



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Juliana Martins Oliveira

**Avaliação das práticas de alimentação complementar
nos dois primeiros anos de vida no Brasil:
instrumento e indicadores**

Rio de Janeiro

2013

Juliana Martins Oliveira

**Avaliação das práticas de alimentação complementar
nos dois primeiros anos de vida no Brasil:
instrumento e indicadores**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Inês Rugani Ribeiro de Castro

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Hasselmann

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

O48 Oliveira, Juliana Martins.

Avaliação das práticas de alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida no Brasil: instrumento e indicadores/ Juliana Martins Oliveira. - 2013.

91 f.

Orientadora: Inês Rugani Ribeiro de Castro.

Coorientadora: Maria Helena Hasselmann

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição.

1. Nutrição - Pesquisa – Teses. 2. Nutrição e saúde pública– Teses. 3. Lactentes – Nutrição - Necessidades – Teses. 4. Suplementos dietéticos – Teses. I. Castro, Inês Rugani Ribeiro de. II. Hasselmann, Maria Helena. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. IV. Título.

rc

CDU 612.3.001.572

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

Assinatura

Data

Juliana Martins Oliveira

**Avaliação das práticas de alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida no
Brasil: instrumento e indicadores**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 18 de julho 2013.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Inês Rugani Ribeiro de Castro (Orientadora)
Instituto de Nutrição – UERJ

Prof.^a Dr.^a Elisa Maria de Aquino Lacerda
Instituto de Nutrição Josué de Castro – UFRJ

Prof.^a Dr.^a Cintia Chaves Curioni
Instituto de Nutrição – UERJ

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

À minha querida avó Maria da Gloria,
pelo exemplo de cuidado com o outro
e de força e fé

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora queridíssima Inês Rugani, que desde 2008 vem me orientando para a vida profissional/acadêmica e, em alguns momentos, para a vida pessoal. Ao longo desses anos, construímos uma relação de amizade, de confiança mútua e muito carinho. Quero levar suas marcas – a *construção coletiva* e o *otimizar do tempo* – aonde for, pois me convenci de que são necessários para o sucesso de qualquer empreitada!

Depois, à minha família, pelo apoio, incentivo e paciência. Mãe, pai, Dudu, tia, tio e primos: o amor de vocês me inspira. Sou particularmente agradecida à “mãedela”, que foi incansável no incentivo para que eu me dedicasse ao mestrado e me ajudou em tudo que precisei.

Agradeço à minha co-orientadora oficial, Maria Helena, que, mesmo à distância e ocupada com outras tarefas, não deixou de cuidar de mim, respondendo aos e-mails e atendendo às ligações pelo *Skype*. À minha co-orientadora informal, Gabriela Bioni, pela paciência em me explicar tudo sobre alimentação infantil, compreensão do outro e, é claro, samba.

Agradeço também aos professores do Programa de Pós-Graduação Alimentação, Nutrição e Saúde, pois contribuíram para a minha formação de maneira ímpar, cada qual com seus ensinamentos. Não poderia deixar de agradecer às secretárias do PPG, Maria Moraes e Viviane Magdalení, que me foram bastante solícitas nesses dois anos de convivência, pedidos de declaração e afins.

Sou grata às especialistas que participaram das oficinas e trouxeram ricas contribuições ao trabalho. Não poderia deixar de agradecer também às amigas que emprestaram seu tempo livre para entrevistar mães comigo em pleno sábado de manhã, no dia da Campanha de Vacinação: Camila Maranhã, Carol Rocha, Kerolly Duarte e Silvia Farias. A ajuda de todas vocês foi fundamental para o trabalho de campo.

À FAPERJ e a CAPES, pelo investimento financeiro feito em mim.

Por fim, só tenho a agradecer àqueles que “não fazem questão de si mesmos e se emprestam a mim”, dando suporte emocional e me trazendo alegria sempre: os amigos da época da escola, os *nutriamigos* da UERJ, os amigos de Belo Horizonte e os amigos que foram morar fora do país.

Nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

RESUMO

OLIVEIRA, Juliana Martins. *Avaliação das práticas de alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida no Brasil: instrumento e indicadores*. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Introdução: Desde os anos 2000, a alimentação complementar (AC) vem ganhando mais espaço nas políticas públicas de alimentação e nutrição. Observam-se, no Brasil e no mundo, esforços para monitoramento de indicadores de AC, mas ainda é preciso avançar para que sejam delineados indicadores que expressem adequadamente marcadores relevantes da AC, bem como instrumentos que permitam a realização de estudos que sejam comparáveis nacional e internacionalmente. **Objetivo:** Apresentar indicadores e um instrumento para monitoramento da AC entre crianças menores de dois anos no Brasil, descrevendo seu processo de formulação. **Método:** Com base em um modelo teórico construído no processo de desenvolvimento do projeto, foram sistematizadas as recomendações sobre seus conceitos chave, que foram transformados em medidas empíricas (indicadores), as quais nortearam a elaboração do instrumento para coleta de dados. Foram realizadas duas oficinas com especialistas em AC para opinamento sobre os indicadores e o instrumento e quatro pré-testes com a população de interesse. **Resultados:** O estudo apresenta 19 indicadores referentes a oportunidade, a adequação nutricional e a segurança da AC, sendo três deles opcionais. Traz, também, um questionário que permite a construção dos indicadores propostos, que pode ser aplicado em inquéritos com entrevistas face a face, por telefone ou, ainda, em atividades de monitoramento do consumo alimentar na rotina dos serviços de saúde. São necessárias pesquisas ulteriores para a validação deste questionário.

Palavras-chave: Alimentação Complementar. Monitoramento. Indicador. Questionário.

Modelo teórico.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Juliana Martins. *Assessing complementary feeding practices in the first two years of life in Brazil: instrument and indicators*. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Since 2000s, complementary feeding (CF) is being highlighted in the area of food and nutrition policy. It can be observed, in Brazil and abroad, efforts to assess CF indicators, but it is still necessary some advances to create indicators that demonstrate adequately relevant markers of CF, as well as instruments that will enable comparable studies in both national and international levels. The aim of this study is to present indicators and a questionnaire to assess CF among Brazilian children aged up 2 years of age. Based in a theoretical model designed in the process of project development, it were systematized the recommendations about the key concepts from the model, that then became empirical measures (indicators), which guided the construction of a tool for data collection. Two meetings were held with CF experts to hear about the indicators and the instrument and four pre-tests were held with the target population. The study presents 19 indicators related to opportunity, nutritional adequacy and safety of CF, three of them being optional. It also brings a questionnaire that allows calculating the proposed indicators and can be applied in surveys by phone or by face-to-face interviews or, still, in activities of monitoring the food intake at the health services routine. Further research is needed to validate this tool.

Keywords: Complementary food. Monitoring. Indicator. Questionnaire. Theoretical model.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alimentação Complementar
INAD	Instituto de Nutrição Annes Dias
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REVISÃO DA LITERATURA	13
1.1	Alimentação Infantil	13
1.1.1	<u>Atributos da Alimentação Complementar Saudável</u>	13
1.1.1.1	Oportunidade	13
1.1.1.2	Adequação Nutricional	14
1.1.1.3	Segurança	16
1.2	Perfil da Alimentação Complementar no país e no mundo	18
1.3	Alimentação Complementar na agenda das políticas públicas	20
1.3.1	<u>Âmbito internacional</u>	21
1.3.2	<u>Âmbito nacional</u>	21
1.4	Monitoramento da alimentação infantil	23
1.4.1	<u>No mundo: Organização Mundial de Saúde</u>	23
1.4.2	<u>No Brasil</u>	24
2	JUSTIFICATIVA	27
3	OBJETIVOS	28
4	MÉTODOS	29
5	ARTIGO	40
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE	72
	ANEXO A – Indicadores da Organização Mundial de Saúde	76
	ANEXO B – Questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde ...	83
	ANEXO C – Questionário da II Pesquisa sobre práticas alimentares de crianças menores de um ano	90

APRESENTAÇÃO

Em 2010, um ano após a conclusão da graduação, retornei ao meio acadêmico como bolsista do Núcleo de Alimentação Escolar (NUCANE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Uma das vertentes do NUCANE é a da pesquisa. Eis que comecei a me aproximar da tarefa de produzir conhecimento e acabei por sentir desejo de fazer o mestrado.

Em 2011, fui convidada a assistir à defesa de dissertação do colega de UERJ Daniel Oliveira, do Programa de Pós Graduação (PPG) Alimentação, Nutrição e Saúde (“Alimentação complementar no primeiro ano de vida no município do Rio de Janeiro: tendência temporal 1998 – 2008”). Dentre seus achados, ele apontou as limitações do instrumento utilizado para o monitoramento da alimentação complementar. Naquele momento, viu-se a necessidade de um novo estudo, que pudesse recriar o instrumento em questão. Paralelamente, sua orientadora, Inês Rugani, coordenadora do NUCANE à época, orientava o projeto de doutorado de Gabriela Bioni, que vem sendo desenvolvido no mesmo PPG (“Efetividade de uma intervenção em alimentação complementar sobre o conhecimento e a conduta dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano”) e oferecia possibilidade de recorte deste projeto em um projeto menor. Esses fatos e a oportunidade de fazer a diferença despertaram meu interesse em adotar a alimentação complementar como tema e a modificação do instrumento como projeto para o mestrado.

Desta forma, o presente estudo é um desdobramento do trabalho desenvolvido por Daniel Oliveira e está integrado ao de Gabriela Bioni, na medida em que se pretende que o instrumento e os indicadores produzidos aqui possam ser utilizados na avaliação da intervenção realizada por ela.

Cabe dizer, ainda, que o trabalho é parte de uma iniciativa de cooperação entre o Instituto de Nutrição da UERJ, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde e o Instituto de Saúde de São Paulo, cujo objetivo é qualificar tanto as ações de monitoramento das práticas de AC no país quanto as de avaliação da implementação e do impacto das políticas públicas de promoção da alimentação complementar saudável.

INTRODUÇÃO

As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem um marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança (BRASIL, 2009a) e são decisivas para seu desenvolvimento físico e motor (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b). A alimentação complementar (AC) caracteriza-se como a introdução de novos alimentos na dieta do lactente, quando a produção de leite materno já não atende plenamente às suas necessidades nutricionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a; ACCIOLY; LACERDA, 2009) e representa o momento de transição da amamentação exclusiva para a alimentação da família (BRASIL, 2010a; VÍTOLO; BORTOLINI, 2010).

Desde os anos 2000, o tema AC vem ganhando mais espaço nas políticas públicas de alimentação e nutrição (BRASIL, 2002a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a). Em se tratando do cenário brasileiro, a ação mais recente neste sentido foi o lançamento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que pretende potencializar as ações de nutrição para a primeira infância (BRASIL, 2012a). Nesse contexto, conhecer o perfil e as mudanças das práticas alimentares ao longo do tempo é fundamental para subsidiar o delineamento, a avaliação e o redirecionamento de políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas para o público infantil. Portanto, devem ser previstas ações de monitoramento dessas práticas alimentares no leque das atividades que compõem as políticas públicas dirigidas a este grupo etário.

No Brasil, nas últimas décadas, o Ministério da Saúde (MS) realizou, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, estudos sobre a prevalência do aleitamento materno entre crianças menores de um ano nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em duas oportunidades, 1999 e 2008, por meio de inquéritos realizados durante a Campanha Nacional de Imunização, baseados em entrevistas realizadas com as mães das crianças menores de um ano (BRASIL, 2009b). O instrumento utilizado nesses estudos, inicialmente dirigido à construção de indicadores de amamentação, permitia, em relação à AC, a construção basicamente de indicadores de AC precoce. Ao longo dos anos, ele foi modificado e passou a incluir perguntas que propiciassem a construção de mais indicadores de AC. Entretanto, essas modificações não permitiram a construção de um conjunto de indicadores que expressassem os diversos aspectos de interesse da AC de forma suficiente e adequada (OLIVEIRA, 2011).

Em âmbito internacional, há cinco anos, a OMS lançou um conjunto de materiais sobre o monitoramento de práticas alimentares de crianças até dois anos de idade. Eles reúnem: um elenco de indicadores sobre amamentação e AC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), um instrumento para a coleta de dados (questionário) para estudos de base domiciliar, que permite a construção desses indicadores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a) e um compilado de resultados de alguns desses indicadores gerados com base em Pesquisas de Demografia e Saúde em vários países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b). O questionário de sete páginas, por ser bastante extenso, não é aplicável a atividades de monitoramento do consumo alimentar na rotina dos serviços de saúde nem a inquéritos populacionais como os que vêm sendo realizados no Brasil durante as campanhas de vacinação, que demandam um curto tempo de aplicação.

Ademais, o conjunto de indicadores propostos não cobre todo o leque de práticas alimentares a serem monitoradas e, além disso, alguns dos propostos apresentam fragilidades em sua construção, comprometendo a plena expressão das práticas alimentares de interesse.

Observam-se, portanto, esforços para monitoramento de indicadores de AC no Brasil e no mundo. Mas ainda é preciso avançar no delineamento de indicadores que expressem adequadamente marcadores relevantes da AC, bem como de instrumentos que permitam a realização de estudos que sejam comparáveis nacional e internacionalmente.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Alimentação Infantil

O consumo alimentar na infância está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição, em especial entre as crianças menores de dois anos de idade (BRASIL, 2010a). No caso dos lactentes, para que suas necessidades nutricionais sejam atendidas, é fundamental uma AC apropriada, a qual deve ser (1) oportuna (alimentos introduzidos quando as necessidades de energia e micronutrientes superam o aporte advindo do leite materno, o que ocorre entre os seis e sete meses de idade da criança), (2) adequada (alimentação com quantidades adequadas de energia, macro e micronutrientes), (3) segura (alimentos armazenados e preparados sem risco de contaminação microbiológica e oferecidos sem o uso de mamadeiras e chupetas) e (4) oferecida respeitando-se os sinais de fome e saciedade da criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

1.1.1 Atributos da Alimentação Complementar Saudável

1.1.1.1 Oportunidade

O MS recomenda que, do nascimento aos seis meses de idade, o leite materno deve ser o único alimento oferecido. Tanto o MS quanto a OMS consideram os seis meses de vida a época oportuna para iniciar a introdução de alimentos complementares. Quanto à duração do aleitamento materno, a recomendação da OMS é de que as crianças continuem sendo amamentadas até os dois anos de idade ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b) e o Ministério da Saúde endossa essa recomendação (BRASIL, 2002a).

O aspecto que define o momento oportuno para o início da AC é a maturidade fisiológica, ou seja, em torno do sexto mês de vida há uma melhoria na tolerância gastrointestinal e na eficiência de absorção dos nutrientes pelo bebê. A introdução de alimentos sólidos deve ocorrer paralelamente às mudanças no desenvolvimento do sistema

nervoso central no primeiro ano de vida, que proporciona um amadurecimento da criança para aceitar ou lidar com a introdução de alimentos de várias texturas (BRONNER; PAIGE, 1992; BRASIL, 2009a).

A introdução precoce de alimentos interfere na absorção de nutrientes importantes do leite materno, favorece a diminuição da duração da sua oferta e aumenta o risco de contaminação e de reações alérgicas. Por outro lado, a introdução tardia de alimentos também é desfavorável, na medida em que leva à desaceleração do crescimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes, já que compromete o atendimento às necessidades nutricionais da criança (BRASIL, 2002a).

1.1.1.2 Adequação Nutricional

A AC adequada é composta por preparações que forneçam a quantidade ideal de macro e micronutrientes (importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança e, também, para o fortalecimento do seu sistema imunológico), que sejam produzidas com base em alimentos do hábito da família, que sejam acessíveis (física e economicamente), com variedade de alimentos e de densidade energética em concordância com a idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; BRASIL, 2002a). Além disso, é desaconselhada a oferta de alimentos de baixo valor nutricional (BRASIL, 2010b), como os produtos ultraprocessados (MONTEIRO, 2010).

No caso dos nutrientes, a quantidade de proteínas da AC deve ser da ordem de 0,7 g para cada 100 kcal. As proteínas de alto valor biológico e de melhor digestibilidade são encontradas no leite humano e nos produtos de origem animal (carne, leites, ovos). A dieta à base de vegetais também pode fornecer proteínas de alta qualidade, desde que contenha quantidade suficiente e combinação apropriada de vegetais, como a mistura de arroz com feijão, que fornece proteínas de excelente qualidade (BRASIL, 2002a).

Quanto ao ferro, a densidade recomendada é de 4 mg/100 kcal dos seis aos oito meses, de 2,4 mg/100 kcal dos nove aos 11 meses e de 0,8 mg/ 100 kcal dos 12 aos 24 meses. Sua absorção é influenciada pela presença de outros alimentos. Assim, o ferro de origem vegetal é absorvido mais eficientemente na presença de carnes, peixes, frutose e ácido ascórbico; por outro lado, é menos absorvido quando ingerido com leite, chá, mate ou café. Um aspecto que dificulta o atendimento das recomendações nutricionais referentes a este nutriente é o fato de,

principalmente nos países em desenvolvimento, os alimentos ricos em ferro não serem consumidos em quantidades suficientes por crianças abaixo de dois anos. Desta forma, o estímulo à ingestão de alimentos fortificados ou a suplementação com ferro são estratégias do Ministério da Saúde para aumentar o aporte deste nutriente (BRASIL, 2007; 2005; 2002a). Ainda assim, a deficiência de ferro em crianças pequenas tem sido descrita como um problema de saúde pública (VÍTOLO; BORTOLINI, 2010).

As crianças amamentadas cujas mães têm concentrações adequadas de vitamina A no leite materno alcançam com relativa facilidade as necessidades diárias desta vitamina através de alimentos complementares (BRASIL, 2002a). Em áreas endêmicas de hipovitaminose A, a OMS recomenda a suplementação profilática universal com megadoses de vitamina A para crianças entre seis e 59 meses, que deve estar associada a estratégias, como a diversificação da dieta e o consumo de alimentos fortificados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em relação à densidade energética, o Ministério da Saúde preconiza que os alimentos complementares tenham densidade mínima de 70 kcal/100 mL. Por isso, preparações líquidas como sucos de frutas, sopas e mingaus são desaconselhadas, já que apresentam densidade energética inferior a esse valor. A consistência dos alimentos oferecidos deve ser espessa desde o início da AC e a refeição deve ser oferecida sob a forma de papas ou purês, espessando-a gradativamente até que se chegue à consistência da alimentação da família (BRASIL, 2002a). A quantidade ideal para a refeição de sal no início da AC, aos seis meses, é de duas a três colheres de sopa. O Ministério da Saúde recomenda aumentar a quantidade conforme a aceitação (BRASIL, 2010b). Quanto à frequência, a OMS recomenda três refeições ao dia para os amamentados de seis a oito meses e quatro refeições para as crianças de nove a 11 meses de idade. Já o MS recomenda três refeições ao dia para os amamentados aos seis meses (colação, almoço e lanche) e quatro refeições após a criança completar sete meses de idade (colação, almoço, lanche e jantar) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a; BRASIL, 2010a).

Outro aspecto essencial para a garantia da adequação da AC é a variedade dos alimentos, decisiva para a oferta dos nutrientes necessários nesta fase da vida e para a formação dos hábitos alimentares. Uma alimentação variada deve ter em sua composição o maior número de grupos de alimentos quanto for possível aos responsáveis ofertarem. Um fator que pode limitar a dieta variada é o consumo de alimentos altamente calóricos, pois saciam rapidamente a criança, impedindo a ingestão de outros alimentos (BRASIL, 2002a).

Uma AC adequada é também aquela livre (ou com a menor participação possível) de alimentos de baixo valor nutricional (por exemplo: café, enlatados, frituras, refrigerantes e guloseimas) (BRASIL, 2010a) e/ou de produtos ultraprocessados (prontos para consumo que requerem pouco ou nenhum preparo – congelados, fórmulas infantis e lanches de pacote, por exemplo) (MONTEIRO, 2010). Eles não são recomendados pelo excesso de açúcar, gordura ou sal, associados, muitas vezes, a um baixo teor de micronutrientes (BRASIL, 2002a).

1.1.1.3 Segurança

Práticas adequadas de higiene no preparo dos alimentos complementares são um importante componente para a prevenção e redução da incidência e morbidade das doenças diarreicas e suas consequentes repercussões negativas para o estado nutricional das crianças. A contaminação da água, a insuficiente higiene pessoal, a precária higiene dos utensílios utilizados na oferta dos alimentos (principalmente mamadeiras) e a prolongada exposição das preparações prontas à temperatura ambiente são fatores que comprometem a segurança do alimento (BRASIL, 2002a). Para assegurar a inocuidade das refeições, é preciso que (1) a água oferecida e/ou utilizada seja própria para o consumo humano (tratada, filtrada e fervida); (2) a mãe ou pessoa responsável lave bem as mãos com água e sabão, toda vez que for preparar ou oferecer o alimento à criança; (3) frutas, legumes e verduras sejam lavados em água corrente, colocados de molho por 10 minutos em solução clorada e enxaguados em água corrente, antes de serem descascados, mesmo aqueles não consumidos com casca; (4) todo utensílio que será utilizado na oferta da alimentação à criança seja lavado e enxaguado com água própria para consumo; (5) os alimentos sejam bem cozidos e oferecidos em recipientes higienizados; (6) seja preparada apenas a quantidade de alimento que a criança normalmente ingere numa refeição, a fim de se evitarem sobras. Se a família não tiver refrigerador ou este não apresentar condições de temperatura adequada, orienta-se que os alimentos sejam preparados em horário próximo ao de cada refeição (BRASIL, 2010a).

Outro importante aspecto a ser considerado para a segurança é a questão dos aditivos alimentares. Entende-se por aditivo alimentar qualquer substância que não se consome normalmente como alimento, nem tampouco se utiliza como ingrediente básico, que é adicionada aos alimentos, durante o processamento ou armazenamento. Podem ser antioxidantes, conservantes, corantes, aromatizantes ou agentes que evitem deterioração

microbiológica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Por exemplo, é encontrada uma concentração elevada de aditivos nos produtos ultraprocessados, uma vez que estes são formulados para alcançar um longo tempo de prateleira, para serem transportáveis por longas distâncias e para serem extremamente palatáveis (MONTEIRO et al., 2010).

É inegável, sob o ponto de vista tecnológico, que essas substâncias assumem papel importante na produção de alimentos em larga escala. Entretanto, maior atenção deve ser dada aos riscos toxicológicos provocados por sua ingestão diária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2012). Uma revisão sistemática sobre o consumo de aditivos e os efeitos à saúde mostrou que diversos estudos apontam reações adversas aos aditivos, tais como alergias, alterações no comportamento em geral e até mesmo câncer (em longo prazo) (POLÔNIO; PERES, 2009). É importante ressaltar que as crianças apresentam maior suscetibilidade a reações provocadas pelos aditivos alimentares devido à imaturidade fisiológica, que prejudica o metabolismo e a excreção dessas substâncias (SCHUMANN; POLÔNIO; GONÇALVES, 2008).

A relevância desse assunto é de tal ordem que o Comitê Misto de Especialistas da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO)/OMS sobre Aditivos Alimentares recomenda que não sejam utilizados aditivos intencionais em alimentos destinados a crianças menores de um ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Apesar dessa orientação, vários produtos disponíveis no mercado, como iogurtes, gelatinas, refrigerantes, biscoitos, balas, dentre outros, que são consumidos tanto por crianças como por adultos, não estão sujeitos à referida normatização (POLÔNIO; PERES, 2009), porque, de acordo com a RDC nº 27/2010, os aditivos alimentares e os coadjuvantes de tecnologia estão dispensados da obrigatoriedade de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RESOLUÇÃO – RDC Nº27/2010). Paralelamente a essa questão, existe ainda uma insuficiente regulamentação da propaganda de alimentos destinados ao público infantil no Brasil. Logo, anúncios de televisão estimulam a compra de produtos que contêm diversos aditivos alimentares, principalmente corantes, conservantes e antioxidantes artificiais, que podem trazer riscos à saúde (GARCIA, 2003).

Por tudo isso, a segurança alimentar infantil deve abarcar não só a inocuidade microbiológica dos alimentos e preparações, mas também a ausência de aditivos alimentares (conservantes e corantes).

1.2 Perfil da Alimentação Complementar no país e no mundo

O conjunto de recomendações apresentado no item anterior, entretanto, ainda não foi plenamente incorporado na alimentação de crianças pequenas. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, na qual foram estudadas 4.817 crianças menores de 60 meses, mostrou que o padrão alimentar entre os menores de 24 meses se caracterizava pela introdução de alimentos em idades não oportunas. Por exemplo, entre o 4º e o 5º mês de idade, 41,7% das crianças estudadas já consumiam leites que não o leite materno, 31,6% já ingeriam mingaus e 22% já consumiam comida de sal. Além disso, o estudo revelou que 27% das crianças menores de quatro meses de idade, mesmo sendo amamentadas, já estavam consumindo outros leites que não o materno (BRASIL, 2009c).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal de 2008 (BRASIL, 2009b) corrobora esses achados, uma vez que seus resultados apontaram a introdução precoce da alimentação complementar: já no 1º mês de vida, um contingente expressivo das crianças recebia água (13,8%), chás (15,3%) e/ou outros leites (17,8%). Além disso, crianças entre três e seis meses de idade consumiam comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). Nesse mesmo estudo, em contraste, no período em que se recomenda a introdução de alimentos sólidos ou semissólidos na dieta (dos seis aos nove meses), cerca de uma em cada quatro crianças (26,8%) ainda não recebia comida salgada (VENANCIO et al., 2010).

Além da pesquisa acima citada, diversos estudos locais têm sido realizados com o intuito de traçar o perfil da alimentação infantil. A maioria daqueles que estudaram crianças menores de um ano revela introdução precoce de alimentos, principalmente água e chá (FIGUEIREDO et al., 2004; VIEIRA et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2005; SOUSA; ARAUJO, 2005; BERCINI et al., 2007; PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; SALDIVA et al., 2007; CAETANO et al., 2010; SILVA; VENANCIO; MARCHIONI, 2010; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009b; MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2011). Além disso, em estudos locais realizados em cidades como João Pessoa, Florianópolis, São Paulo e Maringá, proporções expressivas de crianças com seis meses ou mais de idade não receberam alimentos complementares de acordo com o recomendado (KITOKO et al., 2000; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003; BERCINI et al., 2007; SALDIVA et al., 2007; CAETANO

et al., 2010), sugerindo uma ingestão desses nutrientes insuficiente para atender as necessidades nutricionais nessa faixa etária (ACCIOLY; LACERDA, 2009).

Outra prática alimentar que tem sido reportada é o consumo de alimentos considerados não saudáveis pela população infantil. Estudos indicam que, antes mesmo de completarem um ano, as crianças já consomem bebidas achocolatadas, balas e outras guloseimas (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009a; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009b; CAETANO et al., 2010). Também tem sido relatado o uso frequente de mamadeiras e chupetas (KITOKO et al., 2000; FIGUEIREDO et al., 2004; VIEIRA et al., 2004). Essa prática costuma causar confusão de bicos (ARAÚJO et al., 2006) e leva ao desmame precoce (OLIVEIRA et al., 2005; PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009a; CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010; SILVA; VENANCIO; MARCHIONI, 2010). Já foi provado também que mamadeiras e bicos constituem uma fonte de contaminação por *E. coli* para alimentos oferecidos por este meio, como leite e chás (BRASIL, 2002a; TOMASI et al., 1994).

Em termos de tendência temporal da AC, estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro que cobriu o período de 1996 a 2006 e envolveu 19.044 crianças menores de um ano de idade indicou que a introdução precoce de alimentos entre crianças menores de seis meses de idade diminuiu, passando de 86,2% em 1996 para 66,3% em 2006 (CASTRO et al., 2009). Outro estudo de tendência temporal sobre a AC entre crianças menores de um ano, no qual o período compreendido foi de 1998 a 2008 (OLIVEIRA, 2011), também identificou diminuição do consumo precoce de alimentos na população de menores de seis meses (água ou chá, fruta ou suco de fruta e outro leite que não o materno). Entretanto, identificou-se uma piora das práticas de AC entre crianças na faixa etária de seis a 11,9 meses de idade: o indicador síntese da qualidade da dieta - consumo de pelo menos quatro dos cinco grupos de alimentos e consistência adequada para a idade – passou de 67,7% em 1998 para 56,5% em 2006 (não foi possível a construção do indicador para 2008).

Em âmbito internacional, a OMS apresentou em 2010 dados de alguns indicadores referentes às práticas alimentares em crianças de 0 a 23 meses que foram aplicados em 46 países distribuídos entre África, América Latina e Ásia, baseados nas Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) conduzidas entre 2002 e 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). No que diz respeito à prática da AC em crianças de seis a 11 meses de idade, somente foram verificados os indicadores sobre a consistência e a diversidade mínima da dieta. Em relação ao primeiro indicador (analisado para crianças dos seis aos oito meses de idade), as proporções de crianças com consistência adequada da alimentação variaram de 29,5% (em Mali/2006) a 91,5% (no Zimbábue/2005-06) e, em relação ao

segundo (analisado para crianças de seis a 24 meses), as proporções daquelas com diversidade minimamente adequada variaram de 3,9% (na Etiópia/2005) a 81,4% (no Peru/2004-06).

Em estudo realizado em 2002 na Itália, 34% das mães relataram a introdução de alimentos complementares antes dos quatro meses (GIOVANNINI et al., 2004); enquanto que, em outra pesquisa realizada na Alemanha em 1996, 16% disseram ter iniciado essa prática a partir dos três meses (KOLETZKO et al., 2000). No Reino Unido, segundo dados da Pesquisa sobre Alimentação Infantil de 2005, 51% das crianças receberam alimentos complementares antes dos quatro meses (BOLLING et al., 2007).

Dados do Segundo Estudo da Alimentação de Lactentes e Crianças, estudo longitudinal conduzido pelo *US Food and Drug Administration* entre 2005 e 2007 (GRUMMER-STRAWN; SCANLON; FEIN, 2008), realizado com mães de aproximadamente 2000 lactentes dos Estados Unidos (FEIN et al., 2008), revelaram o perfil norte-americano da alimentação infantil no primeiro ano de vida: a dieta de 42% das crianças era suplementada com fórmulas infantis; 10% dos lactentes receberam água com apenas um mês de vida; frutas e legumes foram introduzidos entre cinco e seis meses de idade; a média de idade para a introdução de carnes foi de oito meses; a partir de um ano de idade, 81% dos lactentes tinham começado a consumir leite de vaca e aproximadamente metade das crianças consumiam batata frita e doces, biscoitos ou bolos, e 15 % consumiam bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos industrializados (GRUMMER-STRAWN; SCANLON; FEIN, 2008).

1.3 Alimentação Complementar na agenda das políticas públicas

O cenário das práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida apresentado no item anterior e a importância dessas práticas para a saúde da criança passaram a ocupar, nos últimos anos, um espaço de destaque na agenda das políticas públicas, tanto em âmbito nacional quanto internacional.

1.3.1 Âmbito internacional

Em 1998, a OMS lançou uma publicação de revisão de literatura sobre AC em países em desenvolvimento, objetivando embasar cientificamente a criação de programas voltados à melhoria do consumo alimentar e do estado nutricional de crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Esta publicação foi seguida por outra, divulgada em 2000, com dicas para estimular crianças inapetentes a comer e como alimentá-las quando doentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a).

Em 2003, como fruto da intensificação da mobilização em torno do tema da alimentação infantil, foi lançada a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a). Este documento sinalizou aos países de todo o mundo o impacto que as práticas alimentares têm sobre o estado nutricional, a saúde e a sobrevivência das crianças, além de destacar as obrigações dos governos e organizações internacionais na adequação das práticas alimentares de crianças. Nesse mesmo ano, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) lançou um guia sobre a AC para crianças com até dois anos de idade, dirigido a crianças saudáveis, amamentadas e nascidas a termo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b). Outros manuais da OMS/UNICEF abordam o tema da alimentação para crianças com outras necessidades, como aquelas que não podem ser amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004) e as com desnutrição e infecções graves (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000b).

1.3.2 Âmbito nacional

Em fins da década de 90, a Organização Pan-Americana da Saúde e o MS iniciaram um amplo projeto de elaboração de Guias Alimentares para Crianças Brasileiras. Esse projeto previu a criação de uma série de recomendações práticas, adaptadas às realidades ecológicas, sociais e econômicas das diversas regiões brasileiras, para serem utilizadas na rede básica de saúde, em atividades de orientação nutricional dirigidas às mães de crianças menores de dois anos (GIUGLIANI; VICTORA, 1997). O primeiro resultado foi o “Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos” (BRASIL, 2002a). Com base nesse material, foram criados os “Dez Passos Para uma Alimentação Saudável”, publicação de caráter técnico dirigida a

profissionais de saúde com o intuito de subsidiá-los na promoção da alimentação saudável de crianças (BRASIL, 2002b).

Em 2009, com vistas a potencializar as ações de promoção da alimentação saudável, o MS lançou o Caderno de Atenção Básica “Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar”. O material apresentou novas estratégias de abordagem sobre o aleitamento materno e a AC, com vistas à atualização dos profissionais da área da saúde (BRASIL, 2009a).

Em 2010, se iniciou, em âmbito nacional, uma ação coordenada sobre este assunto: a “Estratégia Nacional Para a Alimentação Complementar Saudável” (ENPACS), lançada pela então Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, com o propósito de apoiar a promoção da alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010a). A inspiração para essa Estratégia veio do curso “Aconselhamento em Alimentação Infantil: um Curso Integrado”, da Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF), cujo objetivo é permitir que os profissionais de saúde deem às mães o apoio e incentivo que elas precisam para alimentar seus filhos (BASSICHETTO; REA, 2008). Também em 2010, em função da ENPACS, a publicação dos “Dez Passos Para uma Alimentação Saudável” ganhou uma nova versão, que veio acompanhada de anexos com receitas de papas, orientações para prevenção da anemia, controle do excesso de peso e para situações comuns que têm consequências na alimentação da criança, como o retorno da mãe ao trabalho (BRASIL, 2010b).

Por fim, com o objetivo de articular as ações de promoção da amamentação e da AC saudável no âmbito do SUS, em 2012 o MS reestruturou a política de alimentação dirigida a crianças menores de dois anos de idade. A Rede Amamenta Brasil e a ENPACS, que antes eram ações paralelas, integraram-se, formando a “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”. Tendo em vista que, embora fossem focos diferentes – AC saudável na ENPACS e aleitamento materno na Rede Amamenta, o público a receber as capacitações era o mesmo (profissionais de saúde da Atenção Básica), o MS idealizou a junção desses temas em uma estratégia que pudesse responder às demandas dos trabalhadores e potencializar as ações de nutrição na primeira infância (BRASIL, 2012a). É importante lembrar que o público-alvo dos profissionais capacitados também é o mesmo – as mães das crianças, ou seja, a integração permitirá que elas recebam orientações uniformizadas, ainda que por diferentes profissionais.

Nesse contexto, o monitoramento das práticas alimentares no início da vida é fundamental, pois permite subsidiar o desenho (e, quando oportuno, o redirecionamento) dessas políticas públicas dirigidas às crianças (BORTOLINI et al., 2012).

1.4 Monitoramento da alimentação infantil

1.4.1 No mundo: Organização Mundial de Saúde

A OMS investe na padronização de indicadores referentes às práticas alimentares de crianças desde 1991, quando lançou a publicação “Indicadores para avaliar as práticas de aleitamento materno” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991). Este documento estabeleceu um conjunto de indicadores que poderiam ser utilizados para avaliar a alimentação infantil nos diferentes países e o progresso dos esforços da promoção do aleitamento materno. Vale lembrar que o único indicador de alimentação complementar presente neste documento era o da AC oportuna (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Em 2002, iniciou-se a revisão dessa publicação com vistas à criação de novos indicadores. Em 2004, a OMS criou um grupo de trabalho para definir e validar indicadores que refletissem a quantidade e qualidade da dieta introduzida, com base nas recomendações da Estratégia Global para Alimentação Infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a), na qual a AC é entendida como uma das maneiras de se promover a alimentação infantil adequada. A publicação dos resultados desse grupo ocorreu no ano de 2006 (WORKING GROUP ON INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING INDICATORS, 2006). Os desdobramentos se deram a partir de 2008, com o lançamento de um documento que apresenta um elenco de oito indicadores principais e sete indicadores opcionais para a avaliação das práticas alimentares de crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Em seguida, em 2010, foram publicados dois documentos complementares: um que propõe um questionário para coleta de dados, que permite a construção dos indicadores apresentados em 2008 e que deve ser adaptado para cada país em que for aplicado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a), e outro que descreve a situação de alguns indicadores de AC em vários países com base em resultados de Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

Conforme mencionado na introdução, os indicadores de AC propostos pela OMS enfocam basicamente as práticas saudáveis, isto é, buscam captar o quanto as recomendações de AC estão sendo atingidas (ex: aporte energético, diversidade da dieta e presença de fontes de micronutrientes específicos). Não contemplam, por exemplo, práticas como o uso de produtos ultraprocessados. Além disso, merece ser questionada a forma de construção de

alguns dos indicadores propostos. Por exemplo: (a) considerar sete grupos de alimentos na composição do indicador de diversidade da dieta e assumir que essa diversidade foi atingida quando pelo menos quatro desses grupos estão presentes; (b) nesse mesmo indicador, não levar em conta o leite materno na composição do grupo referente a leite e derivados, levando a uma proposição de análise dos dados diferenciada entre crianças amamentadas e não amamentadas que é influenciada pela prevalência da amamentação em cada contexto e (c) propor que os indicadores que levam em conta a consistência da alimentação sejam construídos com base na pergunta “*Did (NAME) eat any solid, semi-solid, or soft foods yesterday during the day or at night?*” (Comeu algum alimento sólido, semissólido ou pastoso ontem durante o dia ou à noite? – tradução nossa), cuja validade é questionável.

1.4.2 No Brasil

Uma das fontes de informação sobre alimentação nos dois primeiros anos de vida em âmbito nacional têm sido os inquéritos domiciliares de base populacional, por exemplo, o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), realizado em 1974, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, e as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS), realizadas em 1986, 1996 e em 2006/7 (VENANCIO; MONTEIRO, 1998; BRASIL, 2009c). Esses inquéritos, que abrangem amostras representativas da população de crianças brasileiras (e, no caso do ENDEF e da PNSN, da população brasileira como um todo) têm fornecido informações sobre amamentação e alguns deles, sobre alguns indicadores de AC.

Outra fonte de informação para o monitoramento das práticas alimentares de crianças é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Trata-se de um sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) que é alimentado pelos profissionais da rede básica de saúde e que abarca dados de estado nutricional e de consumo alimentar dos usuários do SUS. Para registro desses dados, estão disponíveis no sistema quatro formulários eletrônicos: (1) cadastro individual e primeiro acompanhamento nutricional, (2) mapa de acompanhamento, (3) marcadores do consumo alimentar para menores de cinco anos e (4) marcadores do consumo alimentar para indivíduos de cinco anos ou mais de idade. No caso de crianças, a informação do tipo de aleitamento materno é obrigatória. O formulário específico para crianças de seis a 24 meses visa caracterizar também o risco tanto para a

ocorrência de deficiência de ferro como para o desenvolvimento de excesso de peso. Além disso, ele tem sido utilizado na construção de indicadores de monitoramento da implementação da ENPACS, que denotam o consumo de frutas, legumes e carne (BRASIL, 2012b). Entre as limitações desse sistema podem ser destacados o seu escopo, que é focado nos usuários do SUS, não tendo, portanto, representatividade de toda a população brasileira e, também, o fato de ainda não ser plenamente utilizado nas unidades de saúde, o que compromete sua cobertura.

Além disso, foi desenvolvida no Brasil uma estratégia de coleta de dados que pudesse acontecer de forma mais ágil que os estudos de base domiciliar, que pudesse gerar informações sobre práticas de amamentação representativas de cada município do país e, ainda, que permitisse a comparação entre os resultados obtidos em cada município (CARVALHAES et al., 1998). Os primeiros esforços para a construção dessa estratégia foram iniciados em meados da década de 90, pelo Instituto de Saúde de São Paulo, e ela vem sendo experimentada e aprimorada desde então. Consiste em inquéritos baseados em entrevistas com mães de crianças menores de um ano no dia da Campanha Nacional de Imunização. Nesses inquéritos, utiliza-se um questionário fechado, com perguntas sobre a prática alimentar da criança no dia anterior à realização da pesquisa (*current status*), evitando potenciais erros de informação decorrentes da memória do informante. O questionário é simples e pode ser aplicado por pessoal não especializado, como, por exemplo, funcionários de serviços de saúde, estudantes universitários ou mesmo estudantes de nível médio (CARVALHAES et al., 1998; VENANCIO et al., 2002; SILVA; VENANCIO; MARCHIONI, 2010). Tendo em vista a boa cobertura da Campanha Nacional de Imunização em todo o território brasileiro, particularmente entre crianças menores de um ano, essa estratégia oferece uma oportunidade ímpar de se realizar inquéritos de base populacional sem a necessidade de realização de entrevistas domiciliares.

A primeira experiência desse inquérito aconteceu na cidade de Botucatu, em 1995 (CARVALHAES et al., 1998). Desde 1996 até o presente momento, muitos municípios realizaram estudos com esse desenho (VENANCIO et al., 2002; FIGUEIREDO et al., 2004; BRUNKEN et al., 2006). Alguns deles o fizeram repetidas vezes desde então, adotando essa estratégia para o monitoramento das práticas alimentares no primeiro ano de vida, como é o caso do Rio de Janeiro (CASTRO et al., 2009). Além disso, Secretarias de Estado de Saúde, como as de São Paulo e do Rio de Janeiro, têm apoiado os municípios na realização de inquéritos regulares durante as Campanhas de Imunização utilizando questionário padronizado (VENANCIO et al., 2002). Nas últimas décadas, o MS realizou dois estudos

sobre a prevalência do aleitamento materno entre crianças menores de um ano nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (em 1999 e em 2008) com o apoio das Secretarias de Estado de Saúde, utilizando esse mesmo questionário padronizado (BRASIL, 2009b; 2001).

Atualmente, o instrumento e a estratégia de coleta de dados mencionados permitem o monitoramento das práticas alimentares no primeiro ano de vida de forma comparável entre todos os municípios do país. Entretanto, ainda que tenham ocorrido avanços em relação à estruturação das perguntas com vistas à construção de indicadores de AC, inclusive aqueles referentes ao consumo de alimentos ultraprocessados, o instrumento atualmente utilizado falha em estimar adequadamente aspectos chave da alimentação complementar, como diversidade da dieta, consistência, alimentos fonte de ferro e alimentos derivados do leite (OLIVEIRA, 2011). Além disso, não permite a construção de indicadores plenamente comparáveis com os preconizados pela OMS (OLIVEIRA, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

Entre as crianças menores de dois anos de idade, o consumo alimentar está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição. No caso dos lactentes, a AC apresenta-se como um momento importante de transição, até que a criança se alimente igual à família. Espera-se que essa AC seja oportuna, adequada e segura. Porém, os indicadores produzidos em pesquisas nacionais e internacionais mostram que, embora possam ter apresentado alguma melhoria nos últimos anos, as práticas alimentares desse grupo populacional estão distantes do desejado no Brasil e no mundo.

Nesse cenário, considerando que a AC vem ganhando destaque na agenda das políticas públicas, o monitoramento dessa prática é uma ação fundamental para subsidiar estas políticas. A revisão da literatura mostra que, em âmbito internacional, o primeiro e único esforço em produzir indicadores de AC foi da Organização Mundial de Saúde. Entretanto, vê-se necessidade de revisão e complementação desses indicadores por ela propostos. Além disso, o instrumento apresentado pela OMS apresenta limitações para a construção de alguns indicadores, além de não ser aplicável a contextos em que a entrevista para coleta de dados tenha que se dar em um curto espaço de tempo. Em âmbito nacional, os estudos sobre práticas alimentares de crianças pequenas têm utilizado um instrumento que apresenta limitações para a construção do conjunto de indicadores necessários para esse monitoramento.

Portanto, é de grande importância que sejam construídos indicadores que expressem adequadamente marcadores relevantes da AC e instrumentos para coleta de dados que permitam a construção adequada desses indicadores.

3 OBJETIVOS

Geral

Propor indicadores e um instrumento para o monitoramento da alimentação complementar no Brasil.

Específicos

1. Desenvolver indicadores de alimentação complementar para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade.
2. Propor nova versão para o instrumento de coleta de dados utilizado em inquéritos voltados para o monitoramento da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida no Brasil.

4 MÉTODOS

O estudo, de caráter metodológico, tomou por base o percurso proposto por Reichenheim e Moraes (2007) para o desenvolvimento de instrumentos de aferição. Realizaram-se oito etapas, a saber:

- ❖ Levantamento bibliográfico de recomendações nacionais e internacionais sobre AC
- ❖ Construção do modelo teórico
- ❖ Padronização da recomendação para os atributos da AC adotados no modelo teórico
- ❖ Construção de indicadores de AC
- ❖ Construção do instrumento de coleta de dados
- ❖ Revisão dos indicadores e do instrumento
- ❖ Pré-testes
- ❖ Formulação de proposta final

Levantamento bibliográfico de recomendações nacionais e internacionais

Foram identificadas as recomendações da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa da Cidade do Rio de Janeiro publicadas em documentos oficiais, como guias e manuais. Os descritores utilizados na busca foram “alimentação infantil”, “desmame”, “alimentação complementar”, “alimentação mista” e “*complementary feeding*”.

Construção do modelo teórico

O modelo aqui proposto (Figura 1) busca sistematizar os principais atributos, componentes e marcadores da AC. Ele foi construído com base em revisão bibliográfica sobre práticas de AC priorizadas na ENPACS (BRASIL, 2010a), indicadores de AC recomendados

pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) (ANEXO A) e estudos que se basearam em diferentes instrumentos para a construção de indicadores de AC (CARVALHAES et al., 1998; CAETANO et al, 2010; SALDIVA et al. 2007; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003; KOLETZKO et al., 2000).

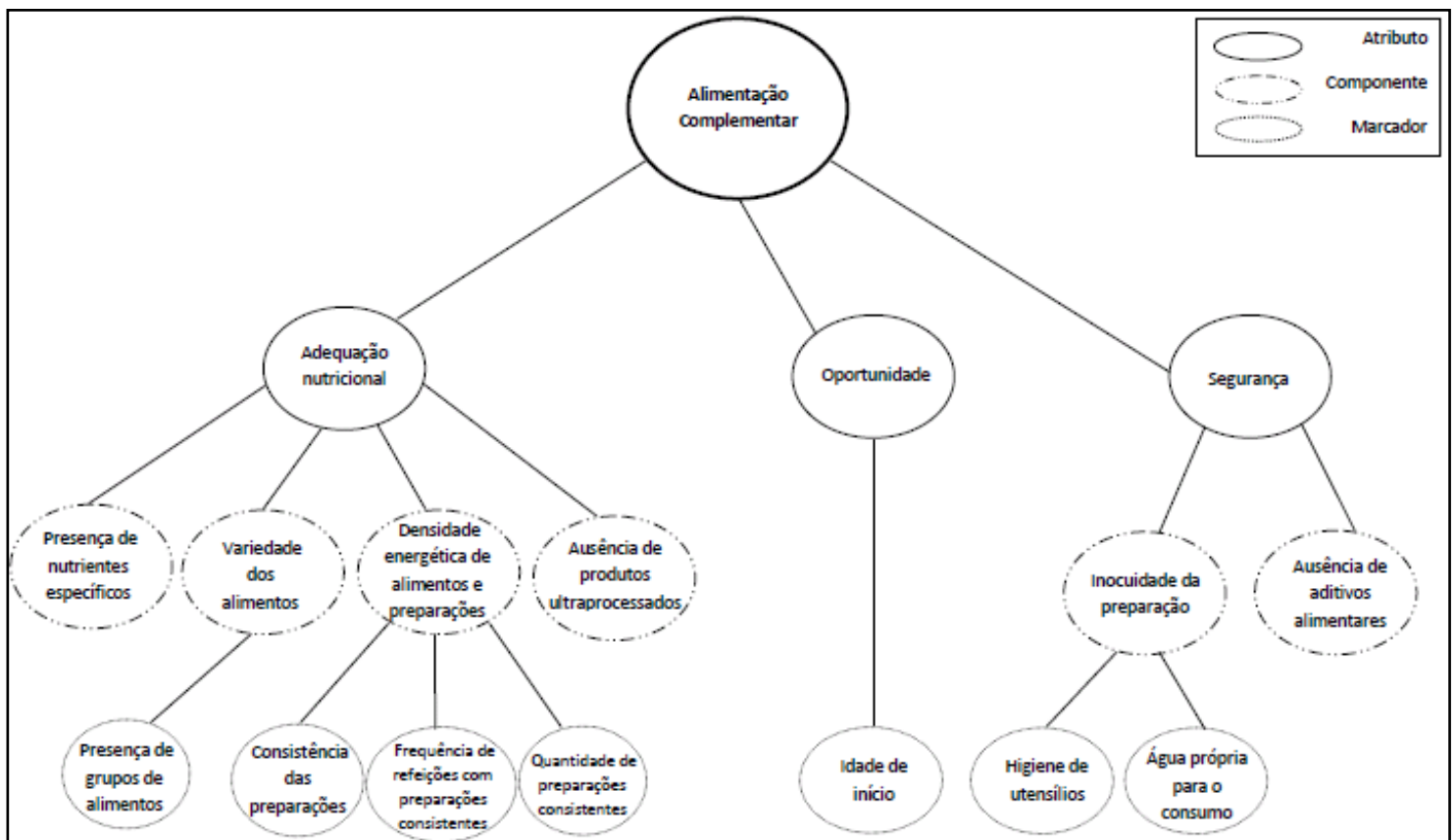
Os três atributos da AC sistematizados no trabalho são: oportunidade, adequação nutricional e segurança. Os dois últimos são expressos por meio de diferentes componentes, conforme descrito a seguir. A oportunidade tem como marcador a idade de introdução da AC, sendo definida como precoce quando iniciada antes dos seis meses, oportuna se iniciada entre seis e sete meses e tardia quando iniciada a partir dos sete meses de idade da criança.

No modelo proposto, a adequação nutricional se expressa por meio de quatro componentes: (a) presença, na alimentação, de nutrientes específicos necessários ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil (por exemplo, ferro e vitamina A), (b) variedade dos alimentos oferecidos, (c) densidade energética dos alimentos e preparações e (d) ausência de produtos ultraprocessados na alimentação. A variedade é caracterizada pela quantidade de grupos de alimentos presentes na alimentação da criança: cereais ou tubérculos, hortaliças, carnes, leguminosas, frutas e leite (inclusive materno). A densidade energética é definida como quantidade de energia fornecida por peso de alimento (BRASIL, 2002b). Nesse modelo, foram tomados como marcadores da densidade energética da alimentação a consistência das preparações, a frequência de refeições com preparações consistentes e a quantidade de preparações consistentes oferecida em cada refeição. Por fim, a ausência de produtos ultraprocessados na alimentação é assumida como um componente da adequação nutricional da AC, levando-se em consideração que a presença desses alimentos caracteriza uma prática inadequada. Isso porque o consumo desses produtos está relacionado à ingestão de grandes quantidades de açúcar e gordura em pequenas porções do alimento - o que representa excessiva densidade energética -, grande quantidade de sódio e, muitas vezes, baixos teores de micronutrientes (MONTEIRO, 2010; BRASIL, 2002a).

Ainda no modelo teórico proposto, a segurança abarca dois componentes: a inocuidade das preparações e a ausência de aditivos na alimentação. O uso de água própria para consumo humano para higiene e preparo das refeições, assim como a higiene de mamadeiras e/ou de utensílios com bicos, são fatores cruciais para o alcance da inocuidade da preparação. Por outro lado, quando se evita o consumo de alimentos ricos em aditivos, como corantes artificiais e conservantes, diminui-se o risco de a criança desenvolver hipersensibilidade alimentar.

Em resumo, pode-se dizer que a alimentação complementar de uma criança ou grupo populacional está adequada se for oportuna a idade de início da introdução de outros alimentos que não o leite materno, se a alimentação for nutricionalmente adequada e se for segura, tanto do ponto de vista químico quanto do microbiológico.

Figura 1 - Modelo teórico sobre atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar.



Fonte: o autor, 2012.

Padronização da recomendação para os atributos da AC identificados e construção de indicadores de AC

Conforme Reichenheim e Moraes (2002) propõem, uma vez estabelecido o modelo teórico, o passo seguinte é definir as variáveis e os indicadores que expressarão, no nível empírico, os conceitos que o compõem.

O percurso que adotamos para isso foi sistematizar as recomendações nacionais e internacionais sobre AC referentes aos atributos, componentes e marcadores do modelo teórico proposto, padronizá-las para cada item (Quadro 1) e elaborar uma matriz de transformação (redução) (REICHENHEIM; MORAES, 2002) dos conceitos chave presentes nas recomendações em variáveis (Quadro 2). As variáveis balizaram a construção das fórmulas dos indicadores e das perguntas que compuseram o instrumento de coleta de dados, que serão apresentados na seção de resultados.

Tomando o atributo da oportunidade como exemplo, o percurso realizado foi:

- Recomendação adotada pelo estudo: iniciar a alimentação complementar, incluindo a água, aos seis meses de idade.
- Variável: idade de introdução da alimentação complementar saudável medida em meses.
- Marcador: consumo de papa de fruta e de papa salgada.
- Indicador construído: percentual de crianças de 6 meses a 8m29d que receberam fruta e refeição de sal dos seis aos oito meses, adotando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças de 6 meses a 8m29d que receberam fruta e refeição de sal}}{\text{Total de crianças de 6m a 8m29d}}$$

Total de crianças de 6m a 8m29d

- Perguntas para captar informações para construção desse indicador:
 - Comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?
 - Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?

Quadro 1 - Cotejamento das recomendações da OMS, Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e recomendações adotadas neste estudo. (CONTINUA)

Atributos/ Componentes/ Marcadores	Recomendações			
	Organização Mundial da Saúde (2003)	Ministério da Saúde (2002; 2010)	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (INAD, 2012)	Adotada no estudo
Oportunidade	Praticar amamentação exclusiva desde o nascimento até os seis meses de idade e introduzir alimentos complementares aos seis meses (180 dias) enquanto continua a amamentação.	Passo 1 - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento. Passo 2 - A partir dos seis meses, introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.	Passo 1 - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento. Introduzir alimentos complementares a partir do sexto mês de vida da criança.	Iniciar a alimentação complementar, incluindo a água, aos seis meses de idade.
Adequação Nutricional - <i>Variedade</i>	Alimento com a maior variedade de alimentos para assegurar que a necessidade de nutrientes foi alcançada. Carne, aves, peixes ou ovo deveriam ser oferecidos sempre que possível. Dietas vegetarianas podem não alcançar a necessidade de nutrientes para essa idade, a menos que se usem suplementos ou alimentos fortificados.	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. Introduzir carnes a partir do sexto mês. O ovo já pode ser introduzido inteiro (clara e gema).	As refeições (almoço e jantar) devem conter um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos + legumes + verduras + carnes + leguminosas). Introduzir carnes a partir do sexto mês. O ovo já pode ser introduzido inteiro (clara e gema).	As refeições (almoço e jantar) devem conter um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos + legumes + verduras + carnes ou ovo + leguminosas).

(CONTINUAÇÃO)

Atributos/ Componentes/ Marcadores	Recomendações			
	Organização Mundial da Saúde (2003)	Ministério da Saúde (2002; 2010)	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (INAD, 2012)	Adotada no estudo
<p>Adequação Nutricional - <i>Densidade Energética</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Quantidade 	<p>Comece aos seis meses de idade com pequenas quantidades de comida e aumente conforme a criança vai ficando mais velha, enquanto mantém a amamentação. A quantidade de energia advinda dos alimentos complementares para crianças amamentadas em países em desenvolvimento deve ser de aproximadamente 200 kcal/dia para 6-8m, 300 kcal para 9-11m e 550 kcal para 12-13m. Em países industrializados essa estimativa difere por causa das diferenças de ingestão média de leite materno (130, 310 e 580 kcal/dia para 6-8m, 9-11 e 12-23 meses, respectivamente).</p>	<p><u>A partir de seis meses</u> Iniciar com duas a três colheres de sopa por refeição e aumentar a quantidade conforme aceitação</p> <p><u>A partir dos sete meses</u> 2/3 de uma xícara ou tigela de 250 mL por refeição</p> <p><u>De nove a 11 meses</u> 3/4 de uma xícara ou tigela de 250 mL por refeição</p> <p><u>De 12 a 24 meses</u> Uma xícara ou tigela de 250 mL por refeição</p>	<p>Seis meses – 2 a 3 colheres de sopa por refeição</p> <p>Sete meses – 4 a 5 colheres de sopa por refeição</p> <p>Oito a 11 meses – 6 a 7 colheres de sopa por refeição</p> <p>12 a 24 meses – 8 a 10 colheres de sopa por refeição</p>	<p>Seis meses – 2 a 3 colheres de sopa por refeição</p> <p>Sete meses – 4 a 5 colheres de sopa por refeição</p> <p>Oito a 11 meses – 6 a 7 colheres de sopa por refeição</p> <p>12 a 24 meses – 8 a 10 colheres de sopa por refeição</p>
<p>Adequação Nutricional - <i>Densidade Energética</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Frequência 	<p>Para os bebês amamentados saudáveis, refeições de alimentos complementares devem ser fornecidas 2-3 vezes por dia aos seis a oito meses de idade e 3-4 vezes por dia para nove a 24 meses de idade, com lanches saudáveis adicionais (como um pedaço de fruta ou pão) oferecidos 1-2 vezes por dia, conforme desejado. Lanches são definidos como alimentos consumidos entre as refeições, que geralmente a criança come sozinha, e fáceis de</p>	<p>Passo 3 - Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.</p>	<p>Oferecer à criança amamentada três refeições/dia (2 papas de fruta e almoço) no sexto mês e quatro refeições a partir do sétimo mês (2 papas de fruta, almoço e jantar)</p> <p>Esquema alimentar para crianças não amamentadas: no quarto e no quinto meses devem seguir o esquema alimentar de recomendado para crianças amamentadas no sexto e no sétimo meses, respectivamente.</p>	<p>Oferecer 3 refeições a partir dos seis meses, sendo uma de sal, e 4 a partir de sete meses, sendo duas de sal.</p>

	preparar. Se a densidade energética ou a quantidade de comida por refeição for baixa, pode ser necessário aumentar a frequência das refeições.			
--	---	--	--	--

(CONTINUAÇÃO)

Atributos/ Componentes/ Marcadores	Recomendações			
	Organização Mundial da Saúde (2003)	Ministério da Saúde (2002; 2010)	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (INAD, 2012)	Adotada no estudo
Adequação Nutricional - <i>Densidade Energética</i> • Consistência	As crianças podem comer alimentos na forma de purê, amassados e/ou semissólidos a partir dos seis meses. Aos 12 meses, a maioria das crianças pode comer os mesmos tipos de alimentos consumidos pela família (mantendo em mente a necessidade de alimentos ricos em nutrientes). Evitar alimentos que podem causar asfixia (ou seja, itens que têm uma forma e / ou consistência que pode levá-los a se alojar na traquéia, como nozes, uvas, cenoura crua).	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.	Amassar os alimentos com garfo. Não liquidificar e não passar em peneira. Os alimentos deverão ter consistência de papa ou purês. Evitar sopas e sucos.	Começar com alimentos pastosos e semissólidos até chegar à consistência da família. A partir dos seis meses, oferecer alimentos pastosos. A partir dos oito meses, oferecer alimentos semi-sólidos e sólidos.
Adequação Nutricional - <i>Oferta de alimentos fonte de nutrientes específicos</i>	Frutas ricas em vitamina A e hortaliças devem ser comidas diariamente. Carne, aves, peixes ou ovo devem ser oferecidos sempre que possível.	Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida. Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, legumes e verduras nas refeições.	Aos 6m: Carne e legumes e/ou verduras ¹ vez ao dia A partir dos 7m: Carne e legumes e/ou verduras ² vezes ao dia Como sobremesa, fruta (sem adicionar açúcar).	Frutas ricas em vitamina A e hortaliças deveriam ser comidas diariamente. Carne, aves, peixes ou ovo deveriam ser oferecidos sempre que possível.

(CONCLUSÃO)

Atributos/ Componentes/ Marcadores	Recomendações			
	Organização Mundial da Saúde (2003)	Ministério da Saúde (2002; 2010)	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (INAD, 2012)	Adotada no estudo
Adequação Nutricional - <i>Consumo de produtos alimentícios ultraprocessados</i>	Evitar oferecer bebidas com baixo valor nutritivo, tais como café, chá, bebidas açucaradas e refrigerantes.	Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.	Não é saudável a criança experimentar: balas, gelatina, geleia de mocotó, refrigerantes, guaraná natural, sucos artificiais, bebidas à base de soja, café, achocolatados, iogurtes industrializados, biscoitos recheados ou salgados, macarrão instantâneo, enlatados, embutidos, frituras, bebidas alcoólicas.	Evitar açúcar, achocolatado, margarina, requeijão, café, enlatados, frituras, refrigerantes, mate, guaraná natural, balas, biscoitos, salgadinhos, sucos industrializados, gelatinas, sorvetes e picolés, bolos, tortas e outras guloseimas.
Segurança: - <i>Inocuidade microbiológica</i>	a) Lavar as mãos do cuidador e da criança antes de preparar a comida e antes de comer; b) Armazenar alimentos de forma segura e servir alimentos imediatamente após o preparo; c) Usar utensílios limpos para preparar e servir a comida; d) Usar copos e pratos limpos para alimentar as crianças; e) Evitar o uso de mamadeiras, que são difíceis de manter limpas.	Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.	Atenção à higiene no preparo, manuseio e armazenamento dos alimentos. Evitar uso da mamadeira. Não oferecer mel para crianças menores de um ano.	a) Lavar as mãos do cuidador e da criança antes de preparar a comida e antes de comer b) Armazenar alimentos de forma segura e servir alimentos imediatamente após o preparo c) Usar utensílios limpos para preparar e servir a comida d) Usar copos e pratos limpos para alimentar as crianças e) Evitar o uso de mamadeiras, que são difíceis de manter limpas.
Segurança: - <i>Presença de aditivos alimentares</i>	Evitar oferecer bebidas com baixo valor nutritivo, tais como café, chá, bebidas açucaradas e refrigerantes.	Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.	Não é saudável a criança experimentar: balas, gelatina, geleia de mocotó, refrigerantes, guaraná natural, sucos artificiais, bebidas à base de soja, café, achocolatados, iogurtes industrializados, biscoitos recheados ou salgados, macarrão instantâneo, enlatados, embutidos, frituras, bebidas alcoólicas.	Evitar açúcar, achocolatado, margarina, requeijão, café, enlatados, frituras, refrigerantes, mate, guaraná natural, balas, biscoitos recheados e salgados, sucos industrializados, gelatinas, sorvetes e picolés, bolos, tortas e outras guloseimas.

Quadro 2 - Matriz de transformação (redução) dos conceitos chave presentes nas recomendações adotadas em variáveis.

Conceito	Oportunidade	Adequação				Segurança	
	Oportunidade	Variedade	Densidade Energética	Nutrientes específicos	Produtos ultraprocessados	Inocuidade microbiológica	Aditivos alimentares
Recomendação	Iniciar a alimentação complementar, incluindo a água, aos seis meses de idade.	As grandes refeições (almoço e jantar) devem conter um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos + legumes + verduras + carnes ou ovo + leguminosas). Leite (inclusive materno) e derivados e frutas podem ser incluídos nas pequenas refeições.	Oferecer três refeições a partir dos seis meses (sendo uma de sal) e quatro a partir dos sete meses (sendo duas de sal). A partir dos seis meses, oferecer alimentos pastosos. A partir dos sete meses, oferecer alimentos semissólidos e sólidos.	Frutas e hortaliças ricas em vitamina A devem ser comidas diariamente. Carne, aves, peixes ou ovo devem ser oferecidos sempre que possível.	Evitar açúcar, achocolatado, margarina, requeijão, café, enlatados, frituras, refrigerantes, mate, guaraná natural, balas, biscoitos recheados e salgados, sucos industrializados, gelatinas, sorvetes e picolés, bolos, tortas e outras guloseimas.	Lavar as mãos do cuidador e da criança antes de preparar a comida e antes de comer. Armazenar alimentos de forma segura e servi-los imediatamente após o preparo. Usar utensílios limpos para preparar e servir a comida. Usar copos e pratos limpos para alimentar a criança. Evitar o uso de mamadeiras, que são difíceis de manter limpas.	Não devem ser utilizados aditivos em alimentos destinados a crianças menores de um ano.
Variável/Marcador	Idade/Consumo de papa de fruta e papa salgada	Grupos de alimentos	Consistência+ Frequência da refeição de sal	Alimentos ricos em nutrientes específicos	Produtos ultraprocessados	Utensílios com bico	Produtos ultraprocessados
Medida	Meses/Nº de vezes	Nº de grupos de alimentos	Sólida, semissólida, pastosa ou líquida/nº de refeições de sal	Presença/ausência	Nº de produtos marcadores consumidos	Uso de mamadeiras, "chuquinha" e/ou chupeta	Ter consumido pelo menos um produto marcador

Construção do instrumento de coleta de dados

Com base no questionário da II Pesquisa Nacional Sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida (BRASIL, 2009b) (ANEXO C), no questionário proposto pela OMS para a investigação de Práticas Alimentares Infantis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a) (ANEXO B) e no elenco de indicadores criados, foi elaborada uma primeira versão do instrumento de aferição proposto pelo estudo.

Revisão dos indicadores e do instrumento

Para esta tarefa, foram realizadas duas oficinas com especialistas em AC de diferentes instituições. A primeira, que ocorreu na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e teve a duração de dois turnos, foi dedicada ao exame do modelo teórico, dos indicadores e da primeira versão do questionário. Dela participaram 12 especialistas, dentre as quais pesquisadoras, professoras e gestoras da Atenção Básica. A segunda, ocorrida em São Paulo, consistiu em um encontro organizado pelo Instituto de Saúde de São Paulo com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Nela, dentre outros assuntos, foram discutidos os indicadores e o instrumento contemplados no presente estudo.

Pré-testes do instrumento de coleta de dados e formulação da proposta final

Intercalados com as oficinas, foram realizados quatro pré-testes com mães de crianças menores de dois anos em unidades de saúde do Rio de Janeiro. Três deles foram dedicados a averiguar o entendimento das mães em relação às perguntas e um deles teve o objetivo de testar operacionalmente o instrumento. Nos pré-testes de entendimento, depois de aplicado o questionário completo, perguntava-se a cada mãe entrevistada qual havia sido o seu entendimento sobre determinados termos utilizados em algumas questões. Esses pré-testes foram realizados na Policlínica Piquet Carneiro, na cidade do Rio de Janeiro.

No primeiro, perguntou-se a 11 mães sobre seu entendimento em relação a mingau, comida de sal, miúdos/vísceras, legumes/verduras, suco industrializado e macarrão instantâneo. A versão gerada com base neste pré-teste foi utilizada no pré-teste de operacionalização, realizado no dia da segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação de 2012, na cidade do Rio de Janeiro. Embora a amostra de conveniência envolvesse 100 mães, houve uma recusa, o que resultou na participação de 99 mães de crianças menores de um ano. Foram aplicados questionários em três Unidades Básicas de Saúde distribuídas em diferentes regiões da cidade (Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste). Nesta ocasião o objetivo central foi testar, em uma escala maior, a viabilidade operacional e o tempo de aplicação do questionário, incluindo o bloco habitual de questões sobre o nascimento da criança e sobre dados sociodemográficos da mãe. Em caráter complementar, objetivou-se conhecer a frequência de algumas práticas alimentares. Os resultados foram analisados em frequências simples e subsidiaram a discussão ocorrida na oficina de especialistas em São Paulo. Um dos produtos dessa oficina foi uma nova versão do questionário, o que gerou a necessidade dos outros dois pré-testes de entendimento.

No segundo pré-teste de entendimento das mães foram entrevistadas 13 pessoas e o enfoque foi direcionado para alimento sólido, semissólido e pastoso, fritura, verduras de folhas, hambúrguer, achocolatado e alimento adoçado. No terceiro foram também entrevistadas 13 mães, tendo sido abordados os seguintes alimentos ou grupos de alimentos: alimento sólido, semissólido e pastoso (novamente), suco industrializado ou em pó, comida de sal (novamente), legumes, verduras de folhas (novamente) e bolacha, biscoito ou salgadinho de pacote. Com base nos resultados de cada um desses pré-testes, foram realizados alguns ajustes no questionário, gerando uma nova versão. Os resultados embasaram a construção da versão final do questionário, que será apresentada no capítulo 5 desta dissertação.

Aspectos Éticos

O estudo em que o presente trabalho foi aninhado obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PROTOCOLO DE PESQUISA nº193/11; PARECER nº332ª/2011). Foram incluídas nas atividades de pré-teste somente as mães que concordaram em participar do estudo.

5 ARTIGO

Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: indicadores e instrumento

Juliana Martins OLIVEIRA; Inês Rugani Ribeiro de CASTRO; Gabriela Bioni e SILVA; Sonia Isoyama VENANCIO; Silvia SALDIVA

RESUMO

Objetivo: Apresentar indicadores e instrumento para monitoramento da alimentação complementar (AC) entre crianças menores de dois anos no Brasil, descrevendo seu processo de formulação. **Método:** Com base em um modelo teórico construído no âmbito do projeto, foram sistematizadas as recomendações sobre seus conceitos chave, que foram transformados em medidas empíricas (indicadores), as quais nortearam a elaboração do instrumento para coleta de dados. Foram realizadas duas oficinas com especialistas em AC para opinamento sobre os indicadores e o instrumento e quatro pré-testes com a população de interesse. **Resultados:** O estudo apresenta 19 indicadores referentes a oportunidade, a adequação nutricional e a segurança da AC, sendo três deles opcionais. Traz, também, um questionário que permite a construção dos indicadores propostos, que pode ser aplicado em inquéritos com entrevistas face a face, por telefone ou, ainda, em atividades de monitoramento do consumo alimentar na rotina dos serviços de saúde. São necessárias pesquisas ulteriores para a validação deste questionário.

Palavras-chave: alimentação complementar, monitoramento, indicador, questionário, modelo teórico

Assessing complementary feeding practices in the first two years of life: indicators and instrument

Juliana Martins OLIVEIRA; Inês Rugani Ribeiro de CASTRO; Gabriela Bioni e SILVA; Sonia Isoyama VENANCIO; Silvia SALDIVA

The aim of this study is to present indicators and a questionnaire to assess complementary feeding (CF) among Brazilian children up to 2 years old. Based in a theoretical model designed during the project development, we systematized recommendations about key concepts from the model, that then became empirical measures (indicators), which guided the construction of a tool for data collection. Two meetings were held with CF experts to hear about the indicators and the instrument and four pre-tests were held with the target population. The study presents 19 indicators related to opportunity, nutritional adequacy and safety of CF, three of them being optional. It also brings a questionnaire that allows calculating the proposed indicators and can be applied in surveys by phone or by face-to-face interviews or, still, in activities of monitoring the food intake at the health services routine. Further research is needed to validate this tool.

Keywords: complementary food, monitoring, indicator, questionnaire, theoretical model

INTRODUÇÃO

A promoção da alimentação complementar (AC) saudável vem se tornando uma prioridade na agenda das políticas públicas de alimentação e saúde. No Brasil, ações nesse sentido foram iniciadas no início dos anos 2000¹, sendo a mais recente a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tem por objetivo potencializar as capacitações sobre Nutrição na Primeira Infância para profissionais da Atenção Básica². Nesse contexto de priorização do tema no âmbito das políticas públicas, o monitoramento de indicadores referentes às práticas alimentares do início da vida é fundamental, pois pode subsidiar o desenvolvimento, a avaliação e o redirecionamento dessas políticas³. Esse monitoramento tem sido realizado por meio de diferentes estratégias que se complementam como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sistema de informação do Sistema Único de Saúde alimentado pelos

profissionais da rede básica de saúde e que abarca dados de estado nutricional e de consumo alimentar dos usuários do SUS⁴; inquéritos populacionais de base domiciliar, como as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS)⁵ e inquéritos populacionais mais simples e de custo mais baixo do que os de base domiciliar, como os realizados durante a Campanha Nacional de Imunização⁶.

Inquéritos neste último formato têm sido realizados em municípios brasileiros desde 1995⁷. Nos anos de 1999 e 2008 foram realizados nas capitais brasileiras pelo Ministério da Saúde (MS) com o apoio de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde^{8,9}. Entretanto, até o presente momento, o foco desses inquéritos foi a amamentação, sendo ainda incipientes os indicadores da AC.

No cenário internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, a partir de 1991, publicações sobre monitoramento da amamentação¹⁰ e, a partir de 1998, sobre AC¹¹. A mais atual consiste de um conjunto de três materiais sobre o monitoramento de práticas alimentares de crianças até dois anos de idade: o primeiro apresenta um elenco de indicadores sobre amamentação e AC¹², o segundo, um instrumento para a coleta de dados para estudos de base domiciliar que permite a construção desses indicadores¹³ e o terceiro, a descrição da situação de alguns indicadores de AC em vários países com base em resultados de Pesquisas de Demografia e Saúde em vários países¹⁴.

Entretanto, o conjunto de indicadores propostos pela OMS não cobre todo o leque de práticas alimentares que consideramos relevante monitorar, como, por exemplo, o consumo de produtos ultraprocessados¹⁵. Além disso, alguns dos indicadores propostos apresentam fragilidades em sua construção, seja nos componentes levados em conta para o seu cálculo, seja na estrutura da pergunta utilizada no instrumento de coleta de dados. Outra limitação é o fato de, por ser bastante extenso, tal questionário não se adequar a estudos que demandem um tempo mais curto para coleta de dados, como, por exemplo, aqueles realizados em dia de campanhas de vacinação ou em atividades de monitoramento do consumo alimentar na rotina dos serviços de saúde.

Com o intuito de melhorar a qualidade do monitoramento das práticas de AC no Brasil, neste momento de consolidação das políticas de promoção da AC saudável, esse artigo tem o propósito de descrever o processo de formulação de um conjunto de indicadores para monitoramento da AC entre crianças brasileiras menores de dois anos e de um instrumento para coleta de dados que permita a construção desses indicadores.

MÉTODOS

O estudo, de caráter metodológico, tomou por base o percurso proposto por Reichenheim e Moraes¹⁶ para o desenvolvimento de instrumentos de aferição. Primeiramente, foi construído um modelo teórico. Em seguida, os conceitos chave desse modelo foram desdobrados em medidas empíricas (indicadores) e, por fim, foi construído um instrumento para a coleta de dados que contemplasse os indicadores de interesse.

Modelo teórico

A construção dos indicadores propostos partiu de um modelo teórico (Figura 1) que busca sistematizar os principais atributos, componentes e marcadores da AC. Ele foi construído com base em revisão bibliográfica sobre práticas de AC preconizadas na Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável¹⁷, indicadores de AC recomendados pela OMS¹² e estudos que se basearam em diferentes instrumentos para a construção de indicadores de AC^{7, 18, 19, 20, 21}.

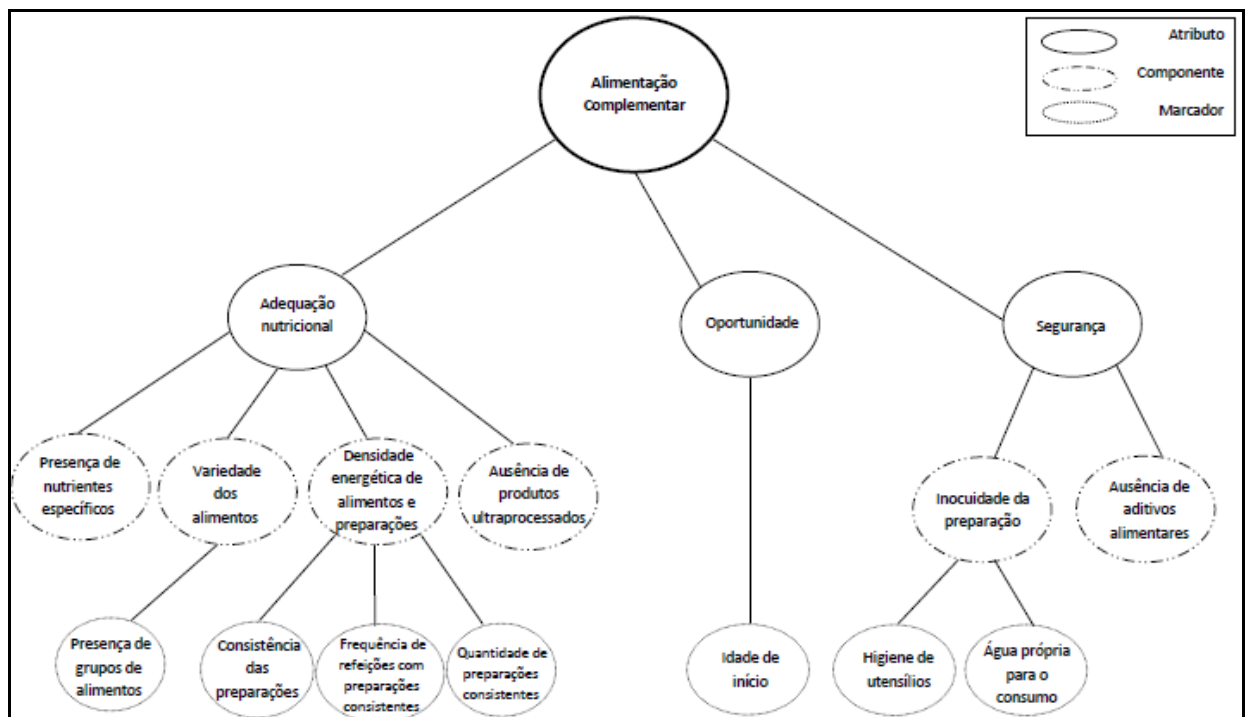
Os três atributos da AC aqui sistematizados são: oportunidade, adequação nutricional e segurança. A oportunidade diz respeito à idade de introdução da AC, sendo definida como precoce quando iniciada antes dos seis meses, oportuna se iniciada entre seis e sete meses e tardia quando iniciada a partir dos sete meses de idade da criança.

A adequação nutricional se expressa por meio de quatro componentes: presença, na alimentação, de nutrientes específicos necessários ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil (por exemplo, ferro e vitamina A); variedade dos alimentos oferecidos; densidade energética dos alimentos e preparações e ausência de produtos ultraprocessados na alimentação. A variedade é caracterizada pela quantidade de grupos de alimentos presentes na alimentação da criança, a saber: cereais ou tubérculos, hortaliças, carnes ou ovos, leguminosas, frutas e leite. A densidade energética é definida como quantidade de energia fornecida por peso de alimento¹. Foram tomados como marcadores da densidade energética da alimentação a consistência das preparações, a frequência de refeições com preparações ofertadas na consistência adequada para a idade da criança e a quantidade de preparações na consistência adequada oferecida em cada refeição. Por fim, a ausência de produtos ultraprocessados na alimentação é assumida como um componente da adequação nutricional

da AC. A presença desses produtos caracteriza uma prática inadequada, devido à alta concentração de açúcar e gordura em pequenas porções do alimento - o que representa elevada densidade energética - e de sódio e, muitas vezes, baixos teores de micronutrientes^{1, 22}.

A segurança abarca dois componentes: a inocuidade das preparações e a ausência de aditivos na alimentação. O uso de água própria para consumo humano para higiene e preparo das refeições, assim como a higiene de utensílios como mamadeiras e/ou copos com bicos, são fatores cruciais para o alcance da inocuidade da alimentação²³. Por outro lado, quando se evita o consumo de alimentos ricos em aditivos, como corantes artificiais, diminui-se o risco de a criança desenvolver hipersensibilidade alimentar^{24,25}. Tomamos como marcador da presença de aditivos na alimentação o consumo de produtos ultraprocessados.

Figura 1 - Modelo teórico sobre atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar.



Construção dos indicadores

Tendo por base o modelo teórico, foram definidas as variáveis e os indicadores que expressam, no nível empírico, os conceitos que o compuseram. Para isso, foram sistematizadas as recomendações nacionais e internacionais^{1,17,26,27} referentes aos atributos, componentes e marcadores da AC propostos no modelo teórico. Para cada item do modelo foi definida apenas uma recomendação, sendo algumas delas adotadas sem modificação em relação às referências consultadas e outras, reescritas. Em seguida, foi elaborada uma matriz de transformação dos conceitos chave^{16,28} do modelo teórico e das recomendações em indicadores e respectivas fórmulas para sua construção. Os indicadores propostos pela OMS¹² foram incorporados, adaptados, reformulados ou complementados em função de sua adequação aos conceitos chave do modelo e às recomendações adotadas nessa matriz.

Construção do instrumento para coleta de dados (questionário)

O processo de construção como um todo está apresentado na Figura 2. Com base no questionário da II Pesquisa Nacional Sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida⁸, no questionário proposto pela OMS para a investigação de Práticas Alimentares Infantis¹³ e no elenco de indicadores criados, foi elaborada uma primeira versão do instrumento de aferição proposto pelo estudo. Essa versão foi submetida à apreciação em duas oficinas com especialistas em AC de diferentes instituições. A primeira, que ocorreu na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e teve a duração de dois turnos, foi dedicada ao exame do modelo teórico, dos indicadores e da primeira versão do questionário. Dela participaram 12 especialistas, dentre as quais pesquisadoras, professoras e gestoras da Atenção Básica. A segunda, ocorrida em São Paulo, consistiu em um encontro organizado pelo Instituto de Saúde de São Paulo com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Nela, dentre outros assuntos, foram discutidos os indicadores e o instrumento contemplados no presente estudo.

Intercalados com as oficinas, foram realizados quatro pré-testes com mães de crianças menores de dois anos em unidades de saúde do Rio de Janeiro. Três deles foram dedicados a

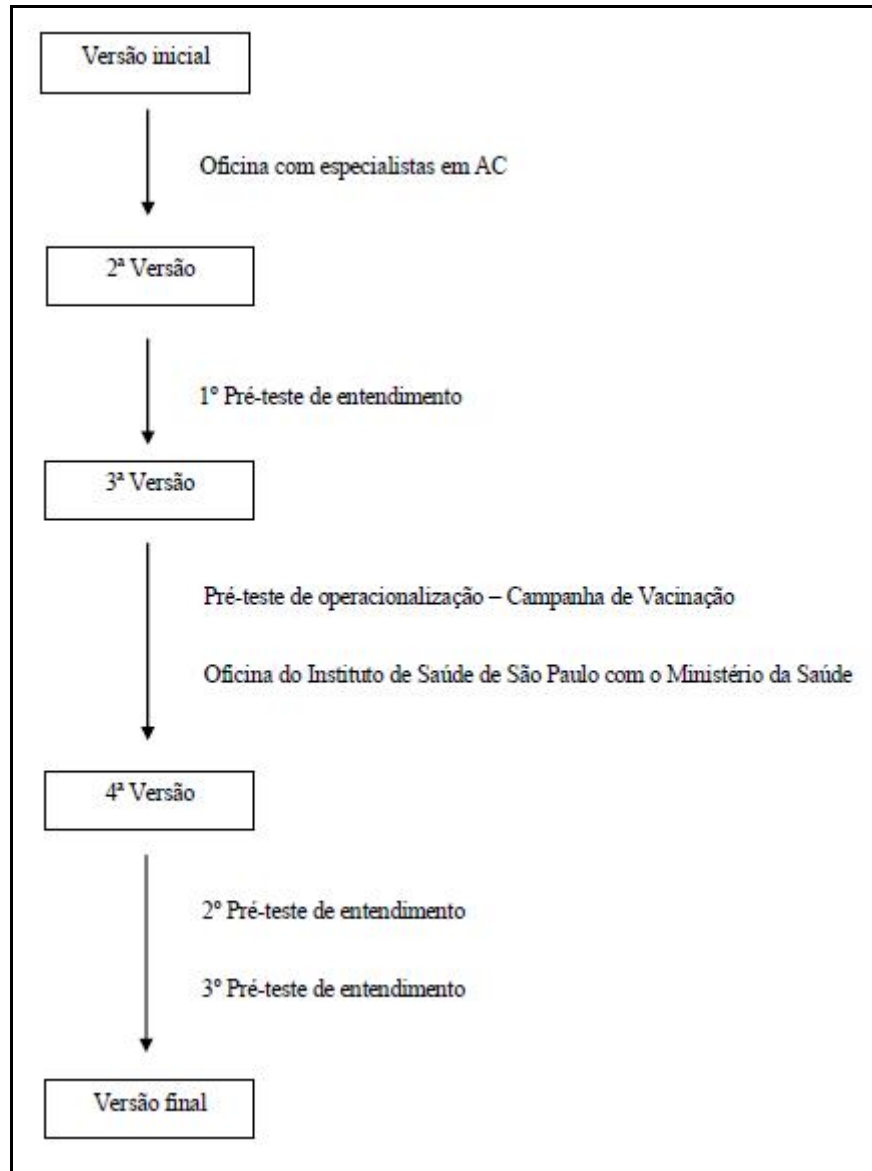
averiguar o entendimento das mães em relação às perguntas e um deles teve o objetivo de testar operacionalmente o instrumento. Nos pré-testes de entendimento, depois de aplicado o questionário completo, perguntava-se a cada mãe entrevistada qual havia sido o seu entendimento sobre determinados termos utilizados em algumas questões. Esses pré-testes foram realizados na Policlínica Piquet Carneiro, na cidade do Rio de Janeiro.

No primeiro, perguntou-se a 11 mães sobre seu entendimento em relação a mingau, comida de sal, miúdos/vísceras, legumes/verduras, suco industrializado e macarrão instantâneo. A versão gerada com base neste pré-teste foi utilizada no pré-teste de operacionalização, realizado no dia da segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação de 2012, na cidade do Rio de Janeiro. Embora a amostra de conveniência envolvesse 100 mães, houve uma recusa, o que resultou na participação de 99 mães de crianças menores de um ano. Foram aplicados questionários em três Unidades Básicas de Saúde distribuídas em diferentes regiões da cidade (Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste). Nesta ocasião o objetivo central foi testar, em uma escala maior, a viabilidade operacional e o tempo de aplicação do questionário, incluindo o bloco habitual de questões sobre o nascimento da criança e sobre dados sociodemográficos da mãe. Em caráter complementar, objetivou-se conhecer a frequência de algumas práticas alimentares. Os resultados foram analisados em frequências simples e subsidiaram a discussão ocorrida na oficina de especialistas em São Paulo. Um dos produtos dessa oficina foi uma nova versão do questionário, o que gerou a necessidade dos outros dois pré-testes de entendimento.

No segundo pré-teste de entendimento das mães foram entrevistadas 13 pessoas e o enfoque foi direcionado para alimento sólido, semissólido e pastoso, fritura, verduras de folhas, hambúrguer, achocolatado e alimento adoçado. No terceiro foram também entrevistadas 13 mães, tendo sido abordados os seguintes alimentos ou grupos de alimentos: alimento sólido, semissólido e pastoso (novamente), suco industrializado ou em pó, comida de sal (novamente), legumes, verduras de folhas (novamente) e bolacha, biscoito ou salgadinho de pacote. Com base nos resultados de cada um desses pré-testes, foram realizados alguns ajustes no questionário, gerando uma nova versão.

Os resultados embasaram a construção da versão final do instrumento de coleta de dados, que apresenta apenas questões fechadas, tendo “sim” ou “não” ou “não sei” como opções de resposta. Para algumas perguntas, quando a resposta da questão anterior for afirmativa, investiga-se o número de vezes que se consumiu tal alimento/preparação. A versão final do questionário está apresentada adiante, na seção de resultados.

Figura 2 – Etapas de elaboração do instrumento para coleta de dados sobre alimentação complementar. Rio de Janeiro, RJ, 2013.



RESULTADOS

Indicadores

Ao todo, são propostos 19 indicadores, organizados de acordo com a recomendação adotada para cada componente do modelo teórico proposto no presente estudo (Quadro 1).

Para a maioria dos indicadores, a faixa etária proposta no indicador original pode ser estratificada, por exemplo, nas seguintes faixas: 6m a 11m29d, 12m a 17m29d, 18m a 23m29d. No caso da densidade energética, a estratificação por idade envolve mudança na quantidade de refeições e em sua consistência. Por isso, nesse caso são propostos indicadores opcionais. Todos os indicadores são expressos em proporções, com exceção dos indicadores AV8 e AU2, que são expressos na forma de médias. Cabe registrar, ainda, que todos os indicadores podem ser construídos para crianças amamentadas e não amamentadas.

Quadro 1 – Atributos e componentes da alimentação complementar, recomendações para sua concretização, indicadores para sua mensuração e perguntas utilizadas para sua construção.

Rio de Janeiro, RJ, 2013.

Atributos e/ou Componentes	Recomendação adotada	Fórmula do indicador	Perguntas do instrumento proposto que compõem o indicador
Oportunidade	Iniciar a alimentação complementar, incluindo a água, aos seis meses de idade.	O1 Nº de crianças de 6 meses a 8m29d que <u>receberam fruta e refeição de sal</u> total de crianças de 6m a 8m29d	22. ^a Comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? 24. Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?
Variedade	As grandes refeições (almoço e jantar) devem conter um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos + legumes + verduras + carnes ou ovo + leguminosas). Leite (inclusive materno) e derivados e frutas podem ser incluídos nas pequenas refeições.	AV1 Nº de crianças de 6m a 23m29d que receberam alimentos de <u>todos os seis grupos*</u> total de crianças de 6m a 23m29d *cereais e tubérculos, hortaliças, frutas, carnes ou ovo, leguminosas, leite (incluindo o materno) e derivados, frutas AV2 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam cereais/tubérculos*</u> total de crianças de 6m a 23m29d * arroz, batata, inhame, aipim, macarrão AV3 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam hortaliças*</u> total de crianças de 6m a 23m29d * abóbora, cenoura, brócolis, couve, verduras de folhas	Perguntas utilizadas nos indicadores AV1 a AV7 34. Comeu arroz, batata, inhame e aipim ou macarrão sem ser miojo? 35. Comeu legumes, sem contar batata/inhame/aipim? 36. Comeu abóbora, cenoura, brócolis ou couve? 37. Comeu verduras de folhas? 28. Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco ou peixe ou outro)? 29. Comeu figado? 32. Comeu ovo? 30. Comeu feijão ou lentilha? 8. Tomou leite de peito? 12. Tomou outro leite? 20. Comeu mingau com

		<p>AV4 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam carnes* ou ovo</u> total de crianças de 6m a 23m29d</p> <p>* carne de boi, frango, porco, peixe, fígado, outro</p> <p>AV5 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam leguminosas*</u> total de crianças de 6m a 11m29d</p> <p>*feijão, lentilha</p> <p>AV6 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam leite e derivados*</u> total de crianças de 6m a 11m29d</p> <p>*leite de peito, outro leite, mingau com leite</p> <p>AV7 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam frutas*</u> total de crianças de 6m a 11m29d</p> <p>* fruta inteira, em pedaço ou amassada, mamão, manga, pitanga, pequi, buriti</p> <p>AV8 Somatório de grupos de alimentos que cada <u>criança de 6m a 23m29d</u> <u>consumiu</u> nº de crianças de 6m a 23m29d</p>	<p>leite?</p> <p>22. Comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?</p> <p>23. Comeu mamão, manga, pitanga, pequi, buriti?</p>
Densidade energética	<p>Oferecer três refeições a partir dos seis meses (sendo uma de sal) e quatro a partir dos sete meses (sendo duas de sal). A partir dos seis meses, oferecer alimentos pastosos. A partir dos sete meses, oferecer alimentos semissólidos e sólidos.</p>	<p>AD1 Nº de crianças de 6m a 23m29d que receberam refeição de sal com frequência e <u>consistência adequados para a idade</u> total de crianças de 6m a 23m29d</p> <p>Opcionais: AD 1-A Nº de crianças de 6m a 7m29d que receberam pelo menos uma refeição de sal com consistência sólida, <u>semissólida ou pastosa</u> nº de crianças de 6m a 7m29d</p> <p>AD1-B Nº de crianças de 8m a 11m29dm que receberam pelo menos duas refeições de sal com consistência sólida ou <u>semissólida</u> nº de crianças de 8m a 11m29d</p>	<p>24. Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?</p> <p>25. Quantas vezes?</p> <p>27. Essa comida foi oferecida: Em pedaços/ amassada/ passada na peneira/ liquidificada</p>

		<p>AD1-C Nº de crianças de 12m a 23m29dm que receberam pelo menos duas refeições de sal com consistência sólida ou <u>semissólida</u> nº de crianças de 12m a 23m29d</p> <p>AD2 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam cinco refeições</u> total de crianças de 6m a 23m29d</p>	
Indicador síntese da dieta minimamente aceitável		<p>DA1 Nº de crianças de 6m a 23m29d que receberam alimentos de todos os seis grupos e receberam refeição de sal com frequência e consistência adequados <u>para a idade</u> total de crianças de 6m a 23m29d</p> <p>DA2 Nº de crianças de 6m a 23m29d que receberam alimentos de todos os seis grupos e <u>receberam cinco refeições</u> total de crianças de 6m a 23m29d</p>	Perguntas utilizadas nos indicadores AV2 a AV7 e AD1.
Oferta de alimentos fonte de nutrientes específicos	Frutas ricas em vitamina A e hortaliças devem ser comidas diariamente. Carne, aves, peixes ou ovo devem ser oferecidos sempre que possível.	<p>AN1 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam alimentos ricos em ferro*</u> Nº de crianças de 6m a 23m29d</p> <p>* carne (de boi, frango, porco ou peixe ou outro), fígado, ovo, feijão, lentilha</p> <p>AN2 Nº de crianças de 6m a 23m29d que <u>receberam alimentos ricos em vit. A*</u> Nº de crianças de 6m a 23m29d</p> <p>* mamão, manga, pitanga, pequi, buriti, fígado, abóbora, cenoura, brócolis, couve</p>	<p>Ferro Carnes/ovo 28. Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco ou peixe ou outro)? 29. Comeu fígado? 32. Comeu ovo?</p> <p>Leguminosas 30. Comeu feijão ou lentilha?</p> <p>Vitamina A 23. Comeu mamão, manga, pitanga, pequi, buriti? 29. Comeu fígado? 36. Comeu abóbora, cenoura, brócolis ou couve?</p>
Consumo de produtos ultraprocessados	Evitar açúcar, achocolatado, margarina, requeijão, café, enlatados, frituras, refrigerantes, mate, guaraná natural, balas, biscoitos, salgadinhos, sucos industrializados, gelatinas, sorvetes e picolés, bolos, tortas e outras guloseimas.	<p>AU1 Proporção de crianças de 6m a 23m29d que consumiram cada um dos produtos <u>ultraprocessados*</u> nº de crianças de 6m a 23m29d</p> <p>*achocolatado, suco industrializado ou em pó, refrigerante, salsicha, lingüiça, nuggets, macarrão instantâneo, bala, pirulito, biscoito, salgadinho de pacote</p>	<p>14. Nesse leite tinha açúcar ou achocolatado? 16. Tomou suco industrializado ou em pó? 17. Tomou refrigerante? 38. Comeu salsicha, lingüiça e/ou <i>nugget</i>? 39. Comeu macarrão instantâneo (tipo miojo)? 41. Comeu bala, pirulito ou outras guloseimas?</p>

		AU2 Somatório dos produtos ultraprocessados que cada criança de <u>6m a 23m29d consumiu</u> nº de crianças de 6m a 23m29d	42. Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho de pacote?
Inocuidade microbiológica	Lavar as mãos do cuidador e da criança antes de preparar a comida e antes de comer. Armazenar alimentos de forma segura e servi-los imediatamente após o preparo. Usar utensílios limpos para preparar e servir a comida. Usar copos e pratos limpos para alimentar a criança. Evitar o uso de mamadeiras, que são difíceis de manter limpas.	SC Nº de crianças de 6 a 23m29d que usaram mamadeiras ou " <u>chuquinha</u> " e/ou <u>chupeta</u> nº de crianças de 0 a 23m29d	53. A criança usa mamadeira ou chuquinha? 54. A criança usa chupeta?
Presença de aditivos alimentares	Evitar açúcar, achocolatado, margarina, requeijão, café, enlatados, frituras, refrigerantes, mate, guaraná natural, balas, biscoitos recheados e salgados, sucos industrializados, gelatinas, sorvetes e picolés, bolos, tortas e outras guloseimas.	SA Proporção de crianças de 6m a 23m29d que consumiram pelo menos um dos produtos <u>ultraprocessados*</u> nº de crianças de 6m a 23m29d *achocolatado, suco industrializado ou em pó, refrigerante, salsicha, lingüiça, nuggets, macarrão instantâneo, bala, pirulito, biscoito, salgadinho de pacote	Perguntas utilizadas no indicador AU1.

Legenda:

O1 = Indicador da Oportunidade

AVn = Indicadores da Adequação – Variedade

ADn = Indicadores da Adequação – Densidade Energética

DAn = Indicadores da Dieta (Minimamente) Aceitável

ANn = Indicadores da Adequação – Nutrientes Específicos

AUn = Indicadores da Adequação – Ultraprocessados

SC = Indicador da Segurança – Contaminação

SA = Indicador da Segurança – Aditivos

a – Numeração da pergunta no instrumento proposto para coleta de dados (Figura 3).

Pré-testes

Os resultados dos pré-testes de entendimento estão sistematizados no Quadro 2. Alguns achados merecem ser destacados: para as mães entrevistadas, os termos “miúdos”, “sólido”, “semisólido” e “pastoso” foram de difícil compreensão; o termo “hambúguer” foi compreendido de diferentes formas e os termos “mingau”, “comida de sal”, “verdura de folha”, “achocolatado” e “adoçado” foram de fácil compreensão. Já com base no pré-teste de operacionalização, observou-se que o tempo médio de aplicação do instrumento como um todo foi de seis minutos.

Quadro 2 – Compreensão de mães de crianças menores de dois anos em relação a perguntas* sobre alimentação complementar. Rio de Janeiro, RJ, 2012.

Perguntas (número de mães abordadas)	Respostas
<p><i>Quando perguntei “Tomou mingau?”, no que você pensou?</i> (n=5)</p>	<p>“Cremogema.” “Que fosse no prato. Como preparo? Fervo o leite e coloco cremogema. Ofereço no lanche.” “Ah! Mingau de aveia.” “Farinha láctea, mucilon.”</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?”, no que você pensou?</i> (n=18)</p>	<p>“Sopinha de legumes.” “Comida da gente, normal.” “Pensei em legumes.” “Comida de sal com batata, caldo de feijão, canja. A minha mãe que faz.” “Pensei na papinha que vou oferecer a ele em breve.” “Que ainda não é o momento. É comida que a gente prepara.” “Comida da gente comer, de adulto.” “Comida de casa: arroz e feijão.” “Arroz e feijão.” “Se ela comeu arroz, feijão etc.” “Carne, arroz, feijão.” “Na comida que ela só pode comer depois de seis meses.” “Comida pronta, comida de casa.” “Almoço e janta.”</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu algum tipo de carne de boi, frango, peixe, miúdos?”, no que você pensou?</i> (n=11)</p>	<p>Quando questionamos o que elas haviam entendido por “miúdos”, todas responderam não entender. “Carne picadinha?” (n=1)</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu alimento sólido, semissólido ou pastoso”, no que você pensou?</i> (n=26)</p>	<p>“Legumes com caldo” “Alimentação saudável” “Comida: almoço e jantar” “Comida ou mingau” “Que seja pesado” “Sopinha” “Batido no liquidificador” “No mamão que dei pra ele.” “Papa, mas só daqui a pouco.” “Sopa” “Mingau.” “Não entendi a sua pergunta.” “Só sei o pastoso, que é batido. Os outros não sei.” “Não sei o que é. Não vem nada na minha cabeça.” “Sólido? Sei lá!” “Biscoito, carne, arroz.” “Só quando tiver seis meses, aí pode dar sopa. Por enquanto ainda não.” “É comida – ela ainda não pode.” “Amassadinho, bem molinho.” “Pensei na consistência da alimentação dele.”</p>

<p><i>Poderia dar exemplos?</i> (n=13)</p>	<p><i>Sólido:</i> “proteína sem gordura”, “arroz”, “pedaço de maçã”, “biscoito”, “soja”, “mingau”, “algo mais sequinho”, “beterraba”, “feijão (caroço)”, “inteiro (arroz e feijão)”</p> <p><i>Semissólido:</i> “comida seca”, “leite desnatado, batido no liquidificador”, “pedaço de maçã amassado”, “arroz com feijão misturados”, “banana”, “papinha de fruta”, “algo em pedaços”, “tipo pastoso (inhame, por exemplo)”, “meio molinho”, “mingau mais ralo”, “meio amassado”</p> <p><i>Pastoso:</i> “papa”, “purê”, “iogurte”, “gelatina”, “mingau”, “algo mais molinho, como mamão”, “papa batida no liquidificador”, “mais fino (bater carne com feijão no liquidificador)”, “sopa”, “algo bem amassado”</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu fritura?”, no que você pensou?</i> (n=13)</p>	<p>“Tudo que é frito: batata frita, frango frito” “Algo frito, por exemplo <i>nuggets</i>” “Frango, carne frita” “Batata frita, carne no óleo, salgadinho” “Feito no óleo: bife, batata frita, salgadinho de festa” “Frango no óleo, peixe frito” “Salgadinho, hambúrguer, ovo frito” “Coisas fritas no óleo: batata frita ou carne” “Alimento frito: frango, peixe” “Batata frita!”</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu legumes, sem contar batata/inhame/aipim?”, no que você pensou?</i> (n=13)</p>	<p>“Cenoura.” “Que batata e inhame são os de início da alimentação.” “Outros tipos.” “Outros tipos de legumes.” “Nem pensei porque ele é muito pequeno.” “Cenoura, chuchu.” “Beterraba.” “Chuchu, cenoura, abobrinha.” “Nos legumes que fazem bem pra saúde.” “Chuchu, beterraba.” “Legumes (chuchu, abobrinha) que ele come normalmente.”</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu verdura de folha”, no que você pensou?</i> (n=26)</p>	<p>“Alface” “Couve” “Brócolis” “Agrião” “Repolho” “Coentro” “Espinafre” “Que ele não pode comer que engasga. Folha só brócolis, mas na sopa.” “Alface e espinafre.” “Vagem e agrião.” “Couve, alface, brócolis.” “Que pra criança precisa bater no liquidificador, porque se não engasga.” “Alface, couve.” “Verduras: alface, couve...”</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu hambúrguer”, no que você pensou? Industrializado ou caseiro?</i> (n=13)</p>	<p>“Só carne (frito); industrializado” “Lanche; industrializado” “Pão com carne; industrializado” “Pão e carne; industrializado ou caseiro” “Com pão, para o lanche; industrializado” “Carne moída frita; industrializada” “A carne ou o sanduíche, depende; caseiro” “Só na carne; caseiro”</p>

	<p>“Só a carne; industrializado”</p> <p>“No sanduíche; industrializado”</p> <p>“Carne moída prensada; industrializado”</p> <p>“Sanduíche: pão e carne; industrializado”</p>
<p><i>Quando perguntei “Nesse leite tinha achocolatado?”, no que você pensou? (n=13)</i></p>	<p>“Nescau”</p> <p>“Chocolate em pó”</p> <p>“Tudo que vem do cacau: Nescau, Toddy, etc.”</p>
<p><i>Se fosse de morango ou outro sabor, você chamaria de achocolatado? Como chamaria? (n=13)</i></p>	<p>“Se fosse de morango, daria nome Nesquik – não chamaria de achocolatado.”</p> <p>“Se fosse de morango, também chamaria de achocolatado.”</p> <p>“Se fosse de morango, chamaria de achocolatado de outra cor.”</p> <p>“Chamaria de... não sei!”</p>
<p><i>Quando perguntei “Recebeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado ou adoçante?”, no que você pensou? (n=19)</i></p>	<p>“Que misturei na mamadeira.”</p> <p>“No líquido.”</p> <p>“Leite, vitamina, mingau”</p> <p>“Leite, mingau, não sobre a fruta”</p> <p>“Mingau, suco... mais para líquidos.”</p> <p>“Suco. Não adoçaria fruta porque não precisa.”</p> <p>“O leite. Não adoçaria fruta.”</p> <p>“Leite, mingau... mais para líquidos.”</p> <p>“No mingau, no Mucilon. Não adoçaria sólido porque adoçar é mais para leite.”</p> <p>“No mingau – não é comum adoçar fruta.”</p> <p>“No leite, no suco... a fruta já é doce.”</p> <p>“No leite e no mingau. Na fruta não – já tem o açúcar natural.”</p> <p>“Suco ou leite. Sólido só se fosse fruta amassada.”</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho de pacote?”, no que você pensou?</i></p>	<p>“Biscoito maisena.”</p> <p>“Nos tipos de biscoito, como maisena.”</p> <p>“Biscoito de chocolate.”</p> <p>“Biscoito ‘de vento’.”</p> <p>“Biscoito recheado. Salgadinho de pacote não sei.”</p> <p>“Biscoito de maisena, de água e sal, amanteigado...”</p> <p>“Nos tipos de biscoito cheios de química, que faz mal.”</p> <p>“Em besteiras – nem pensar!”</p> <p>“Biscoito Fandangos, biscoito recheado... porcarias.”</p> <p>“Biscoito maisena e biscoito ‘porcaritos’. Pensei se ele já comeu isso.”</p>
<p><i>Quando perguntei “Tomou suco industrializado ou em pó?”, no que você pensou? (n=19)</i></p>	<p>“Suco de caixinha.”</p> <p>“Suco de garrafa.”</p> <p>“Suco de pacote ou de garrafa.”</p> <p>“De caixinha, Ades.”</p> <p>“Suco que se compra pronto.”</p> <p>“Del Valle.”</p> <p>“Ki-suco.”</p> <p>“Tang.”</p> <p>“Ki-suco e pronto (de caixinha).”</p> <p>“Aquele suquinho em pó, de pacote.”</p> <p>“Suco que não se deve dar pra criança.”</p> <p>“Que ela não tem idade pra isso.”</p> <p>“Suco Tang, suco de caju (da garrafinha), Ades de caixinha.”</p> <p>“Que isso ele não vai tomar isso tão cedo porque é porcaria.”</p>
<p><i>Quando perguntei “Comeu macarrão instantâneo?”, no que você pensou? (n=6)</i></p>	<p>“Miojo”</p> <p>“Miojo – todo mundo sabe”</p> <p>“Que se perguntasse tipo miojo seria mais fácil de entender”</p> <p>“Esses aí que ficam pronto rápido”</p>

*Perguntas que compunham o questionário aplicado em três pré-testes nos quais, em conjunto, foram abordadas 37 mães.

Versão final do instrumento para coleta de dados

O questionário aqui proposto possui 36 questões sobre a alimentação da criança no dia anterior à investigação (Figura 3). Com base nelas, podem ser construídos os indicadores apresentados anteriormente. Com o intuito de subsidiar estudos futuros que venham a utilizar o questionário apresentado, além daquelas referentes à alimentação, mantivemos outras questões que têm feito parte do questionário aplicado nos inquéritos em dias de campanha de vacinação. Cabe registrar que se buscou manter a estrutura das questões o mais próximo possível daquelas presentes no instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa realizada nas capitais brasileiras em 2008, de forma a permitir a comparação dos resultados de futuros estudos com os do último inquérito.

Cabe esclarecer também que, além das perguntas necessárias para a construção dos indicadores propostos nesse estudo, foram incluídas no questionário algumas perguntas que permitem a construção dos indicadores propostos pela OMS não contemplados no elenco de indicadores aqui propostos (como a do alimento semissólido), tendo em vista nossa discordância em relação à sua construção. Procedemos dessa forma com o intuito de apresentar um instrumento que permita eventuais comparações de dados produzidos a partir dele com estudos realizados em outros países que adotem os indicadores da OMS e o questionário proposto por ela como instrumento para coleta de dados.

Figura 3 – Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade. Rio de Janeiro, RJ, 2013.

<i>Incluir texto de abordagem introdutória adequado ao tipo de entrevista que estiver sendo realizada (face a face ou por telefone).</i>	
01 -Data: ____/____/____	02 -Entrevistador: _____
03 -Município: _____	04 -UF: ____
05 - Data de nascimento desta criança ____/____/____	
06 - Sexo da Criança:	1 () Masculino 2 () Feminino
07 -Qual a raça/cor da criança?	1 () amarela 2 () branca 3 () parda 4 () negra
A senhora pode me dizer quais alimentos esta criança tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje, sem contar com a primeira refeição da manhã? Eu vou falar o nome de cada alimento e a Sra. responde sim ou não.	

08-Tomou leite de peito?	1 () Sim 2 () Não (Passe p/Q. 10) 9 () Não Sabe(Passe p/Q.10)	
09-Quantas vezes?	_____ vezes 9 () Não sabe	
10-Tomou água?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
11-Tomou chá?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
12-Tomou outro leite?	1 () Sim 2 () Não(Passe p/Q.15) 9 () Não Sabe(Passe p/Q.15)	
13- Quantas vezes a criança recebeu esse outro leite?	_____ vezes 9 () Não sabe	
14 – Nesse leite tinha açúcar ou achocolatado?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
15- Tomou suco de fruta natural ou água de coco?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
16-Tomou suco industrializado ou em pó?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
17- Tomou refrigerante?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
18- Tomou café?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
19- Comeu algum alimento sólido semissólido ou pastoso?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
20- Comeu mingau com leite?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	Quantas vezes?
21- Comeu outro tipo de mingau?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	Quantas vezes?
22- Comeu fruta inteira, em pedaços ou amassada?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	Quantas vezes?
23- Comeu mamão, manga, pitanga, pequi, buriti?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
24-Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?	1 () Sim 2 () Não (Passe p/Q.28) 9 () Não Sabe(Passe p/Q.28)	
25- Quantas vezes?	1 () 1 vez 2 () 2 vezes 3 () 3 vezes ou mais 9 () Não Sabe	
26- A comida oferecida foi: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)	1 () Igual à da família? 2 () Preparada só para a criança? 3 () Industrializada (de potinho)? 9 () Não Sabe	
	<input type="checkbox"/> Q.26 — — — (Resposta Codificada)	
27-Essa comida foi oferecida como: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)	1 () Em pedaços? 2 () Amassada? 3 () Passada pela peneira? 4 () Liquidificada? 9 () Não Sabe	
	<input type="checkbox"/> Q.27 — — — (Resposta Codificada) <input type="checkbox"/>	
28- Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco ou peixe ou outro)?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
29-Comeu fígado?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe	
30- Comeu feijão ou lentilha?	1 () Sim 2 () Não(Passe p/Q.32) 9 () Não Sabe (Passe p/Q.32)	
31 - Como foi oferecido (feijão, lentilha ou ervilha):	1 () só caldo 2 () só caroço 3 () caldo e caroço 9 () Não sabe	
32- Comeu ovo?	1 () Sim 2 () Não(Passe p/Q.34) 9 () Não Sabe (Passe p/Q.34)	
33- Como foi oferecido o ovo?	1 () só clara 2 () só gema 3 () clara e gema	
34- Comeu arroz, batata, inhame, aipim ou macarrão sem ser miojo?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe	
35-Comeu legumes, sem contar batata/inhame/aipim?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe	
36-Comeu abóbora, cenoura, brócolis ou couve?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe	
37-Comeu verduras de folhas?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe	
38 - Comeu salsicha, linguiça e/ou nuggets?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe	
39- Comeu macarrão instantâneo (tipo miojo)?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe	

40- Comeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe
41- Comeu bala, pirulito ou outras guloseimas?	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe
42- Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho de pacote?	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe
43- Tomou ou comeu outros alimentos?	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe
DADOS DO NASCIMENTO DA CRIANÇA			
44- Esta criança é o primeiro filho?	1 () Sim 2 () Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)		
45- Em que município esta criança nasceu? _____	(Anote o nome)		
9 () Não Sabe			
46- Em que hospital esta criança nasceu? _____	(Anote o nome)		
1 () Nasceu em casa 2 () Casa de Parto 3 () HAC 4 () Rede Cegonha 5 () Outros			
9 () Não sabe			
<input type="checkbox"/> Q.46- Resposta Codificada (Hospital Amigo da Criança ou Rede Cegonha)			
47- Qual foi o tipo de parto?	1 () Vaginal/ Normal 2 () Fórceps 3 () Cesárea 9 () Não Sabe		
48- A criança mamou no peito na primeira hora de vida, logo após o parto?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe		
49- Qual o peso desta criança ao nascer?	_____ g		
50- Onde costumam levar a criança para as consultas de rotina? (Assinale apenas uma alternativa)			
1 () Serviço Particular ou Convênio	Anote o nome: _____	99 () Não sabe	
Rede Pública: _____			
<input type="checkbox"/> Q.50 Se Rede Pública especificar: 2 () UBS 3 () PACS/ESF 4 () Outros			
51- A criança frequenta creche?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe		
52- Qual período?	1 () integral 2 () meio período (manhã ou tarde)		
53- A criança usa mamadeira ou chupinha?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe		
54- A criança usa chupeta?	1 () Sim 2 () Não 9 () Não Sabe		
DADOS DA MÃE			
55- Qual é a idade da Sra.? _____ (Anos completos)			
56- A Sra. sabe ler e escrever?	1 () Sim 2 () Não		
57- Qual a última série que cursou com aprovação? (Assinale abaixo) 58- E grau? (Assinale abaixo)			
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ()	1 () 2 () 3 ()	1 () Incompleto 2 () Completo	
0 () Sem Escolaridade 1 () Ensino Fundamental	2 () Ensino Médio	3 () Superior	
<input type="checkbox"/> Q.57 _____ <input type="checkbox"/> Q.58 _____ (Resposta Codificada)			
59- Sobre o trabalho, neste momento a Sra.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)			
1 () Está trabalhando fora 2 () Não está trabalhando fora 3 () Está sob Licença Maternidade			

DISCUSSÃO

Os produtos centrais desse estudo são um elenco de 19 indicadores sobre alimentação complementar (sendo três opcionais) e um questionário contendo 36 questões sobre práticas alimentares de crianças menores de dois anos, que pode ser utilizado tanto em inquéritos em que se realizam entrevistas face a face quanto naqueles realizados por telefone ou, ainda, em atividades de monitoramento do consumo alimentar na rotina dos serviços de saúde.

A opção por um modelo teórico foi fundamental para o estudo, uma vez que norteou a escolha dos indicadores. Vale registrar que, ainda que o elenco de indicadores proposto abarque boa parte dos componentes, atributos e marcadores da AC apresentados no modelo teórico, alguns deles não foram expressos em indicadores. No caso da adequação nutricional, por exemplo, não foi proposta uma forma de se medir a quantidade de cada preparação consumida para compor a análise da densidade energética, uma vez que isso implicaria o detalhamento do questionário, acarretando o aumento no tempo necessário para sua aplicação. Além disso, não foi proposta uma forma de se medir o uso de água própria para o consumo no preparo das refeições, relacionado ao atributo da segurança. Ainda com relação a esse atributo, o marcador higiene de utensílios foi reduzido ao uso de bicos (mamadeiras, “chuquinhas” e chupetas).

Comparando-se o questionário proposto com aquele utilizado na II Pesquisa Nacional Sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, ocorrida em 2008, pode-se dizer que o instrumento aqui apresentado aborda de forma mais detalhada o consumo dos grupos de alimentos e a consistência das refeições oferecidas, além do consumo de produtos ultraprocessados.

No cotejamento dos indicadores aqui propostos com aqueles preconizados pela OMS podem ser identificadas algumas diferenças, que comentamos a seguir. Para o indicador de oportunidade, utilizou-se como marcador a presença de uma papa doce e comida de sal aos 6-8,9 meses, ao passo que a OMS propõe que esse indicador seja construído com base na pergunta referente a alimentos pastosos, semissólidos e sólidos. Optamos por esse marcador por entendermos que é a introdução desse tipo de preparações no início do segundo semestre de vida que caracteriza a AC oportuna e não a introdução de qualquer tipo de alimento com maior consistência (por exemplo, biscoitos), como considerado pela OMS. Além disso, os resultados dos pré-testes de entendimento realizados nesse estudo indicaram que os termos

sólido, semissólido e pastoso não são de fácil compreensão pelas mães, o que compromete a validade dessa pergunta.

Situação semelhante à descrita acima pode ser observada em relação à densidade energética: em nosso estudo, adotamos como marcador de frequência das refeições a refeição de sal combinada com a consistência das preparações oferecidas, enquanto que a OMS considera a oferta de qualquer alimento sólido, semissólido ou pastoso. Aqui, assumimos que se deve considerar que uma densidade energética adequada foi alcançada se ela se deu por meio de práticas saudáveis (por exemplo, refeição de sal) e não a custa de qualquer alimento sólido (por exemplo, biscoito). Conforme comentado acima, aqui também vale o questionamento sobre a validade da pergunta utilizada pela OMS para construção desse indicador, dado que ela foi de difícil compreensão entre as mulheres entrevistadas.

Em relação à variedade, o indicador aqui proposto é composto por seis grupos (cereais e tubérculos; hortaliças; frutas; carnes ou ovo; leguminosas; leite e derivados - incluindo o materno) e considera que ela foi atingida se a criança consumir pelo menos um alimento de cada grupo. Já o indicador proposto pela OMS abarca sete grupos de alimentos (grãos, raízes e tubérculos; leguminosas e oleaginosas; produtos lácteos; carnes (vermelha, de peixe, frango, vísceras); ovos; frutas e hortaliças ricas em vitamina A (abóbora, cenoura, batata doce, manga e mamão papaia) e outras frutas e hortaliças e considera que a variedade foi atingida quando pelo menos quatro desses grupos estão presentes na alimentação da criança. Além disso, no grupo de produtos lácteos, não considera o leite materno. Esses dois aspectos levam a implicações relevantes para o monitoramento da AC. A primeira delas é que crianças com alimentação com variedade insuficiente podem ser classificadas como tendo uma alimentação variada (por exemplo, que consomem somente alimentos dos grupos de grãos, lácteos, carnes e ovos). A segunda é a de que crianças que são amamentadas e não consomem outros alimentos lácteos ficam em desvantagem em relação a outras que consomem esses produtos (estando amamentadas ou não) no tocante a esse grupo de alimentos, o que é uma distorção. Por isso, os dados devem ser analisados separando-se crianças amamentadas e não amamentadas. A terceira é que, da forma como está construído, esse indicador é influenciado pela prevalência da amamentação, o que dificulta sua comparação em realidades cuja prevalência desse evento é distinta. A segunda e a terceira implicações acima citadas são reconhecidas pela própria OMS¹².

Em nosso estudo, priorizamos como nutrientes específicos o ferro e a vitamina A, visto que são marcadores do crescimento e desenvolvimento infantil e a carência desses micronutrientes na população infantil é, reconhecidamente, um problema de saúde pública¹.

Em relação à investigação do consumo de alimentos ricos em ferro, diferentemente da proposta da OMS, para o cálculo do indicador do estudo não são considerados alimentos fortificados. No caso da vitamina A, propusemos um indicador específico para esse micronutriente, que foi composto por frutas e hortaliças que são fontes desse micronutriente ou de seus precursores e, também, pelo fígado. Já na proposta da OMS, ele é considerado somente na composição do indicador de variedade. Além do indicador referente ao consumo de alimentos ricos em vitamina A, os indicadores referentes ao consumo de produtos ultraprocessados e de aditivos alimentares são exclusivos do estudo, não sendo possível a comparação, pois não estão previstos no elenco de indicadores da OMS.

CONCLUSÃO

O presente trabalho apresentou, de forma pioneira, um elenco de indicadores de AC para crianças menores de dois anos baseado em um modelo teórico sobre seus componentes e na sistematização de recomendações nacionais e internacionais sobre o tema. Propôs, ainda, um questionário que permite a construção desses indicadores e que é aplicável em contextos que demandem um tempo curto para coleta de dados. São necessárias pesquisas ulteriores para a validação do questionário proposto.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107). 152p.
2. BRASIL. Alimentação adequada pode reduzir mortes de crianças, segundo Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/04/30/alimentacao-adequada-pode-reduzir-mortes-de-criancas-segundo-ministerio-da-saude>> Acesso em 01 mai 2012.
3. BORTOLINI, G.A.; GUBERT, M.B.; SANTOS, L.M.P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 50 meses. **Cad. Saúde Pública**, n.28, v.9, p.1759-1771, 2012.

4. BRASIL. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Uso dos formulários e registro das informações no novo Sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN WEB**. Disponível em <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>> Acesso em 26 nov 2012
5. BRASIL. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 300p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
6. VENANCIO, S.I.; et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.86, n.4, p.317-324, maio 2010.
7. CARVALHAES, M. A. B. L. ; et al.. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 430-436, 1998.
8. BRASIL. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). 108 p.
9. SENA, M.C.F. et al. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n.6, p. 520-4, 2007.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Child Health and Development. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Reprinted report of an informal meeting. Geneva: **World Health Organization**, 1991.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: **World Health Organization**, 1998.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dept. of Child and Adolescent Health and Development. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva: **World Health Organization**, 2008. (Part 1: Definitions)
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Geneva: **World Health Organization**, 2010a. (Part 2: Measurement)

14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Geneva: **World Health Organization**, 2010b. (Part 3: Country Profiles).
15. MONTEIRO, C.A; et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 26, v.11, p.2039-2049, nov., 2010.
16. REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Desenvolvimento de Instrumentos de Aferição Epidemiológicos. In: _____ **Epidemiologia Nutricional**, 20ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007, cap.13, p.227-242.
17. BRASIL. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 105p. (Caderno do Tutor).
18. CAETANO, M.C. et al.. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.86, n. 3, p.196-201, 2010.
19. SALDIVA, S.R.; et al.. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 53-8, 2007.
20. SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.de; SOUZA, S.B. de. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.1, p. 29-38, 2003.
21. KOLETZKO, B; et al.. Dietary fat intakes in infants and primary school children in Germany. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.72, p.1392–8, 2000.
22. MONTEIRO, C.A. The big issue is ultra-processing. **World Nutrition**. v.1, n.6, p.237-269. November 2010. [Commentary] Disponível em: <<http://wphna.org/downloads/november2010/1011%20WN%20Comm%20Food%20processing.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.
23. BRASIL. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Dez Passos Para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para menores de dois anos – um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 37p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2ed.)
24. POLÔNIO, M. L.T; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p.1653-1666, ago, 2009.

25. SCHUMANN, S. P. A.; POLÔNIO, M. L. T; GONÇALVES, E. C.B. de A. Avaliação do consumo de corantes artificiais por lactentes, pré-escolares e escolares. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**. Campinas, v. 28, n.3, p.534-539, jul.-set. 2008.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Geneva: World Health Organization, 2003. 38p.
27. INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS (INAD); INSTITUTO DE NUTRIÇÃO (UERJ); INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO (UFRJ); FACULDADE DE NUTRIÇÃO (UFF); ESCOLA DE NUTRIÇÃO (UNIRIO). O que você precisa saber sobre a alimentação saudável para criança menor de 2 anos [folder]. Rio de Janeiro: Paralaxe Design; 2012.
28. REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. In:____ **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Coleção Criança, Mulher e Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo traz como contribuições a melhoria dos indicadores e instrumentos voltados à avaliação da AC utilizados no Brasil e o amadurecimento daqueles preconizados pela Organização Mundial de Saúde, bem como sua adaptação à realidade brasileira.

Espera-se que essa proposta avaliativa possa subsidiar o monitoramento das práticas alimentares de crianças menores de dois anos no país. Por isso, recomenda-se que seja feita sua validação, por meio da aplicação do questionário a diferentes realidades brasileiras.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; LACERDA, E.M. de A. Alimentação complementar do lactente. In: _____; _____. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**, 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; Guanabara Koogan, 2009. Cap. 19, p.301-313.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Regulamentação de aditivos alimentares e coadjuvantes de tecnologia no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Alimentos/Assuntos+de+Interesse/Aditivos+Alimentares+e+Coadjuvantes+de+Tecnologia>>. Acesso em: 18 ago 2012.

ARAÚJO, M. F. M. de et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.3, p. 513-520, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/21.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2012.

BASSICHETTO, K.C.; REA, M.F. Infant and young child feeding counseling: an intervention study. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, n.1, p. 75-82, 2008.

BERCINI, L.O.; et al.. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v.6, supl.2, p.404-410, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5339/3386>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

BOLLING, K.; et al. **BT Infant Feeding Survey 2005**. PL London: PN The Information Centre, National Health Service, 2007.

BORTOLINI, G.A. et al. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 50 meses. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.28, p.1759-1771, 2012.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 121 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107). 152p.

_____. **Dez passos para uma alimentação saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 71p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 maio 2005.

_____. **Carências de micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.20).

BRASIL. **Saúde da Criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 111p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.23).

_____. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 300p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Estratégia nacional para alimentação complementar saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 105p. (Caderno do Tutor).

BRASIL. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para menores de dois anos – *um guia para o profissional da saúde na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 37p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2.ed.)

_____. Alimentação adequada pode reduzir mortes de crianças, segundo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/04/30/alimentacao-adequada-pode-reduzir-mortes-de-criancas-segundo-ministerio-da-saude>>. Acesso em: 01 maio 2012 (a).

_____. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Uso dos formulários e registro das informações no novo Sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN WEB**. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>>. Acesso em: 26 nov. 2012 (b).

BRONNER, Y. L.; PAIGE, D. M. Current concepts in infant nutrition. **Journal of Nurse Midwifery**. n.37, supl. 2, p. 43S-58S, 1992.

BRUNKEN, G.S. et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.82, n.6, p.445-51, 2006.

CAETANO, M. C. et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.86, n. 3, p.196-201, 2010.

CARVALHAES, M. A. B. L. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 430-436, 1998.

CASTRO, I. R. R. et al. Amamentação na cidade do Rio de Janeiro: tendência temporal entre 1996-2006. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n.6, p. 1021-1029, 2009.

CRUZ, M. C. C. da; ALMEIDA, J. A.G de; ENGSTROM, E. M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 23, n.2, p.201-210, mar./abr., 2010.

FEIN, S. B. et al. Infant feeding practices study II: study methods. **Pediatrics**. n.122; supl.2, out., 2008. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement_2/S28.full.pdf+html>. Acesso em: 31 ago. 2012.

FIGUEIREDO, M. G. et al.. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto. São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.172-179, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102311X2004000100033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 abr. 2011.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**. Campinas, n. 16, v. 4, p.483-492, out./dez., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n4/a11v16n4.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2012.

GIOVANNINI, M. et al. Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. **Acta Paediatrica**, v.93, p.492-7, 2004. Disponível em: <<http://www.sipps.it/pdf/algh2005/doc3.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2011.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos**: embasamento científico. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/bases.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

GRUMMER-STRAWN, L. M.; SCANLON, K. S.; FEIN, S. B. Infant Feeding and Feeding Transitions During the First Year of Life. **Pediatrics**, n.122, supl.2, out., 2008. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement_2/S36.full.pdf+html>. Acesso em: 31 ago. 2012.

INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS (INAD); INSTITUTO DE NUTRIÇÃO (UERJ); INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO (UFRJ); FACULDADE DE NUTRIÇÃO (UFF); ESCOLA DE NUTRIÇÃO (UNIRIO). O que você precisa saber sobre a alimentação saudável para criança menor de 2 anos [folder]. Rio de Janeiro: Paralaxe Design; 2012. Material impresso.

KITOKO, P. M. et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1111-1119, out-dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n4/3614.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2011.

KOLETZKO, B et al. Dietary fat intakes in infants and primary school children in Germany. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.72, p.1392-8, 2000. Disponível em: <http://www.marinalg.org/PDF/Ref_9_Amer_Soc_Clin_Nutr-Koletzko_2000.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

MORGADO, C. M. da C.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2011. No prelo. Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8765>. Acesso em: 01 set. 2012.

MONTEIRO, C. A. The big issue is ultra-processing. **World Nutrition**. v.1, n.6, p.237-269. Nov. 2010. [Commentary]. Disponível em:

<<http://wphna.org/downloadsnovember2010/1011%20WN%20Comm%20Food%20processing.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.

MONTEIRO, C. A; et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, n. 26, p.2039-2049, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n11/05.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2012.

OLIVEIRA, D. A. **Alimentação complementar no primeiro ano de vida no município do Rio de Janeiro: tendência temporal 1998 – 2008**. 2011. 80p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, L. P. M. de et al.. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida.

Revista de Nutrição. Campinas, v.18, n.4, p.459-469, jul./ago., 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n4/25844.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2011.

PARADA, C. M.G de L.; CARVALHAES, M. A. de B.L; JAMAS, M. T. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n.2, mar.-abr. 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 19 abr. 2011.

POLÔNIO, M. L.T; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p.1653-1666, ago, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/02.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. In: _____. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Desenvolvimento de Instrumentos de Aferição Epidemiológicos. In: _____. **Epidemiologia nutricional**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, 2007. Cap.13, p.227-242.

RESOLUÇÃO-RDC Nº 27/2010. Dispõe sobre as categorias de alimentos e embalagens isentos e com obrigatoriedade de registro sanitário. (06 ago. 2010). Disponível em:

<http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_suvisa/arquivos/gerados/rdc_27_2010.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SALDIVA, S.R. et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 53-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n1/v83n1a10.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2011.

SCHUMANN, S. P. A.; POLÔNIO, M. L. T; GONÇALVES, E. C. B. de A. Avaliação do consumo de corantes artificiais por lactentes, pré-escolares e escolares. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**. Campinas, v. 28, n.3, p.534-539, jul.-set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cta/v28n3/a05v28n3.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

SILVA, L. M. P; VENANCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.23, n.6, p.983-992, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n6/05.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P. de; SOUZA, S. B. de. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.1, p. 29-38, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n1/05.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2011.

SIMON, V.G. N.; SOUZA, J. M. P. de; SOUZA, S. B. de. Introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida de crianças de escolas particulares no município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v.27, n.4, p.389-94, 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a07.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P. de; SOUZA, S. B. de. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré escolares. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.1, p.60-9, 2009b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6990.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

SOUSA, F. G. M. de. ARAÚJO, T. L. de. Padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses em área rural do Maranhão. **Acta Paulista de Enfermagem**, n.18, v.2, p.172-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a09v18n2.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

SPYRIDES, M. H. C. et al. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, n.2, v.5, p. 145-153, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n2/a02v05n2.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2011.

TOMASI, E. et al. Uso de chupeta em crianças: contaminação fecal e associação com diarreia. **Revista de Saúde Pública**, n.28, v.5, p.373-379, 1994.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO C. A. A evolução da prática do aleitamento materno no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n.1, v.1, p.40-49, 1998.

VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10493.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2011.

VENANCIO, S. I. et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.86, n.4, p.317-324, maio 2010.

VIEIRA, G. O. et al.. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.80, p.411-6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5/v80n5a13.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

VÍTOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A. Importância das práticas alimentares no primeiro ano de vida na prevenção da deficiência de ferro. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 23, n.2, p.1051-1062, mar./abr. 2010.

WORKING GROUP ON INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING INDICATORS. **Developing and validating simple indicators of dietary quality and energy intake of infants and young children in developing countries**: summary of findings from analysis of 10 data sets. Report submitted to: the Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) Project/Academy for Educational Development (AED), August 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Reprinted report of an informal meeting. Geneva: World Health Organization, 1991. 16p.

_____. **Complementary feeding of young children in developing countries**: a review of current scientific knowledge. Geneva, 1998. 248p.

_____. **Complementary feeding**: family foods for breastfed children. Geneva, 2000a. 52p.

_____. **Management of the child with a serious infection or severe malnutrition**. Geneva, 2000b. 162p.

_____. **Global Strategy for infant and young child feeding**. Geneva, 2003a. 36p.

_____. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Geneva, 2003b. 38p. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/en/index.html>. Acesso em: 02 mar. 2011.

_____. **Feeding the non-breastfed child 6-24 months of age**. Geneva, 2004. 31p.

_____. Dept. of Child and Adolescent Health and Development. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva, 2008. (Part 1: Definitions).

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Geneva, 2010a. (Part 2: Measurement).

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Geneva, 2010b. (Part 3: Country Profiles).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives (JECFA)**. Disponível em:
<<http://www.who.int/foodsafety/chem/jecfa/en/index.html>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

APÊNDICE – Comparação entre os questionários do Ministério da Saúde (2008), da Organização Mundial de Saúde (2010) e o do estudo (2013)

	MS, 2008	WHO, 2010	Questionário proposto no estudo (2013)
ÁGUA	(13)* Tomou água?	(10A)* Plain water?	(10)*Tomou água?
ÁGUA COM AÇÚCAR			
CHÁ	(14) Tomou chá?		(11) Tomou chá?
SUCO DE FRUTAS	(26) Tomou suco de fruta natural ou água de coco?	(10D) Juice or juice drinks?*	(15) Tomou suco de fruta natural ou água de coco?
FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA	(18) Comeu fruta em pedaço ou amassada?	(12E) Ripe mangoes, ripe papayas, or (insert other local vitamin A-rich fruits) / (12f) Any other fruits or vegetables?*	(22) Comeu fruta inteira, em pedaços ou amassada?
LEITE DE PEITO	(11) Tomou leite de peito?	(7) Was... breastfed yesterday during the day or at night?	(8) Tomou leite de peito?
LEITE EM PÓ	(15) Tomou outro leite?	(10C) Milk such as tinned, powdered, or fresh animal milk?	(12) Tomou outro leite?
LEITE DE CAIXA, SACO OU GARRAFA	(15) Tomou outro leite?		(12) Tomou outro leite?
IOGURTE		(10F) Yogurt? / (12l) Cheese, yogurt,, or the milk products?	
MINGAU	(17) Tomou mingau <i>doce ou salgado</i> ?	(10G) Thin porridge?	(20) Comeu mingau com leite? (21) Comeu outro tipo de mingau?
SOPA OU PAPA DE LEGUMES	(19) Comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	(10E) Clear broth?	(24) Comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?

	MS, 2008	WHO, 2010	Questionário proposto no estudo (2013)
COMIDA	(19) Comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	(13) Did ... eat any solid, semi-solid, or soft foods yesterday during the day or at night?	(24) Comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?
COMIDA COM CARNE	(23) A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe, <i>miúdos</i> ?	(12G) Liver, kidney, heart, or other organ meats / (12H) Any meat, such as beef, pork, lamb, goat, chicken, or duck / (12J) Fresh or dried fish, shelfish or seafood	(28) Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco, peixe ou outro)?
COMIDA COM FEIJÃO	(24) A comida tinha feijão em caldo ou caroço?	(12K) Any foods made from beans, peas, lentils, nuts, or seeds	(30) Comeu feijão ou lentilha? (31) Como foi oferecido?
FREQUÊNCIA	(20) Quantas vezes?	(14) How many times did ... eat solid, semisolid, or soft foods other than liquids yesterday?	(25) Quantas vezes?
PREPARO	(21) A comida oferecida foi? (ex: igual à da família)		(26) A comida oferecida foi? (ex: igual à da família)
OFERTA	(22) Essa comida foi? (ex: em pedaços)		(27) Essa comida foi oferecida como? (ex: em pedaços)
LEGUMES E/OU VERDURAS	(25) A comida tinha legumes e/ou verduras?	(12B) Pumpkin, carrots, squash, or sweet potatoes that are yellow or orange inside / (12f) Any other fruits or vegetables?*	(35) Comeu legumes, sem contar batata/inhame/aipim? (36) Comeu abóbora, cenoura, brócolis ou couve? (37) Comeu verduras de folhas?
CEREAIS		(12a) Porridge, bread, rice, noodles, or other foods made from grains? / (12C) White potatoes, white yams, manioc, cassava, or any other foods made from roots	(34) Comeu arroz, batata, inhame, aipim ou macarrão sem ser miojo?

	MS, 2008	WHO, 2010	Questionário proposto no estudo (2013)
VEGETAIS ESCUROS		(12D) Any dark green leafy vegetables?	(37) Comeu verduras de folhas?
SUCO INDUSTRIALIZADO	(27) Tomou suco de fruta industrializado ou água de coco em caixinha?	(10D) Juice or juice drinks?*	(16) Tomou suco industrializado ou em pó?
MEDICAMENTOS OU SUPLEMENTO		(8) Was... Given any vitamin drops or other medicine as drops yesterday during the day or at night? / (9(Was... Given ORS yesterday during the day or at night?	
REFRIGERANTE	(28) Tomou refrigerante?		(17) Tomou refrigerante?
CAFÉ	(29) Tomou café?		(18) Tomou café?
ALIMENTO ADOÇADO	(30) Recebeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?		(40) Comeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?
BISCOITO	(31) Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho?	(12n) Any sugary foods such as chocolates, sweets, candies, pastries, cakes, or biscuits?	(42) Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho de pacote?
GULOSEIMAS			(41) Comeu bala, pirulito ou outras guloseimas?
ÓLEOS E GORDURAS		(12m) Any oil, fats, or butter, or food made with any of these?	
OVO		(12i) Eggs?	(32) Comeu ovo?

	MS, 2008	WHO, 2010	Questionário proposto no estudo (2013)
MAMADEIRA	(33) Usou mamadeira ou chuquinha?	(7a) Did... Consume breast milk in any of these ways yesterday during the day or at night / (15) Did ... drink anything from a bottle with a nipple yesterday during the day or night?	(53) A criança usa mamadeira ou chuquinha?
OUTRO ALIMENTOS	(32) Tomou ou comeu outros alimentos?		(43) Tomou ou comeu outros alimentos?

* O número entre parênteses corresponde ao número da questão em cada questionário.

ANEXO A - Indicadores da Organização Mundial de Saúde

Core indicators

1. **Early initiation of breastfeeding:** Proportion of children born in the last 24 months who were put to the breast within one hour of birth

Children born in the last 24 months who were put to the breast within one hour of birth

Children born in the last 24 months

Notes:

- This indicator is based on historic recall. The denominator and numerator include living children and deceased children who were born within the past 24 months.
- It is recommended that the indicator be further disaggregated and reported for (i) live births occurring in the last 12 months; and (ii) live births occurring between the last 12 and 24 months.

2. **Exclusive breastfeeding under 6 months:** Proportion of infants 0–5 months of age who are fed exclusively with breast milk

Infants 0–5 months of age who received only breast milk during the previous day

Infants 0–5 months of age

Notes:

- This indicator includes breastfeeding by a wet nurse and feeding expressed breast milk. It was, however, thought simpler to retain the term “exclusive breastfeeding” rather than the more precise but cumbersome term “fed exclusively on breast milk”. (For the definition of “exclusive breastfeeding” see Table 1.)
- This is the first in the series of current status indicators based on recall of the previous day and includes living infants. All indicators that follow, except “children ever breastfed”, are also based on recall of the previous day.
- Using the previous day recall period will cause the proportion of exclusively breastfed infants to be overestimated, as some infants who are given other liquids irregularly may not have received them in the day before the survey.
- As with other indicators that are based on current status, exclusive breastfeeding is based on a cross section of children in a given age range, in this case children from birth to just under 6 months of age. It therefore does not represent the proportion of infants who are exclusively breastfed *until just under* 6 months of age and *should not* be interpreted as such. It is generally accepted that the proportion of children who are exclusively breastfed *until just under* 6 months of age is lower than the number derived from the indicator of current status. For example, if there is a linear rate of decline in the proportion exclusively breastfed from 100% at birth to 20% at 6 months, the indicator value for exclusive breastfeeding under 6 months would be 60% (as compared to 20% still exclusively breastfed at 6 months). However, the indicator recommended in this document represents the best option for estimating exclusive breastfeeding and is more sensitive to capturing changes. If there is interest in identifying differences in proportions of infants exclusively breastfed over smaller age ranges, creation of figures such as shown in Annex 3, and disaggregation as suggested in the bullet below may provide such information.

- It is recommended that the indicator be further disaggregated and reported for the following age-groups: 0–1 months, 2–3 months, 4–5 months and 0–3 months.

3. Continued breastfeeding at 1 year: Proportion of children 12–15 months of age who are fed breast milk

Children 12–15 months of age who received breast milk during the previous day

Children 12–15 months of age

Notes:

- This indicator includes breastfeeding by a wet nurse and feeding expressed breast milk.
- The title of this indicator on continued breastfeeding reflects an approximation of the age range covered. Because of the age interval, the indicator underestimates the proportion of children breastfed at one year.
- Because the indicator has a relatively narrow age range of 4 months, estimates from surveys with small sample sizes are likely to have wide confidence intervals.

4. Introduction of solid, semi-solid or soft foods: Proportion of infants 6–8 months of age who receive solid, semi-solid or soft foods

Infants 6–8 months of age who received solid, semi-solid or soft foods during the previous day

Infants 6–8 months of age

Notes:

- This indicator is one of the two parts of the previous composite indicator for timely complementary feeding, which also included continued breastfeeding (1).
- The previous indicator included living infants 6–9 months in the numerator and denominator. A narrower age range has been chosen so as not to include infants first receiving foods as late as 9 months in the numerator.
- Because the indicator has a very narrow age range of 3 months, estimates from surveys with small sample sizes are likely to have wide confidence intervals.
- Figures of infant feeding practices by age, as shown in Annex 3, provide additional information and are a useful illustration of the pattern of introduction of solid, semi-solid or soft foods in the population.

5. Minimum dietary diversity: Proportion of children 6–23 months of age who receive foods from 4 or more food groups

Children 6–23 months of age who received foods from ≥ 4 food groups during the previous day

Children 6–23 months of age

Notes:

- The 7 foods groups used for tabulation of this indicator are:
 - grains, roots and tubers
 - legumes and nuts
 - dairy products (milk, yogurt, cheese)
 - flesh foods (meat, fish, poultry and liver/organ meats)

- eggs
- vitamin-A rich fruits and vegetables
- other fruits and vegetables
- Consumption of any amount of food from each food group is sufficient to “count”, i.e., there is no minimum quantity, except if an item is only used as a condiment.¹
- The cut-off of at least 4 of the above 7 food groups above was selected because it is associated with better quality diets for both breastfed and non-breastfed children (10). Consumption of foods from at least 4 food groups on the previous day would mean that in most populations the child had a high likelihood of consuming at least one animal-source food and at least one fruit or vegetable that day, in addition to a staple food (grain, root or tuber).
- Results may be reported separately for breastfed and non-breastfed children. However, diversity scores for breastfed and non-breastfed children should not be directly compared, because breast milk is not ‘counted’ in any of the above food groups. Breast milk is not counted because the indicator is meant to reflect the quality of the complementary food diet. As a consequence, this indicator may show ‘better’ results for children who are not breastfed than those who are breastfed in populations where formula and/or milk are commonly given to non-breastfed children.
- For the same reason, this indicator should not be used to compare populations that differ in prevalence of continued breastfeeding. This caution applies both to comparisons between different sub-populations at one point in time (e.g. urban versus rural comparisons) and the same population at different points in time (e.g. if continued breastfeeding has declined). The composite indicator (# 7 below) captures several different dimensions of feeding and can be used for comparisons across time and between populations with different rates in continued breastfeeding.
- It is recommended that the indicator be further disaggregated and reported for the following age groups: 6–11 months, 12–17 months and 18–23 months.

6. **Minimum meal frequency:** Proportion of breastfed and non-breastfed children 6–23 months of age who receive solid, semi-solid, or soft foods (but also including milk feeds for non-breastfed children) the minimum number of times or more.

The indicator is calculated from the following two fractions:

Breastfed children 6–23 months of age who received solid, semi-solid or soft foods the minimum
number of times or more during the previous day

Breastfed children 6–23 months of age

and

Non-breastfed children 6–23 months of age who received solid, semi-solid or soft foods or milk
feeds the minimum number of times or more during the previous day

Non-breastfed children 6–23 months of age

Notes:

- Minimum is defined as:
 - 2 times for breastfed infants 6–8 months
 - 3 times for breastfed children 9–23 months
 - 4 times for non-breastfed children 6–23 months

- “Meals” include both meals and snacks (other than trivial amounts¹), and frequency is based on caregiver report.
- This indicator is intended as a proxy for energy intake from foods other than breast milk.² Feeding frequency for breastfed children includes only non-liquid feeds and reflects the Guiding Principles³ (5). Feeding frequency for non-breastfed children includes both milk feeds and solid/semi-solid feeds, and also reflects the Guiding Principles for these children (7).
- It is recommended that the indicator be further disaggregated and reported for the following age groups: 6–11 months, 12–17 months and 18–23 months of age. Results may also be reported separately for breastfed and non-breastfed children.

7. Minimum acceptable diet: Proportion of children 6–23 months of age who receive a minimum acceptable diet (apart from breast milk).

This composite indicator will be calculated from the following two fractions:

Breastfed children 6–23 months of age who had at least the minimum dietary diversity and the
minimum meal frequency during the previous day

Breastfed children 6–23 months of age

and

Non-breastfed children 6–23 months of age who received at least 2 milk feedings and had at least
the minimum dietary diversity not including milk feeds and the minimum meal frequency during the
previous day

Non-breastfed children 6–23 months of age

Notes:

- For breastfed children, see indicators 5 and 6 above for “Minimum dietary diversity” and “Minimum meal frequency” definitions.
- For non-breastfed children, see indicator 6 above for definition of “Minimum meal frequency”. The definition of “Minimum dietary diversity” is similar to the definition for indicator 5, but milk feeds are excluded from the diversity score for non-breastfed children when calculating “Minimum acceptable diet”. This is because milk feeds are considered as a separate and required element for non-breastfed children in this multi-dimensional indicator. Exclusion of milk feeds from the diversity score here avoids “double-counting” of this food group and allows use of this indicator in comparisons – across space and time – between populations with different rates of continued breastfeeding.
- See indicator 15 below for the rationale for at least 2 milk feedings for non-breastfed children.
- It is recommended that the indicator be further disaggregated and reported for the following age groups: 6–11 months, 12–17 months and 18–23 months of age.

8. Consumption of iron-rich or iron-fortified foods: Proportion of children 6–23 months of age who receive an iron-rich food or iron-fortified food that is specially designed for infants and young children, or that is fortified in the home.

Children 6–23 months of age who received an iron-rich food or a food that was specially designed
for infants and young children and was fortified with iron, or a food that was fortified in the home with
a product that included iron during the previous day

Children 6–23 months of age

Notes:

- Suitable iron-rich or iron-fortified foods include flesh foods, commercially fortified foods specially designed for infants and young children that contain iron, or foods fortified in the home with a micronutrient powder containing iron or a lipid-based nutrient supplement containing iron.
- While this indicator assesses a critical aspect of nutrient adequacy of food intake, guidance on how best to operationalize the data collection is difficult to standardize. Further work is being undertaken to develop the questions to allow for its tabulation.
- It is recommended that the indicator be further disaggregated and reported for the proportion of children receiving flesh foods only and the proportion of children who consume some fortified food specially designed for infants and young children that contains iron (with or without flesh foods).
- It is also recommended that the indicator be further disaggregated and reported for the following age groups: 6–11 months, 12–17 months and 18–23 months of age.

Optional indicators

9. **Children ever breastfed:** Proportion of children born in the last 24 months who were ever breastfed

$$\frac{\text{Children born in the last 24 months who were ever breastfed}}{\text{Children born in the last 24 months}}$$

Children born in the last 24 months

Notes:

- This indicator is based on historic recall. The denominator and numerator include living and deceased children who were born within the past 24 months.
- It is recommended that the indicator be further disaggregated and reported for (i) live births occurring in the last 12 months; and (ii) live births occurring between the last 12 and 24 months.

10. **Continued breastfeeding at 2 years:** Proportion of children 20–23 months of age who are fed breast milk

$$\frac{\text{Children 20–23 months of age who received breast milk during the previous day}}{\text{Children 20–23 months of age}}$$

Children 20–23 months of age

Notes:

- The title of this indicator on continued breastfeeding reflects an approximation of the age range covered.
- Because the indicator has a relatively narrow age range of 4 months, estimates from surveys with small sample sizes are likely to have wide confidence intervals.

11. **Age-appropriate breastfeeding:** Proportion of children 0–23 months of age who are appropriately breastfed

The indicator is calculated from the following two fractions:

Infants 0–5 months of age who received only breast milk during the previous day

Infants 0–5 months of age

and

Children 6–23 months of age who received breast milk, as well as solid, semi-solid or soft foods,
during the previous day

Children 6–23 months of age

12. **Predominant breastfeeding under 6 months:** Proportion of infants 0–5 months of age who are predominantly breastfed

Infants 0–5 months of age who received breast milk as the predominant source of nourishment
during the previous day

Infants 0–5 months of age

Notes:

- As the proportion of infants aged *just less than* 6 months who are exclusively breastfed may be quite low in some populations, the intent of this indicator is to identify infants whose predominant source of nourishment is breast milk, but who also receive other fluids. These include liquids, such as water-based drinks, fruit juice and ritual fluids. Non-human milk and food-based fluids are not allowed. Table 1 describes in detail the criteria of predominant breastfeeding
- An area graph as illustrated in Annex 3 provides the clearest illustration of various infant feeding practices and when used, can replace this indicator.

13. **Duration of breastfeeding:** Median duration of breastfeeding among children less than 36 months of age

The age in months when 50% of children 0–35 months did not receive breast milk during the
previous day

Note: The population median duration of breastfeeding is the only indicator that requires collection of data on feeding practices in children above 23 months of age and is calculated using current status data among all children less than 36 months of age.

14. **Bottle feeding:** Proportion of children 0–23 months of age who are fed with a bottle.

Children 0–23 months of age who were fed with a bottle during the previous day

Children 0–23 months of age

Notes:

- Information on bottle feeding is useful because of the potential interference of bottle feeding with optimal breastfeeding practices and the association between bottle feeding and increased diarrhoeal disease morbidity and mortality. Bottles with a nipple are particularly prone to contamination. Included

in the numerator of this indicator are children less than 24 months of age who received any food or drink from a bottle with a nipple/teat during the previous day (including breast milk), regardless of whether or not the infant was breastfed.

- It is recommended that this indicator be further disaggregated and reported for each of 3 age groups: 0–5 months, 6–11 months and 12–23 months.

15. Milk feeding frequency for non-breastfed children: Proportion of non-breastfed children 6–23 months of age who receive at least 2 milk feedings

Non-breastfed children 6–23 months of age who received at least 2 milk feedings during the
previous day

Non-breastfed children 6–23 months of age

Notes:

- Milk feedings include liquid milk products such as infant formula, cow milk or other animal milk. The specific products to be included need to be defined for each target population, to take into account local milk products that are commonly fed to young children in substantial quantities (e.g. fermented dairy products).
- The minimum of 2 milk feedings was selected based on the following: Average energy intake from breast milk in developing countries is approximately 400 kcal/day between 6 and 11 months and 350 kcal/day between 12 and 23 months (5). For non-breastfed children, the dietary analysis results (10) indicated that 3 milk feedings per day would generally allow for an average intake of milk that is similar to this range (300–400 kcal from milk). Most children will probably not consume more than 180–240 mL of milk per feed, which would be equivalent to ~100–150 kcal/feed if consumed as liquid whole cow milk. Taking the upper end of this range (150 kcal/feed) and a slightly lower “target” for energy intake from milk than is consumed by breastfed children (300 kcal/day), a minimum of 2 milk feedings per day would be needed.
- It is recommended that the indicator be further disaggregated and reported for the following age groups: 6–11 months, 12–17 months and 18–23 months.

ANEXO B - Questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde

HOUSEHOLD ROSTER

Please tell me the name and sex of each person who lives here, starting with the head of the household.

LIST THE HEAD OF THE HOUSEHOLD IN LINE 1. LIST THE NAMES OF ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Q2). THEN ASK:

Does anyone else live here, even if they are not at home now? These may include children in school or household members at work.

IF YES, COMPLETE LISTING. THEN, COLLECT INFORMATION STARTING WITH (Q4) FOR EACH MEMBER, ONE PERSON AT A TIME. ADD A CONTINUATION SHEET IF THERE ARE MORE THAN 10 HOUSEHOLD MEMBERS. TICK HERE IF CONTINUATION SHEET WAS USED

Line #	Name	Is (NAME) male or female? 1=MALE 2=FEMALE		Please tell me how old (NAME) is. How old was (NAME) on his/her last birthday? RECORD AGE IN COMPLETED YEARS 98=DK (ONLY FOR ≥50 YEAR OLDS)	Eligible for		
					Initiation of breastfeeding module	Infant and young child feeding module (under 3 year olds)	
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)	(7)
		Male	Female				FOR EACH CHILD UNDER 3: Who is the primary caregiver of (NAME)? RECORD LINE NUMBER OF CAREGIVER.
1		1	2	_____	1	1	_____
2		1	2	_____	2	2	_____
3		1	2	_____	3	3	_____
4		1	2	_____	4	4	_____
5		1	2	_____	5	5	_____
6		1	2	_____	6	6	_____
7		1	2	_____	7	7	_____
8		1	2	_____	8	8	_____
9		1	2	_____	9	9	_____
10		1	2	_____	10	10	_____

Are there any other persons living here – even if they are not members of your family or do not have parents living in this household? Including children at work or at school?

IF YES, INSERT PERSON'S NAME UNDER Q2, ASK Q3 AND Q4 AND COMPLETE THE FORM. THEN, COMPLETE THE TOTALS BELOW.

	WOMEN 15–49 YEARS (FROM Q5 ABOVE)	CHILDREN UNDER 3 YEARS (FROM Q6 ABOVE)
TOTALS (TOTAL NUMBER ELIGIBLE PER MODULE)	_____	_____

FOR EACH WOMAN AGE 15–49 YEARS, WRITE HER NAME AND LINE NUMBER IN THE INFORMATION PANEL OF THE INITIATION OF BREASTFEEDING MODULE.

FOR EACH CHILD UNDER 3 YEARS OF AGE, WRITE HIS/HER NAME, LINE NUMBER AND THE NAME AND LINE NUMBER OF HIS/HER PRIMARY CAREGIVER (USUALLY THE MOTHER) IN THE INFORMATION PANEL OF THE INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING MODULE.

A SEPARATE INITIATION OF BREASTFEEDING MODULE NEEDS TO BE COMPLETED FOR EACH ELIGIBLE WOMAN AND A SEPARATE INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING MODULE NEEDS TO BE COMPLETED FOR EACH ELIGIBLE CHILD.

INITIATION OF BREASTFEEDING MODULE

INFORMATION PANEL

(This information is entered after identifying eligible women from the Household Roster)

Woman's Name (FROM COLUMN 2 OF HOUSEHOLD ROSTER): _____

Woman's Line Number (CIRCLED IN COLUMN 5 OF HOUSEHOLD ROSTER): _____

THIS MODULE IS TO BE ADMINISTERED TO WOMEN IDENTIFIED IN THE HOUSEHOLD ROSTER TO BE BETWEEN 15 AND 49 YEARS OF AGE. A SEPARATE MODULE MUST BE COMPLETED FOR EACH ELIGIBLE WOMAN.

VERIFY THAT YOU ARE SPEAKING WITH THE CORRECT RESPONDENT BY CHECKING THAT THE RESPONDENT'S NAME IS THE SAME AS THE NAME LISTED IN THE INFORMATION PANEL ABOVE.

IF THE PERSON YOU ARE SPEAKING WITH IS NOT THAT INDIVIDUAL, ASK TO SPEAK WITH THE CORRECT RESPONDENT.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1	In what month and year were you born?	MONTH IF MONTH IS NOT KNOWN, ENTER '98' YEAR IF YEAR IS NOT KNOWN, ENTER '9998'	
2	Please tell me how old you are. What was your age at your last birthday? RECORD AGE IN COMPLETED YEARS.	Age in Completed Years	
3	CHECK Q1 AND Q2: IS THE RESPONDENT BETWEEN THE AGES OF 15 AND 49 YEARS? IF THE INFORMATION IN Q1 AND Q2 CONFLICTS, DETERMINE WHICH IS MOST ACCURATE.	YES 1 NO 2	→ END MODULE
4	I would like to ask you about pregnancies and births that you may have had. Have you ever been pregnant? IF 'NO' PROBE BY ASKING: Were you ever pregnant, even this pregnancy did not result in the birth of a live child?	YES 1 NO 2	→ END MODULE
5	Have you ever given birth? IF 'NO' PROBE BY ASKING: I mean, to a child who ever breathed or cried or showed other signs of life – even if he or she lived only a few minutes or hours?	YES 1 NO 2	→ END MODULE
6	When was the last time you gave birth (even if your child is no longer living)? IF THE RESPONDENT DOES NOT KNOW THE BIRTHDATE ASK: Do you have a health/vaccination card for that child with the birthdate recorded? IF THE HEALTH/VACCINATION CARD IS SHOWN, RECORD THE DATE OF BIRTH AS DOCUMENTED ON THE CARD.	Date of last birth DAY IF DAY IS NOT KNOWN, ENTER '98' ABOVE MONTH YEAR	
7	CHECK Q6: DID THE RESPONDENT'S LAST BIRTH OCCUR WITHIN THE LAST 2 YEARS, THAT IS, SINCE (DAY AND MONTH OF INTERVIEW, YEAR XXXX)? [FOR XXXX, INSERT THE YEAR CORRESPONDING TO 2 YEARS PRIOR THE YEAR OF THE INTERVIEW] YES, LIVE BIRTH SINCE (DAY AND MONTH OF INTERVIEW, YEAR XXXX) GO TO Q8 NO LIVE BIRTH SINCE (DAY AND MONTH OF INTERVIEW, YEAR XXXX) END MODULE		
8	What is the name of your child who was born on (DATE INDICATED IN Q6)?	Name: _____	
9	Is (NAME) a male or female?	MALE 1 FEMALE 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
10	Did you ever breastfeed (<i>NAME</i>)?	YES 1 NO 2	→ END MODULE
11	<p>How long after birth did you first put (<i>NAME</i>) to the breast?</p> <p><i>IF RESPONDENT REPORTS SHE PUT THE INFANT TO THE BREAST IMMEDIATELY AFTER BIRTH, CIRCLE '000' FOR 'IMMEDIATELY'.</i></p> <p><i>IF LESS THAN 1 HOUR, CIRCLE '1' FOR HOURS AND RECORD '00' HOURS.</i></p> <p><i>IF LESS THAN 24 HOURS, CIRCLE '1' AND RECORD NUMBER OF COMPLETED HOURS, FROM 01 TO 23.</i></p> <p><i>OTHERWISE, CIRCLE '2' AND RECORD NUMBER OF COMPLETED DAYS.</i></p>	<p>IMMEDIATELY 000</p> <p><i>OR</i></p> <p>HOURS 1 </p> <p><i>OR</i></p> <p>DAYS 2 </p>	

INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING MODULE

INFORMATION PANEL

(This information is entered after identifying eligible children from the Household Roster)

NAME OF CHILD (FROM COLUMN 2 OF HOUSEHOLD ROSTER): _____

SEX OF CHILD (FROM COLUMN 3 OF HOUSEHOLD ROSTER) (1=Male; 2=Female): _____

LINE NUMBER OF CHILD (CIRCLED IN COLUMN 6 OF HOUSEHOLD ROSTER): _____

LINE NUMBER FOR CAREGIVER OF CHILD (FROM COLUMN 7, FAR RIGHT COLUMN OF HOUSEHOLD ROSTER): _____

NAME OF CAREGIVER (FROM COLUMN 2 OF HOUSEHOLD ROSTER): _____

THIS MODULE IS TO BE ADMINISTERED TO THE CAREGIVER (USUALLY THE MOTHER) OF CHILDREN RECORDED IN THE HOUSEHOLD ROSTER AS LESS THAN THREE YEARS OF AGE.

A SEPARATE MODULE SHOULD BE COMPLETED FOR EACH ELIGIBLE CHILD.

VERIFY THAT YOU ARE SPEAKING WITH THE CORRECT RESPONDENT BY:

- CHECKING THAT THE RESPONDENT'S NAME IS THE SAME AS THE NAME OF CAREGIVER LISTED IN THE INFORMATION PANEL ABOVE.
- CHECKING THAT THE RESPONDENT IS THE PRIMARY CAREGIVER (WHICH IS USUALLY THE MOTHER) OF **(NAME)**.

IF THE PERSON YOU ARE SPEAKING WITH IS NOT THAT INDIVIDUAL, ASK TO SPEAK WITH THE CORRECT RESPONDENT.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1	<p>I would like to ask you some questions about (NAME).</p> <p>In what month and year was (NAME) born?</p> <p>What is his/her birthday?</p> <p><i>IF THE RESPONDENT DOES NOT KNOW THE EXACT BIRTHDATE ASK:</i></p> <p>Does (NAME) have a health/vaccination card with the birthdate recorded?</p> <p><i>IF THE HEALTH/VACCINATION CARD IS SHOWN AND THE RESPONDENT CONFIRMS THE INFORMATION IS CORRECT, RECORD THE DATE OF BIRTH AS DOCUMENTED ON THE CARD.</i></p>	<p>DAY </p> <p><i>IF DAY IS NOT KNOWN, ENTER '98'</i></p> <p>MONTH </p> <p>YEAR </p>	
2	<p>How old was (NAME) at his/her last birthday?</p> <p><i>RECORD AGE IN COMPLETED YEARS.</i></p>	<p>LESS THAN 1 YEAR 0</p> <p>1 YEAR 1</p> <p>2 OR MORE YEARS 2</p>	
3	<p>How many months old is (NAME)?</p> <p><i>RECORD AGE IN COMPLETED MONTHS.</i></p>	<p>Age in completed months </p>	
4	<p><i>CHECK QUESTIONS 1, 2 AND 3 TO VERIFY CONSISTENCY</i></p> <p><i>A) IS THE YEAR RECORDED IN Q1 CONSISTENT WITH AGE IN YEARS RECORDED IN Q2?</i></p> <p><i>B) ARE YEAR AND MONTH OF BIRTH RECORDED IN Q1 CONSISTENT WITH AGE IN MONTHS RECORDED IN Q3?</i></p> <p><i>IF THE ANSWER TO 4A OR 4B IS 'NO', RESOLVE ANY INCONSISTENCIES. IF THE BIRTHDATE WAS RECORDED ON A HEALTH CARD, THIS MAY BE USED AS THE CORRECT DATA SOURCE.</i></p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	
5	<p><i>CHECK QUESTION 3. IS THE CHILD LESS THAN 24 MONTHS?</i></p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>→ END MODULE</p> <p>→ END MODULE</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
6	Has (NAME) ever been breastfed?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ GO TO 7a → GO TO 7a
7	Was (NAME) breastfed yesterday during the day or at night?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ GO TO 8
7a ¹	Sometimes babies are fed breast milk in different ways, for example by spoon, cup or bottle. This can happen when the mother cannot always be with her baby. Sometimes babies are breastfed by another woman, or given breast milk from another woman by spoon, cup or bottle or some other way. This can happen if a mother cannot breastfeed her own baby. Did (NAME) consume breast milk in any of these ways yesterday during the day or at night?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
8	Now I would like to ask you about some medicines and vitamins that are sometimes given to infants. Was (NAME) given any vitamin drops or other medicines as drops yesterday during the day or at night?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
9	Was (NAME) given [LOCAL NAME FOR ORS] yesterday during the day or at night?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	

READ THE QUESTIONS BELOW. READ THE LIST OF LIQUIDS ONE BY ONE AND MARK YES OR NO, ACCORDINGLY. AFTER YOU HAVE COMPLETED THE LIST, CONTINUE BY ASKING QUESTION 11 (SEE FAR RIGHT HAND COLUMN) FOR THOSE ITEMS (10B, 10C, AND/OR 10F) WHERE THE RESPONDENT REPLIED 'YES'.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES			QUESTIONS AND CODING CATEGORIES	
10	Next I would like to ask you about some liquids that (NAME) may have had yesterday during the day or at night. Did (NAME) have any (ITEM FROM LIST) ? READ THE LIST OF LIQUIDS STARTING WITH 'PLAIN WATER'.		YES	NO	DK	11 How many times yesterday during the day or at night did (NAME) consume any (ITEM FROM LIST) ? READ QUESTION 11 FOR ITEMS B, C, AND F IF CHILD CONSUMED THE ITEM. RECORD '98' FOR DON'T KNOW.
A	Plain water?	A	1	2	8	
B	Infant formula such as [Insert local examples]?	B	1	2	8	B. TIMES __ __
C	Milk such as tinned, powdered, or fresh animal milk?	C	1	2	8	C. TIMES __ __
D	Juice or juice drinks?	D	1	2	8	
E	Clear broth?	E	1	2	8	
F	Yogurt?	F	1	2	8	F. TIMES __ __
G	Thin porridge?	G	1	2	8	
H	Any other liquids such as [list other water-based liquids available in the local setting]?	H	1	2	8	
I	Any other liquids?	I	1	2	8	

¹ Question 7a is shaded because it is an optional question. See Section C "Suggestions for adapting the questionnaire to the survey context".

12 Please describe everything that **(NAME)** ate yesterday during the day or night, whether at home or outside the home.


a) Think about when **(NAME)** first woke up yesterday. Did **(NAME)** eat anything at that time? *IF YES: Please tell me everything **(NAME)** ate at that time. PROBE: Anything else? UNTIL RESPONDENT SAYS NOTHING ELSE. IF NO, CONTINUE TO QUESTION b).*

b) What did **(NAME)** do after that? Did **(NAME)** eat anything at that time?
*IF YES: Please tell me everything **(NAME)** ate at that time. PROBE: Anything else? UNTIL RESPONDENT SAYS NOTHING ELSE.*
REPEAT QUESTION b) ABOVE UNTIL RESPONDENT SAYS THE CHILD WENT TO SLEEP UNTIL THE NEXT DAY.
IF RESPONDENT MENTIONS MIXED DISHES LIKE A PORRIDGE, SAUCE OR STEW, PROBE:

c) What ingredients were in that **(MIXED DISH)**? *PROBE: Anything else? UNTIL RESPONDENT SAYS NOTHING ELSE.*
AS THE RESPONDENT RECALLS FOODS, UNDERLINE THE CORRESPONDING FOOD AND CIRCLE '1' IN THE COLUMN NEXT TO THE FOOD GROUP. IF THE FOOD IS NOT LISTED IN ANY OF THE FOOD GROUPS BELOW, WRITE THE FOOD IN THE BOX LABELED 'OTHER FOODS'. IF FOODS ARE USED IN SMALL AMOUNTS FOR SEASONING OR AS A CONDIMENT, INCLUDE THEM UNDER THE CONDIMENTS FOOD GROUP.
ONCE THE RESPONDENT FINISHES RECALLING FOODS EATEN, READ EACH FOOD GROUP WHERE '1' WAS NOT CIRCLED, ASK THE FOLLOWING QUESTION AND CIRCLE '1' IF RESPONDENT SAYS YES, '2' IF NO AND '8' IF DON'T KNOW:
 Yesterday during the day or night, did **(NAME)** drink/eat any **(FOOD GROUP ITEMS)**?

OTHER FOODS: PLEASE WRITE DOWN OTHER FOODS IN THIS BOX THAT RESPONDENT MENTIONED BUT ARE NOT IN THE LIST BELOW:





NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES			
			YES	NO	DK
A	Porridge, bread, rice, noodles, or other foods made from grains	A	1	2	8
B	Pumpkin, carrots, squash, or sweet potatoes that are yellow or orange inside	B	1	2	8
C	White potatoes, white yams, manioc, cassava, or any other foods made from roots	C	1	2	8
D	Any dark green leafy vegetables	D	1	2	8
E	Ripe mangoes, ripe papayas, or (insert other local vitamin A-rich fruits)	E	1	2	8
F	Any other fruits or vegetables	F	1	2	8
G	Liver, kidney, heart, or other organ meats	G	1	2	8
H	Any meat, such as beef, pork, lamb, goat, chicken, or duck	H	1	2	8
I	Eggs	I	1	2	8
J	Fresh or dried fish, shellfish, or seafood	J	1	2	8
K	Any foods made from beans, peas, lentils, nuts, or seeds	K	1	2	8
L	Cheese, yogurt, or other milk products	L	1	2	8
M	Any oil, fats, or butter, or foods made with any of these	M	1	2	8
N	Any sugary foods such as chocolates, sweets, candies, pastries, cakes, or biscuits	N	1	2	8
O	Condiments for flavor, such as chilies, spices, herbs, or fish powder	O	1	2	8
P	Grubs, snails, or insects	P	1	2	8
Q	Foods made with red palm oil, red palm nut, or red palm nut pulp sauce	Q	1	2	8
Check categories A–Q		<i>IF ALL 'NO': → GO TO 13</i> <i>IF AT LEAST ONE 'YES' OR ALL 'DK': → GO TO 14</i>			

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
13	Did (<i>NAME</i>) eat any solid, semi-solid, or soft foods yesterday during the day or at night? <i>IF 'YES' PROBE: What kind of solid, semi-solid, or soft foods did (<i>NAME</i>) eat?</i>	YES 1 <i>GO BACK TO Q12 AND RECORD FOODS EATEN. THEN CONTINUE WITH Q14</i> NO 2 DON'T KNOW 8	 → GO TO 15 → GO TO 15
14	How many times did (<i>NAME</i>) eat solid, semi-solid, or soft foods other than liquids yesterday during the day or at night?	NUMBER OF TIMES __ __ DON'T KNOW 98	
15	Did (<i>NAME</i>) drink anything from a bottle with a nipple yesterday during the day or night?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	

ANEXO C - Questionário da II Pesquisa sobre práticas alimentares de crianças menores de um ano

ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO / DAPES / SAS/MS - ICICT/ FIOCRUZ - SES/RJ - SMSRIO
II PESQUISA NACIONAL E VI PESQUISA MUNICIPAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA – 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 MORA NESTA CIDADE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM QUANDO ACORDOU ATÉ HOJE QUANDO ACORDOU? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 a Q. 34)			
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 PANELA, PAPA, SOPA)?		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, MIÚDOS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU CAROÇO?		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 QUANDO ACORDOU ATÉ HOJE QUANDO ACORDOU ESSA CRIANÇA":			
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?		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-USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
34-USOU CHUPETA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote 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.41)			
ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)			
41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?			
PARA MENINA (páginas 46 E 47) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (páginas 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 (páginas 48 E 49) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (páginas 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) 9999 <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: _____ (Anote o nome)			
9 <input type="checkbox"/> Não Sabe/Não se aplica			
 Q.44 →Se REDE PÚBLICA especificar: 2 <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?			
_____ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa (PASSE P/ Q. 50)			
999 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q. 50)			
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 PARA TODAS AS CRIANÇAS (Q. 50 a Q. 55)			
50-QUAL É A IDADE DA SRA./ MÃE DA CRIANÇA? _____ (Anos completos)			
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO SEU/ DELA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)		
52-A SRA./ MÃE DA CRIANÇA SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE A SRA./ MÃE DA CRIANÇA COMPLETOU? (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-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA./ MÃE DA CRIANÇA: (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:			