Passada pela peneira 4 <input type="checkbox"/> Liquidificada 5 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	15a-SE TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES → Tinha algum tipo de <u>carnê</u> (FRANGO, BOI, PEIXE OU OUTRO)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	15b- SE TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES → Tinha <u>feijão</u> (CALDO OU CAROÇO)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	16-Comeu comida de panela?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE PARA A QUEST. 19) 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE PARA A QUEST. 19)
	17-SE COMEU COMIDA DE PANELA → Tinha algum tipo de <u>carnê</u> (FRANGO, BOI, PEIXE OU OUTRO)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	18-SE COMEU COMIDA DE PANELA → Tinha <u>feijão</u> (CALDO OU CAROÇO)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	19-Tomou água pura?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	20- Tomou água com açúcar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	21- Tomou chá?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	22- Tomou suco de fruta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	23- Comeu fruta (em pedaço ou amassada)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	23a-Tomou ou comeu outros alimentos	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	24- De todos os alimentos ou líquidos que te perguntei, algum foi dado por mamadeira ou chupinha?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
	25-A criança chupou chupeta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	
INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO:	
26- Em que hospital esta criança nasceu? (ANOTE O NOME) _____ <input type="checkbox"/> Nasceu em casa <input type="checkbox"/> Não Sabe	
27- Em que município esta criança nasceu? (ANOTE O NOME): _____ <input type="checkbox"/> Não Sabe	
28- Qual o peso desta criança ao nascer? _____ gramas (ANOTE DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO) <input type="checkbox"/> Não Sabe	
29- Qual foi o tipo de parto:	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Fórceps 3 <input type="checkbox"/> Cesárea 4 <input type="checkbox"/> Não Sabe
30- Onde costumam levar a criança para consulta médica com mais frequência? (ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA)	1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio <input type="checkbox"/> Rede Pública _____ 2 <input type="checkbox"/> Não Sabe
* PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO; SE REDE PÚBLICA, ESPECIFICAR:	
2 <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde 3 <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família	
30 A- Esta criança já foi internada alguma vez?	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes? _____ Qual a razão da última internação? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES	
31- Com quantos dias a criança recebeu alta da maternidade? (ANOTE EM DIAS)	998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe
NO PRIMEIRO DIA EM CASA A CRIANÇA:	
32- Mamou no peito?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
33- Tomou outro leite que não o leite de peito?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
34- Tomou água?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
35- Tomou água com açúcar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
36- Tomou chá?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	
INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	
37- Qual é a idade da Sra. (da mãe)? (ANOS) <input type="checkbox"/> Não Sabe	
38- Esta criança é o primeiro filho?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (CONSIDERE APENAS FILHOS NASCIDOS VIVOS)
39- A Sra. (mãe) sabe ler e escrever?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
40- A Sra. (mãe) está estudando?	1 <input type="checkbox"/> Sim (PASSE PARA A QUESTÃO 42) 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe
41- A Sra. (mãe) já frequentou a escola?	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE PARA A QUESTÃO 44) 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE PARA QUESTÃO 44)
42- Qual a última série que completou? _____ <input type="checkbox"/> Não Sabe	
43- É o grau? _____ <input type="checkbox"/> Não Sabe	
44- A Sra. (mãe) trabalhou fora de casa durante a gravidez desta criança?	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE PARA QUESTÃO 46)
45- Teve direito à licença maternidade?	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não Sabe 2 <input type="checkbox"/> Não
46- Atualmente a Sra. (mãe) está trabalhando fora de casa?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

OBSERVAÇÃO:

ANEXO C – Questionário de avaliação de práticas alimentares em menores de um ano – 2008

ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALIMENTAÇÃO MATERNO / DAPES / SAS/SB - ICICI/TIOCRUZ - SESDEC/RJ
II PESQUISA NACIONAL DE PREVALÊNCIA DO ALIMENTAÇÃO MATERNO – 2008

N° _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		<input type="checkbox"/> RECUSA	
01-DATA: ____/____/____		02-ENTREVISTADOR: _____	
		03-MUNICÍPIO: _____	
		04-UF: _____	
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		06-ÁREA <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____		<input type="checkbox"/> Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)	
08- SEXO DA CRIANÇA:		1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	
09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?		1 <input type="checkbox"/> Mãe 2 <input type="checkbox"/> Pai 3 <input type="checkbox"/> Outro ou nenhum parentesco	
10-A CRIANÇA MORÁ NESTA CIDADE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
<p>- (O(A) SENHORA) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)</p>			
11-TOMOU LEITE DE PEITO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q. 13) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q. 13)	
12-QUANTAS VEZES?		____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 <input type="checkbox"/> Não sabe	
13-TOMOU ÁGUA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
14-TOMOU CHÁ?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
15-TOMOU OUTRO LEITE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.17) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 17)	
16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)			
1 <input type="checkbox"/> Só durante o dia? 2 <input type="checkbox"/> Só à noite? 3 <input type="checkbox"/> De dia e de noite? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PAMPA, PAPA, SOFA)?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.26) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q.26)	
20-QUANTAS VEZES? 1 <input type="checkbox"/> 1 vez 2 <input type="checkbox"/> 2 vezes 3 <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Igual à da família? 2 <input type="checkbox"/> Preparada só para a criança? 3 <input type="checkbox"/> Industrializada (de potinho)? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
		Q.21 _____ (Código para Digitação)	
22-ESSA COMIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Em pedaços? 2 <input type="checkbox"/> Amassada? 3 <input type="checkbox"/> Passada pela peneira? 4 <input type="checkbox"/> Liquidificada? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
		Q.22 _____ (Código para Digitação)	
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MILÍDOS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: "- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ, ESSA CRIANÇA":			
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CACHINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
28-TOMOU REFRIGERANTE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
29-TOMOU CAFÉ?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
33-ÚSOU MAMADREIRA OU CHUQUINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
34-ÚSOU CHUPETA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anotar o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anotar o nome)			
998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
 Q.36 <input type="checkbox"/> HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)			
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Fórceps 3 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.43)		
40-[Se for a Mãe da criança]- A SRA. LEU A CADERNETA? 1 <input type="checkbox"/> Sim, inteira 2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas partes 3 <input type="checkbox"/> Não leu [Outros acompanhantes]: 9 <input type="checkbox"/> Não é a mãe (PASSE P/ Q.43)			
ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)			
41-NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?			
PARA MENINA (página 46 e 47) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (página 56 e 57) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
42-NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?			
PARA MENINA (página 48 e 49) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (página 58 e 59) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g (Se necessário, anote da Caderneta) 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio			
2 <input type="checkbox"/> Rede Pública _____ (Anotar o nome)			
9 <input type="checkbox"/> Não Sabe/Não se aplica			
 Q.44 --Se REDE PÚBLICA especificar: 1 <input type="checkbox"/> UBS 3 <input type="checkbox"/> PACS/PSF 4 <input type="checkbox"/> Outros (Código para Digitação)			
FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 a Q.49)			
45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?			
____ Anotar em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)] 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]			
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA			
46-MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
48-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
49-TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)			
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)			
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)		
52-A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)	54-E GRAU? (Assinale abaixo)		
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> INCOMPLETO 2 <input type="checkbox"/> COMPLETO
0 <input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE	1 <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL	2 <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO	3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR
 Q.53 _____  Q.54 _____ (Código para Digitação)			
55-SCREBE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)			
1 <input type="checkbox"/> Está trabalhando fora 2 <input type="checkbox"/> Não está trabalhando fora 3 <input type="checkbox"/> Está sob Licença Maternidade			
Observações:			