



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE HUMANA E MEIO
AMBIENTE - PPGSHMA**

Geivianni Maria Silva Cavalcanti de Andrade

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS
ASSITIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO
ANTÃO - PE**

Vitória de Santo Antão

2013

Geivianni Maria Silva Cavalcanti de Andrade

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS
ASSITIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO
ANTÃO - PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em **Saúde Humana e Meio Ambiente**.

Área de Concentração: Saúde e Ambiente.

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

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Marina de Moraes Vasconcelos Petribú

Vitória de Santo Antão

2013

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia Feliciano dos Santos, CRB4: 1650

A553a Andrade, Maria Silva Cavalcanti de.

Alimentação complementar de crianças assistidas pela estratégia de saúde da família no município da Vitória de Santo Antão – PE./ Maria Silva Cavalcanti de Andrade. Vitória de Santo Antão: O Autor, 2013.
ix, 48 folhas: il.; tab.

Orientador: Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos.
Co-orientador: Marina de Moraes Vasconcelos Petribú.
Dissertação (Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Saúde Humana e Meio Ambiente, 2013.
Inclui bibliografia.

1. Consumo de alimentos. 2. Nutrição infantil. 3. Hábitos alimentares. I. Campos, Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira (Orientador). II. Petribú, Marina de Moraes Vasconcelos (Co-orientador). III. Título.

613.20832 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-027/2013



Dissertação de Mestrado apresentada por **Geivianni Maria Silva Cavalcanti de Andrade** à Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, sob o título "ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE", orientada pela Profa. Dra. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos, aprovada no dia 25 de outubro de 2013 pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:

Dra. Juliana Souza Oliveira
Núcleo de Nutrição - CAV/UFPE

Dr. René Duarte Martins
Núcleo de Nutrição - CAV/UFPE

Dra. Zelyta Pinheiro de Faro
Núcleo de Nutrição - CAV/UFPE

Autor

Geivianni Maria Silva Cavalcanti de Andrade

Dedico esta vitória aos meus pais, Gilvan e Zélia,
pelo incentivo e apoio em todas as minhas decisões
e ao meu noivo Márcio, verdadeiro amor,
companheiro de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu a vida e me proporcionou saúde, inteligência e determinação.

A minha família, que me amparou nos momentos difíceis, de angústia e solidão.

A minha orientadora e co-orientadora, Florisbela e Marina, pelo apoio incansável.

Aos meus amigos colaboradores: Anna Carla, Isabella e Gabriel; sem a ajuda de vocês a caminhada teria sido mais árdua.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO 1.....	12
1.1. INTRODUÇÃO	12
1.2. Objetivos	14
1.2.1. Objetivo geral.....	14
1.2.2. Objetivos específicos	14
1.3. Revisão da Literatura	15
1.3.1. Formação do hábito alimentar na infância.....	15
1.3.2. Definição e orientações gerais da Alimentação Complementar.....	16
1.3.3. Período de introdução da Alimentação Complementar	19
CAPÍTULO 2.....	22
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR De crianças assistidas pela estratégia de saúde da família no MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE	22
2.1. RESUMO	23
2.2. ABSTRACT.....	24
2.3. INTRODUÇÃO.....	25
2.4. MÉTODOS.....	26
2.5. RESULTADOS	28
2.6. DISCUSSÃO.....	32
2.7. CONCLUSÃO	33
2.8. REFERÊNCIAS	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	41
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	49

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Esquema de introdução dos alimentos complementares.....	16
QUADRO 2 – Número de porções ao dia recomendadas de acordo com a faixa etária, segundo grupos da Pirâmide Alimentar.	18
FIGURA 1 – Pirâmide Alimentar.	19
QUADRO 3 – Dez passos para uma alimentação saudável para menores de 2 anos.	21
GRÁFICO 1 – Inadequação da alimentação complementar de crianças de 0 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, por faixa etária, 2013.....	31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Perfil demográfico e socioeconômico de crianças de 0 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, 2013.	29
TABELA 2 – Variáveis relacionadas às mães e às crianças de 0 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, por faixa etária, 2013.....	30
TABELA 3 – Mediana (em dias) da introdução de líquidos das crianças de 0 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, por faixa etária, 2013.	31

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
DRI	Dietary Reference Intakes
MS	Ministério da Saúde
MS/OPAS	Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
CEP/UFPE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco
PE	Pernambuco
WHO	World Health Organization
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos

RESUMO

Objetivo: Verificar a adequação da alimentação complementar de crianças assistidas pela estratégia de saúde da família no município da Vitória de Santo Antão – PE. **Métodos:** Estudo transversal, do tipo descritivo, realizado nas Unidades Básicas de Saúde, enquanto a mãe aguardava atendimento de puericultura para seu filho. A mãe foi questionada sobre características sociodemográficas, econômicas, assistenciais, relacionadas à criança e à alimentação complementar. Considerou-se completamente adequada a alimentação complementar que se enquadra nas orientações do Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré – escolar, do escolar, do adolescente e na escola, da Sociedade Brasileira de Pediatria e parcialmente adequada àquela que seguiu pelo menos 50% das orientações. As análises estatísticas foram realizadas através do programa SPSS versão 13.0. **Resultados:** Na faixa etária de 0 a 5 meses, quase 90% das crianças já receberam outros líquidos além do leite materno, por isso considerada inadequada a alimentação destas crianças. Para as faixas etárias seguintes, 6 a 8, 9 a 12 e 13 a 24 meses, a maioria das crianças se enquadram em alimentação complementar parcialmente adequada, segundo as orientações do manual de alimentação supracitado. No entanto, é significativa a quantidade de crianças que apresentam uma alimentação complementar não adequada. **Conclusões:** Os resultados do estudo apontam um alto índice para uma alimentação complementar inadequada, sendo isto um fator preocupante já que os hábitos alimentares se consolidam nesta idade e através deles podem-se prevenir doenças futuras.

Palavras-chave: Consumo de alimentos. Nutrição da criança. Hábitos alimentares. Recomendações nutricionais.

ABSTRACT

Objective: To determinate the adequacy of complementary feeding of children assisted by the family health strategy in the municipality from Vitória de Santo Antão – PE. **Methods:** A cross-sectional, descriptive study, conducted in the Basic Health Units, while the mother was waiting for the child welfare service for their child. The mother was questioned about sociodemographic, economic, healthcare, child-related characteristics and complementary feeding. It was considered completely adequate the complementary feeding that fits in the guidelines of the Guidance Manual for the infant, the pre-scholastic, the scholastic, the adolescent feeding and also the alimentation at school, of the Brazilian Society of Pediatrics and partially suitable to that which followed at least 50% of the orientations. Statistical analyzes were performed using SPSS software version 13.0. **Results:** In the age group of 0-5 months old, almost 90% of children have already received other liquids besides breast milk, so it was considered inadequate the feeding of these children. For the following age groups, 6-8, 9 to 12 and 13 to 24 months old, most children fit into partially adequate complementary feeding, in accordance with the orientations of the feeding manual abovementioned. However, there is a significant number of children that do not have an appropriate complementary feeding. **Conclusions:** The results of the study indicate a high level for an inadequate complementary feeding, this being a concerning factor since eating habits become consolidated at this age and through them future illness could be prevented.

Key Words: Food consumption. Child nutrition. Eating habits. Nutritional recommendations.

CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por ser um alimento completo, o leite humano deve ser fornecido exclusivamente desde o nascimento até os primeiros quatro a seis meses de vida e sua continuidade com alimentos complementares é recomendada até os dois anos (REA, 1995).

Tão importante quanto o aleitamento materno nos primeiros meses de vida é a introdução gradativa dos alimentos complementares (BRASIL, 2002). A introdução dos novos alimentos, ou alimentação complementar, é um processo complexo e as decisões sobre quando, como e porque iniciar estão baseadas em fatores biológicos, culturais, sociais e econômicos, sendo um período vulnerável para a ocorrência de deficiências nutricionais, infecções, atraso no desenvolvimento e formação de hábitos alimentares inadequados (MONTE & GIUGLIANI, 2004; MARCHIONI et al, 2001).

Alguns trabalhos enfatizam que as recomendações sobre práticas alimentares saudáveis no primeiro ano de vida ainda não foram plenamente incorporadas, não apenas no Brasil como em outros países, apesar da existência de guias de conduta permanentemente atualizados e destinados aos profissionais de saúde que prestam assistência à faixa etária pediátrica (AGOSTINI et al, 2009; WEFFORT et al, 2012).

A Alimentação Complementar adequada deve compreender uma composição equilibrada de alimentos com quantidade adequada de macro e micronutrientes (com destaque para ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e ácido fólico), livres de contaminação (biológica, química ou física), de fácil consumo e aceitação, com custo aceitável e preparados a partir de alimentos habitualmente consumidos pela família (AGOSTINI et al, 2009; BROWN et al, 1998).

Os alimentos complementares são representados, geralmente, pelos cereais, frutas, legumes, verduras e raízes, além dos grupos das carnes, gorduras e ovos (WHO, 2000). Segundo Brasil (2009), para uma alimentação complementar ser considerada saudável, a

criança, após completar seis meses, deve receber uma papa de fruta no meio da manhã e no meio da tarde e uma papa salgada no final da manhã, mantendo o aleitamento materno em livre demanda. Após completar sete meses, acrescenta-se à alimentação da criança uma papa salgada no final da tarde. Após completar doze meses, a criança já recebe praticamente a alimentação da família, sendo uma refeição no início e final da manhã e outra refeição no final da tarde, com oferecimento de frutas nos intervalos e leite materno em livre demanda (BRASIL 2009).

No caso de crianças que não são amamentadas, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) recomenda a introdução da alimentação complementar aos quatro meses, pois até esta idade a criança só deve receber o leite artificial. De quatro a oito meses, devem ser introduzidas as papas de frutas no meio da manhã e no meio da tarde e as papas salgadas no final da manhã e no final da tarde, sendo o leite artificial oferecido no início da manhã e a noite. Após completar oito meses as papas salgadas podem ser substituídas pela refeição da família. Após os doze meses, a primeira refeição é leite e fruta ou cereal ou tubérculo, o lanche da manhã uma fruta, o almoço uma refeição básica da família, o lanche da tarde uma fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal, o jantar uma refeição básica da família e antes de dormir o leite.

Porém, uma prática ainda muito comum entre mães de famílias de baixo poder aquisitivo é o oferecimento da mamadeira de leite de vaca excessivamente diluído e adicionado de cereais e açúcares, com pouco cuidado durante seu preparo e higienização, utilizando água contaminada. Esse tipo de prática pode ser foco de contaminação, levando ao risco de infecções que podem comprometer o estado nutricional da criança (ARAÚJO et al, 2004).

Sabe-se também que introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, pois pode ocorrer um retardo no crescimento da criança, além de aumentar o risco das deficiências nutricionais (WHO, 2006).

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo geral

Verificar a adequação da alimentação complementar de crianças assistidas pela estratégia de saúde da família no município da Vitória de Santo Antão – PE.

1.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a população de estudo segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, relacionadas à mãe, à criança e à alimentação complementar;
- Definir, segundo guias de alimentação infantil, a adequação da alimentação complementar das crianças segundo faixa etária.

1.3. REVISÃO DA LITERATURA

1.3.1. Formação do hábito alimentar na infância

A formação do hábito alimentar de um indivíduo está atrelado a influências genéticas e ambientais. Acredita-se que os sabores e aromas de alimentos consumidos pelas nutrizes têm uma via pelo leite materno e acabam sendo transmitidos para o lactente. Por isso, o leite materno tem a capacidade de oferecer sabores e aromas diferentes, os quais refletem os hábitos e a cultura alimentar maternos (MENNELLA, 1995). Assim, crianças que mamam no peito aceitam melhor a introdução da alimentação complementar (SULLIVAN & BIRCH, 1994).

A postura dos pais diante da alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras no comportamento alimentar de seus filhos até a vida adulta. A tendência é as crianças não gostarem de alimentos que foram ingeridos sob chantagem, coação ou premiação (BIRCH, MARLIN, ROTTER, 1984). Outro dado importante é que quando alimentos preferidos são restritos das crianças, numa oportunidade, isso vai fazer com que elas os consumam em exagero; além de que as mães que amamentaram seus filhos mais tempo têm menor tendência a comportamento restritivo (TAVERAS et al., 2004; FISHER & BIRCH, 1999a; FISHER & BIRCH, 1999b).

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

A criança aprende a gostar de alimentos que lhe são oferecidos com frequência e passam a gostar da maneira com que eles foram introduzidos inicialmente. Quando as crianças se habitua a alimentos doces ou mais condimentados, elas perdem o interesse por consumir frutas, verduras e legumes na sua forma natural. Foi constatado que o estabelecimento dos hábitos alimentares acontece durante os primeiros anos de vida, por volta de dois a três anos (SKINNER et al., 2002). Sabores vivenciados nos primeiros meses de vida influenciam as preferências alimentares subsequentes. Uma vez que o alimento torna-se hábito nessa fase, parece que a preferência se perpetua (LEATHWOOD & MAIER, 2005).

1.3.2. Definição e orientações gerais da Alimentação Complementar

A alimentação complementar é o conjunto de todos os alimentos que são oferecidos à criança, além do leite materno, durante o período em que a criança continuará a ser amamentada ao seio. Esta alimentação pode ser chamada de transição quando for especialmente preparada para a criança pequena até que ela possa receber alimentos da mesma consistência dos consumidos pela família (em torno dos 9-11 meses de idade). (WEFFORT et al, 2012).

A partir da introdução da alimentação complementar é necessário oferecer água potável à criança, pois os alimentos dados ao lactente apresentam maior quantidade de proteínas por grama e maior quantidade de sais, o que causa sobrecarga de solutos para os rins. De acordo com a Dietary Reference Intakes (DRI), para crianças que estão em aleitamento artificial, do 0 a 6 meses a quantidade de água recomendada deve ser de 700 mL e dos 7 a 12 meses de 800 mL (incluindo leite materno, fórmula e alimentação complementar). O leite de vaca integral, por várias razões, entre as quais o fato de ser pobre em ferro e zinco, não deverá ser introduzido antes dos 12 meses de vida. É um dos grandes responsáveis pela alta incidência de anemia ferropriva em menores de 2 anos no Brasil (WEFFORT et al, 2012).

O Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria propôs modificar o nome “papa salgada” para “papa principal”, pois o sal não deve ser adicionado às refeições da alimentação complementar, sendo suficiente o sódio intrínseco dos alimentos. (WEFFORT et al, 2012).

QUADRO 1 – Esquema de introdução dos alimentos complementares.

Até o 6º mês	Leite materno exclusivo
6º - 24º mês	Leite materno complementado
6º - 8º mês	Frutas (amassadas ou raspadas) Primeira papa da refeição principal Segunda papa com ovo e peixe
9º - 12º mês	Gradativamente passar para a refeição da família com ajuste da consistência
13º - 24º mês	Comida da família

Fonte: WEFFORT et al, 2012

As frutas *in natura*, preferencialmente sob a forma de papa, devem ser oferecidas amassadas ou espremidas, porém sempre em colheradas. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar características regionais, custo, estação do ano e presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada. A primeira papa principal deve ser oferecida a partir do sexto mês, no horário de almoço ou jantar, conforme o horário que a família estiver reunida, completando-se a refeição com o leite materno até que a criança se mostre saciada apenas com a papa. A segunda papa principal será oferecida a partir do sétimo mês de vida (WEFFORT et al, 2012).

Observações pertinentes (WEFFORT et al, 2012):

- * A consistência dos alimentos deve ser gradativamente elevada, até que aos 10 meses a criança já receba alimentos em pedaço.

- * Oferecer frutas como sobremesa é importante, após as refeições principais, com a finalidade de melhorar a absorção do ferro não heme presente nos alimentos como feijão e folhas verde-escuras.

- * Devem-se evitar alimentos industrializados pré-prontos, refrigerantes, café, chás e embutidos, balas, salgadinhos, biscoitos.

- * A oferta de água de coco como substituta da água também não é aconselhável por conter sódio e potássio.

- * Evitar o uso de mel, no primeiro ano de vida, pois pode conter esporos de *Clostridium botulinum*.

- * Evitar acrescentar açúcar ou leite às papas (na tentativa de melhorar a aceitação), pois isso pode prejudicar a adaptação da criança às modificações de sabor e consistência das refeições.

- * Evitar os sucos artificiais, pelo fato de não oferecerem nada além de açúcar, essências e corantes artificiais, que são extremamente prejudiciais à saúde e podem causar alergias.

- * Evitar o sal, pois seu consumo precoce está associado ao aparecimento de hipertensão arterial, inclusive na infância, e conseqüente aumento no risco cardiovascular, quando adulta.

- * Temperos naturais que podem ser utilizados: alho, cebola, tomate, pimentão, limão, laranja, salsa, cebolinha, hortelã, alecrim, orégano, manjeriço, coentro, noz-moscada, canela, cominho, manjerona, gergelim, páprica, louro.

Apesar de a alimentação complementar apresentar horários mais regulares que os da amamentação, é necessário inicialmente certa flexibilidade de horário, permitindo assim a adaptação do mecanismo fisiológico de regulação da ingestão. Desta forma torna-se

perceptível as sensações de fome e saciedade, característica imprescindível para a nutrição adequada, sem excessos ou carências (WEFFORT et al, 2012).

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar uma fórmula infantil que satisfaça as necessidades do lactente e de acordo com a idade da criança. Para as crianças que usam fórmulas infantis, a introdução de alimentos não lácteos deverá seguir o mesmo padrão preconizado para aquelas que estão em aleitamento materno exclusivo (a partir dos 6 meses) (WEFFORT et al, 2012).

Para lactentes entre 1 a 2 anos, as refeições devem ser semelhantes às dos adultos, tentando-se ajustes para menor consumo de alimentos industrializados ricos em açúcar, gordura e sal e para redução do sal de adição. Devem ser consumidos todos os tipos de carnes e afins, com estímulo ativo ao consumo de frutas e verduras (WEFFORT et al, 2012).

QUADRO 2 – Número de porções ao dia recomendadas de acordo com a faixa etária, segundo grupos da Pirâmide Alimentar.

NÍVEL DA PIRÂMIDE	GRUPO ALIMENTAR	6 A 11 MESES	12 A 24 MESES
1	Cereais, pães, tubérculos e raízes	3	5
2	Verduras e legumes	3	3
	Frutas	3	4
3	Leites, queijos, iogurtes	Leite materno*	3
	Carnes e ovos	2	2
	Feijões	1	1
4	Óleos e gorduras	2	2
	Açúcar e doces	0	1

*Na impossibilidade do leite materno, oferecer uma fórmula infantil adequada para a idade.

Fonte: Adaptado de: Philippi et al, 1999; Brasil, 2005.

FIGURA 1 – Pirâmide Alimentar.



Fonte: Adaptado de: Philippi et al, 1999; Brasil, 2005.

1.3.3. Período de introdução da Alimentação Complementar

Para se definir o período adequado de introdução dos alimentos deve-se levar em consideração a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança e as necessidades nutricionais. Até por volta dos quatro meses de idade, a criança ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico necessário para que possa receber alimentos sólidos. Apesar de o reflexo de protrusão (que faz com que o bebê jogue para fora tudo que é colocado em sua boca) estar desaparecendo, a criança ainda não senta sem apoio e não obtém o controle neuromuscular da cabeça e do pescoço para mostrar desinteresse ou saciedade, afastando a cabeça ou jogando-a para trás. Portanto, em função dessas limitações funcionais, nessa fase ela está preparada para receber basicamente refeição líquida (STEVENSON & ALLAIRE, 1991).

Por volta do quarto ao sexto mês de vida, há o desaparecimento do reflexo de protrusão da língua, a maturação da função gastrointestinal e renal e também o desenvolvimento neuromuscular. Isso faz com que a aceitação e tolerância da alimentação pastosa melhorem sensivelmente (BARNES, 1990). Com a aproximação do sexto mês de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem um nível satisfatório e, por sua vez, a criança vai se adaptando física e fisiologicamente para uma alimentação mais variada quanto à consistência e textura (PIPES et al., 1993; HENDRICKS & BADRUDDIN, 1992). Além de suprir as necessidades nutricionais, a partir dos seis meses a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares da família. Esta nova fase do ciclo de vida requer um esforço adaptativo, pois novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores lhe são apresentados. O período ideal para a introdução de alimentos complementares é após o sexto mês de vida, quando a criança tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. O sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança (BRASIL, 2009).

No entanto, o período de introdução da alimentação complementar é de elevado risco para a criança tanto pela oferta de alimentos desaconselháveis, acarretando obesidade, quanto pelo risco de contaminação devido à manipulação e ao preparo inadequado, favorecendo a ocorrência de doença diarreica e desnutrição. Devem-se considerar também as tradições culturais, ainda muito enraizadas pelos familiares, as quais podem servir de fortes argumentos para que os pais introduzam de forma inadequada bebidas e alimentos como: chás, refrigerantes, chocolate, salgadinho nos primeiros anos de vida da criança. (WEFFORT et al, 2012).

Crescimento e desenvolvimento adequados, otimização do funcionamento de órgãos, sistemas e aparelhos e atuação na prevenção de doenças em curto e longo prazo são decorrências de uma alimentação saudável. Estudo experimental evidenciou que fatores nutricionais e metabólicos, em fases iniciais do desenvolvimento humano, têm efeito em longo prazo na programação (*programming*) da saúde na vida adulta. *Programming* significa indução, deleção ou prejuízo do desenvolvimento de uma estrutura somática ou ajuste de um sistema fisiológico por um estímulo ou agressão que ocorre num período suscetível (p. ex., fases precoces da vida), resultando em consequências em longo prazo para as funções fisiológicas. A maioria, se não todos os nutrientes tem efeitos indiretos sobre a expressão

gênica e proteica (metilações) e, conseqüentemente, sobre o metabolismo (WEFFORT et al, 2012).

A recomendação da OMS e do Ministério da Saúde (MS) é o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. A partir desse período, indica-se a introdução da alimentação complementar e deve-se estimular a manutenção do aleitamento materno até os 2 anos de idade ou mais, de acordo com vontade da mãe e da criança. É importante ressaltar que o consumo precoce de alimentos complementares interfere na manutenção do aleitamento materno (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (MS/OPAS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram, para crianças menores de 2 anos, dez passos para a alimentação saudável, como descrito no quadro abaixo:

QUADRO 3 – Dez passos para uma alimentação saudável para menores de 2 anos.

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

Fonte: Brasil, 2010.

CAPÍTULO 2

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS

GEVIANNI MARIA SILVA CAVALCANTI DE ANDRADE*

Pós – Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

FELICIDADE FERREIRA AMORIM CASANOVA

Pós – Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Msc ISABELLA VALOIS PEDROSA

Nutricionista do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Drº RAFAEL MIRANDA TASSITANO

Professor Adjunto da Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE.

Drª MARINA DE MORAES VASCONCELOS PETRIBÚ

Professora Adjunta do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Drª FLORISBELA DE ARRUDA CAMARA E SIQUEIRA CAMPOS

Professora Titular, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Centro Acadêmico de Vitória- UFPE, Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista, CEP: 55608 – 680, Vitória de Santo Antão – PE.

Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, Rua Dom Manoel de Medeiros, S/N – Dois Irmãos, CEP: 52171 – 900 – Recife/PE.

*Autor correspondente: Contatos: Fone (81)3526-3949, Celular (81)9679-0400, e-mail: geviannimaria@hotmail.com.

O artigo será submetido à Revista de Nutrição.

2.1. RESUMO

Objetivo: Verificar a adequação da alimentação complementar de crianças assistidas pela estratégia de saúde da família no município da Vitória de Santo Antão – PE. **Métodos:** Estudo transversal, do tipo descritivo, realizado nas Unidades Básicas de Saúde, enquanto a mãe aguardava atendimento de puericultura para seu filho. A mãe foi questionada sobre características sociodemográficas, econômicas, relacionadas à mãe, à criança e à alimentação complementar. Considerou-se completamente adequada a alimentação complementar que se enquadra nas orientações do Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré – escolar, do escolar, do adolescente e na escola, da Sociedade Brasileira de Pediatria e parcialmente adequada àquela que seguiu pelo menos 50% das orientações. As análises estatísticas foram realizadas através do programa SPSS versão 13.0. **Resultados:** Na faixa etária de 0 a 5 meses, quase 90% das crianças já receberam outros líquidos além do leite materno, por isso considerada inadequada a alimentação destas crianças. Para as faixas etárias seguintes, 6 a 8, 9 a 12 e 13 a 24 meses, a maioria das crianças se enquadram em alimentação complementar parcialmente adequada, segundo as orientações do manual de alimentação supracitado. No entanto, é significativa a quantidade de crianças que apresentam uma alimentação complementar não adequada. **Conclusões:** Os resultados do estudo apontam um alto índice para uma alimentação completar inadequada, sendo isto um fator preocupante já que os hábitos alimentares se consolidam nesta idade e através deles podem-se prevenir doenças futuras.

TERMOS DE INDEXAÇÃO: Consumo de alimentos. Nutrição da criança. Hábitos alimentares. Recomendações nutricionais.

2.2. ABSTRACT

Objective: To determinate the adequacy of complementary feeding of children assisted by the family health strategy in the municipality from Vitória de Santo Antão – PE. **Methods:** A cross-sectional, descriptive study, conducted in the Basic Health Units, while the mother was waiting for the child welfare service for their child. The mother was questioned about sociodemographic, economic, healthcare, child-related characteristics and complementary feeding. It was considered completely adequate the complementary feeding that fits in the guidelines of the Guidance Manual for the infant, the pre-scholastic, the scholastic, the adolescent feeding and also the alimentation at school, of the Brazilian Society of Pediatrics and partially suitable to that which followed at least 50% of the orientations. Statistical analyzes were performed using SPSS software version 13.0. **Results:** In the age group of 0-5 months old, almost 90% of children have already received other liquids besides breast milk, so it was considered inadequate the feeding of these children. For the following age groups, 6-8, 9 to 12 and 13 to 24 months old, most children fit into partially adequate complementary feeding, in accordance with the orientations of the feeding manual abovementioned. However, there is a significant number of children that do not have an appropriate complementary feeding. **Conclusions:** The results of the study indicate a high level for an inadequate complementary feeding, this being a concerning factor since eating habits become consolidated at this age and through them future illness could be prevented.

INDEX TERMS: Food consumption. Child nutrition. Eating habits. Nutritional recommendations.

2.3. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por ser um alimento completo, o leite humano deve ser fornecido exclusivamente desde o nascimento até os primeiros quatro a seis meses de vida e sua continuidade com alimentos complementares é recomendada até os dois anos¹.

Tão importante quanto o aleitamento materno nos primeiros meses de vida é a introdução gradativa dos alimentos complementares². A introdução dos novos alimentos, ou alimentação complementar, é um processo complexo e as decisões sobre quando, como e porque iniciar, estão baseadas em fatores biológicos, culturais, sociais e econômicos, sendo um período vulnerável para a ocorrência de deficiências nutricionais, infecções, atraso no desenvolvimento e formação de hábitos alimentares inadequados^{3,4}.

No primeiro ano de vida, alguns estudos mostraram que apesar da existência dos guias alimentares, as práticas alimentares não foram incorporadas em diversos países, inclusive no Brasil^{5,6}.

A Alimentação Complementar adequada deve compreender uma composição equilibrada de alimentos com quantidade adequada de macro e micronutrientes (com destaque para ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e ácido fólico), livres de contaminação (biológica, química ou física), de fácil consumo e aceitação, com custo aceitável e preparados a partir de alimentos habitualmente consumidos pela família^{5,7}.

Os alimentos complementares são representados, geralmente, pelos cereais, frutas, legumes, verduras e raízes, além dos grupos das carnes, gorduras e ovos⁸. Segundo Brasil⁹, para uma alimentação complementar ser considerada saudável, a criança, após completar seis meses, deve receber uma papa de fruta no meio da manhã e no meio da tarde e uma papa salgada no final da manhã, mantendo o aleitamento materno em livre demanda. Após completar sete meses, acrescenta-se à alimentação da criança uma papa salgada no final da tarde. Após completar doze meses, a criança já recebe praticamente a alimentação da família, sendo uma refeição no início e final da manhã e outra refeição no final da tarde, com oferecimento de frutas nos intervalos e leite materno em livre demanda⁹.

No caso de crianças não amamentadas, o Ministério da Saúde¹⁰ recomenda a introdução da alimentação complementar aos quatro meses, pois até esta idade a criança só deve receber o leite artificial. De quatro a oito meses, devem ser introduzidas as papas de frutas no meio da manhã e no meio da tarde e as papas salgadas no final da manhã e no final da tarde, sendo o leite artificial oferecido no início da manhã e a noite. Após completar

oito meses as papas salgadas podem ser substituídas pela refeição da família. Após os doze meses, a primeira refeição é leite e fruta ou cereal ou tubérculo, o lanche da manhã uma fruta, o almoço uma refeição básica da família, o lanche da tarde uma fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal, o jantar uma refeição básica da família e antes de dormir o leite.

Porém, uma prática ainda muito comum entre mães de famílias de baixo poder aquisitivo é o oferecimento da mamadeira de leite de vaca excessivamente diluído e adicionado de cereais e açúcares, com pouco cuidado durante seu preparo e higienização, utilizando água contaminada. Esse tipo de prática pode ser foco de contaminação, levando ao risco de infecções que podem comprometer o estado nutricional da criança¹¹.

Sabe-se também que introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, pois pode ocorrer um retardo no crescimento da criança, além de aumentar o risco das deficiências nutricionais¹².

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo verificar a adequação da alimentação complementar de crianças de 0 a 24 meses que são acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão – PE.

2.4. MÉTODOS

Estudo do tipo transversal, de natureza descritiva, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município da Vitória de Santo Antão – PE. Este município encontra-se localizado na Mesorregião da Mata Pernambucana, a 51 km da capital Recife, com população estimada em 129.974 habitantes¹³. Tem como principais atividades econômicas a agropecuária, a indústria e os serviços, dispendo de um hospital estadual, três hospitais privados e 30 UBS, sendo 21 são localizadas na zona urbana e 9 na zona rural.

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa *Sample XS* adotando os seguintes parâmetros: população estimada de 2378 crianças de 0 a 24 meses cadastradas nas UBS¹⁴; intervalo de confiança de 95%; erro máximo de cinco pontos percentuais, e por não existir na literatura outros estudos em populações similares que tenham avaliado a prevalência de alimentação complementar adequada, esta foi arbitrada em 50%. Assim, o tamanho da amostra foi estimado em 331 crianças. Visando corrigir eventuais perdas, o tamanho da amostra foi corrigido em 10% totalizando 364 indivíduos.

A seleção da amostra se deu por conglomerado, sendo o sorteio realizado de forma aleatória. A unidade amostral foi a UBS, sendo todas as UBS do município consideradas elegíveis. Baseado no Sistema de informação de atenção básica (SIAB/ DATASUS) do

município, a média de atendimentos de puericultura mensal por unidade era de 38 crianças. Sendo assim, foram sorteadas 10 UBS.

Foram incluídas no estudo crianças de 0 a 24 meses que são atendidas nas consultas de puericultura das UBS e residentes do município da Vitória de Santo Antão. Foram excluídas aquelas cujas mães ou responsáveis tivessem alterações mentais que não compreendessem a aplicação do questionário. A coleta de dados foi realizada por duas enfermeiras e por uma acadêmica de enfermagem, previamente treinadas para a aplicação do questionário, no período de fevereiro a maio de 2013, enquanto as mães aguardavam o atendimento de puericultura (ANEXO 1).

Foram estudadas variáveis demográficas (idade da criança em meses, idade materna em anos, sexo da criança, presença paterna na estrutura familiar), socioeconômicas (mãe trabalha fora e renda familiar), relacionadas à mãe (orientação sobre alimentação complementar, introdução precoce de alimentos) e à criança (a criança mama e usa de bico artificial – chupeta, mamadeira). A determinação do nível socioeconômico se deu pela renda familiar declarada.

Para investigar a alimentação complementar foi questionado à mãe se a criança recebeu outros líquidos além do leite materno, quando foi o primeiro momento de introdução de líquidos (água, chá, sucos, leite fluido, leite em pó, mingau), se a criança come alimentos de consistência pastosa (papa, purê, sopa), arroz, massa, pão, batata, espessantes (maisena, farinha láctea, mucilon, cremogema), feijão, verduras e legumes, frutas, carnes e ovos, leite, queijo, iogurte, guloseimas (açúcar, salgadinho, doces, balas, fritura, refrigerante).

Para crianças de 0 a 5 meses, considerou-se como sendo adequado ela só receber leite materno exclusivo e, para isso, todas as respostas relacionadas à alimentação complementar do questionário desta pesquisa deveria ser a criança nunca recebeu nenhum tipo de alimento, a não ser o leite materno.

Para as crianças de 6 a 8 meses, considerou-se como sendo adequado: alimentos de consistência pastosa, carboidratos, verduras/legumes, frutas: receber pelo menos uma vez por dia; feijão: uma vez por dia; proteínas: nunca ter recebido, menos de uma vez por mês ou de uma a três vezes por mês; leite e derivados: receber duas ou mais vezes por dia e guloseimas: nunca ter recebido.

Para as crianças de 9 a 12 meses, considerou-se como sendo adequado: alimentos de consistência pastosa: receber de duas a quatro vezes por semana; carboidratos, verduras/legumes, frutas, proteínas, leite e derivados: receber duas ou mais vezes por dia; feijão: receber uma vez por dia e guloseimas: nunca ter recebido.

Para as crianças de 13 a 24 meses, considerou-se como sendo adequado: alimentos de consistência pastosa: receber de duas a quatro vezes por semana; carboidratos, verduras/legumes, frutas, proteínas, leite e derivados: receber duas ou mais vezes por dia; feijão: receber uma vez por dia e guloseimas: nunca ter recebido, menos de uma vez por mês ou de uma a três vezes por mês.

Para melhor descrição e compreensão dos resultados, considerou-se adequada a introdução da alimentação complementar quando esta seguiu completamente as orientações preconizadas pelo MS em seus manuais; considerou-se parcialmente adequada quando a alimentação atendeu a pelo menos 50% das orientações e inadequada quando as mães seguiram menos de 50% das orientações para a alimentação infantil.

A construção do banco de dados foi realizada no programa Excel e a análise estatística no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Com o objetivo de avaliar o comportamento das variáveis segundo o critério de normalidade da distribuição, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Na descrição das proporções, a distribuição binomial foi aproximada à distribuição normal pelo intervalo de confiança de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE), cujo número de protocolo é 02447212.4.0000.5208. As mães que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

2.5. RESULTADOS

Para a avaliação do perfil demográfico e socioeconômico considerou-se toda a amostra como sendo única, sem divisão por faixa etária. Foram entrevistados 364 mães com idade média de $25,2 \pm 6,1$ anos de crianças com idade média de $9,9 \pm 6,4$ meses, sendo que a maioria residia em zona urbana (80,5%) e não trabalhava fora de casa (84,9%). O estado civil mais relatado foi o de divorciada (38,2%). Em relação à renda familiar, 68,1% das mães referiram uma renda entre um e três salários mínimos. A distribuição por sexo foi bastante equilibrada, com leve predomínio do sexo feminino (51,1%) e a maioria (88,7%) referia a presença paterna na estrutura familiar (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil demográfico e socioeconômico de crianças de 0 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, 2013.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Zona urbana	293	80,5
Zona rural	71	19,5
SEXO		
Masculino	178	48,9
Feminino	186	51,1
ESTADO CIVIL DA MÃE		
Casada	102	28,0
Solteira	121	33,2
Divorciada	139	38,2
Viúva	2	0,6
PRESENÇA PATERNA		
Sim	323	88,7
Não	41	11,3
MÃE TRABALHA		
Sim	55	15,1
Não	309	84,9
RENDA FAMILIAR		
Menor que 1 salário mínimo	86	23,6
Entre 1 e 3 salários mínimos	248	68,1
Maior ou igual a 4 salários mínimos	8	2,2
Não souberam informar	14	3,8
Não possuem renda	8	2,2

No que concerne às variáveis relacionadas à mãe e à criança, observou-se que a maioria das mães recebeu orientação sobre alimentação complementar; em sua maioria as crianças usam chupeta ou mamadeira e a principal causa de desmame precoce foi porque a mãe acreditou ter o leite fraco e/ou insuficiente para a criança. As crianças que ainda mamavam no período do estudo representaram conforme as faixas etárias 76,1% (0 – 5 meses), 56,7% (6 – 8 meses), 31,9% (9 – 12 meses) e 40% (13 – 24 meses).

Tabela 2 – Variáveis relacionadas às mães e às crianças de 0 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, por faixa etária, 2013.

IDADE (MESES)	0 a 5		6 a 8		9 a 8		13 a 24		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DADOS DA MÃE E DA CRIANÇA										
ORIENTAÇÃO ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR										
Sim	65	57,5	57	85,1	53	76,8	97	84,3	272	74,7
Não	48	42,5	10	14,9	16	23,2	18	15,7	92	25,3
USO DE CHUPETA OU MAMADEIRA										
Sim	85	75,2	50	74,6	53	76,8	90	78,3	278	76,4
Não	28	24,8	17	25,4	16	23,2	25	21,7	86	23,6
CRIANÇAS MAMAM										
Sim	86	76,1	38	56,7	22	31,9	46	40	192	52,7
Não	27	23,9	29	43,3	47	68,1	69	60	172	47,3
DESMAME PRECOCE										
Leite insuficiente/fraco	14	12,4	18	26,9	20	29	21	18,3	73	43,2
Criança não aceitou	6	5,3	7	10,4	13	18,8	31	27	57	33,7
Criança estava doente	1	0,9	-	-	-	-	1	0,9	2	1,2
Mãe trabalhava/estudava	-	-	1	1,5	4	5,8	2	1,7	7	4,1
Mãe doente	2	1,8	1	1,5	1	1,4	4	3,5	8	4,7
Mãe não queria	-	-	-	-	3	4,3	6	5,2	9	5,3
Problema na mama	1	0,9	1	1,5	-	-	-	-	2	1,2
Outros	3	2,7	1	1,5	4	5,8	3	2,6	11	6,6

No que diz respeito à introdução precoce de líquidos (Tabela 3), perceberam-se dados críticos em relação ao chá para as seguintes faixas etárias: 0 a 5 meses, 9 a 12

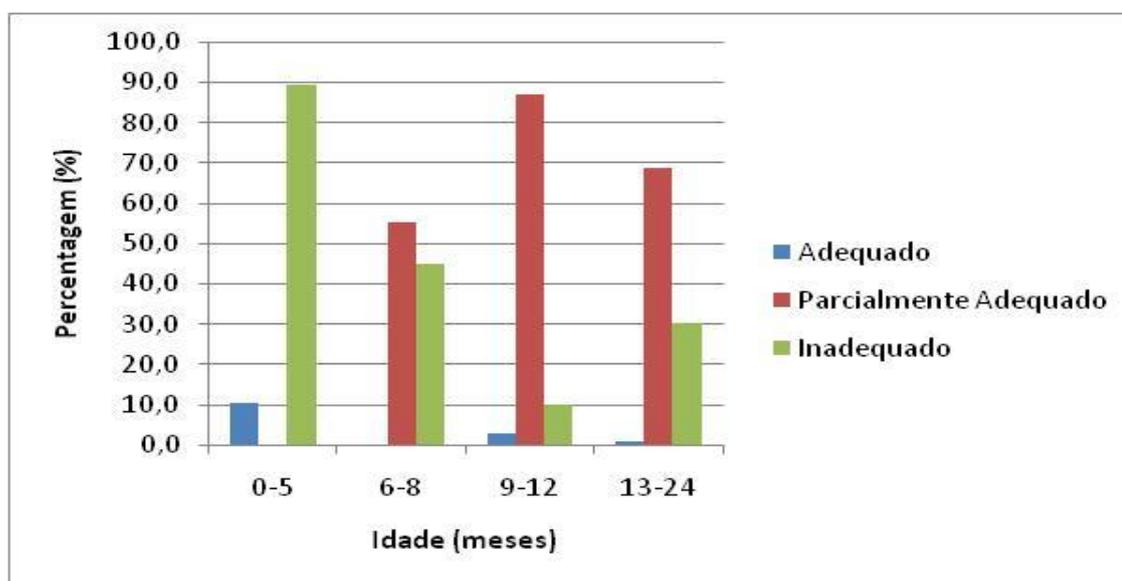
meses e 13 a 24 meses, com as respectivas medianas de introdução: 1, 5, 15 e 10 dias, respectivamente.

Tabela 3 – Mediana (em dias) da introdução de líquidos das crianças de 0 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, por faixa etária, 2013.

IDADE (MESES)	0 a 5			6 a 8			9 a 12			13 a 24		
	P25	P50	P75	P25	P50	P75	P25	P50	P75	P25	P50	P75
Água	4,2	30	60	30	90	120	15	60	120	7	35	90
Chá	0	1,5	30	-	-	-	0	15	60	1	10	90
Suco	-	-	-	90	120	180	60	105	180	90	120	180
Leite fluido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leite em pó	0	1	60	0	60	120	0	30	120	1	60	180
Mingau	-	-	-	0	60	150	1,5	90	150	0	90	180

Tendo em vista a introdução precoce de líquidos, o tipo de alimento oferecido à criança e a consistência e frequência com que estes são introduzidos, percebeu-se o quanto são significativos os erros ocorridos nesta fase (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 – Inadequação da alimentação complementar de crianças de 0 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, por faixa etária, 2013.



2.6. DISCUSSÃO

Neste estudo, quanto às variáveis sociodemográficas da população estudada, o trabalho materno não parece ser causa direta da introdução precoce de líquidos nem do alto índice de inadequação da alimentação complementar, já que quase 85% das mães entrevistadas relataram não trabalhar fora de casa. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Carlon-Aviles et al¹⁵ (2000) no qual a introdução errada de alimentos não se relacionou ao trabalho materno fora de casa.

Como enfatizou Monte³, Brasil⁹ e Jomori¹⁶, a essência do comportamento alimentar se fixa na infância e esta base é transmitida pelos pais através dos costumes, crenças e valores. No presente estudo obsevou-se que mais de 80% das mães de crianças acima de 6 meses receberam orientação sobre alimentação complementar, no entanto a inadequação desta alimentação ainda existe. Espera-se que esses achados possam contribuir para as políticas de saúde do município, a fim de que os profissionais de saúde identifiquem a causa desta discrepância entre receber orientação e não efetivá-la. Segundo Agostini et al⁵ e Weffort et al⁶ enfatizam que as recomendações sobre práticas alimentares saudáveis no primeiro ano de vida ainda não foram plenamente incorporadas, não apenas no Brasil como em outros países, apesar da existência de guias de conduta permanentemente atualizados e destinados aos profissionais de saúde que prestam assistência à faixa etária pediátrica.

Percebe-se que na população estudada, a introdução precoce de líquidos está arraigada à cultura local, pois muitas mães afirmaram terem dado chá precocemente a criança com o objetivo de “lavar” o sistema digestivo, antes mesmo que recebessem leite materno. Esse fator mostra a influência dos hábitos culturais e a necessidade de se promover ações educacionais em relação à introdução da alimentação complementar, uma vez que o Brasil, por ser um país muito grande, possui diferentes culturas, o que necessita de uma abordagem regional para uma introdução adequada da alimentação complementar. Quando introduzido muito cedo, os líquidos podem contribuir para a diminuição da sucção da criança e da produção de leite pela mãe, além de interromper o aleitamento exclusivo, como cita Akre¹⁷.

O Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estabeleceu 10 passos para a alimentação saudável das crianças menores de 2 anos. Nota-se que em relação ao primeiro passo, o qual orienta somente leite materno até os 6 meses, a não adesão das mães foi significativa, pois quase 90% das crianças em idade de 0 a 5 meses já tinham recebido outros líquidos.

Em relação ao terceiro passo (após os 6 meses, dar alimentos complementares como cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes); quinto passo (a alimentação complementar deve ser espessa e oferecida com colher) e sexto passo (oferecer diferentes alimentos todos os dias), nem sempre as orientações foram seguidas, pois muitas vezes o primeiro alimento introduzido na alimentação infantil foi o mingau e através da mamadeira. Como afirma Araújo et al¹¹ que o oferecimento da mamadeira de leite de vaca excessivamente diluído e adicionado de cereais e açúcares, com pouco cuidado durante seu preparo e higienização, utilizando água contaminada, ainda é uma prática muito comum entre mães de famílias de baixo poder aquisitivo. Esse tipo de prática pode ser foco de contaminação, levando ao risco de infecções que podem comprometer o estado nutricional da criança.

Em relação ao sétimo passo (estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes) e oitavo passo (evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida), na população estudada, a qual é de baixa renda, se oferece a criança o que tem disponível em casa, muitas vezes não cuidando de preparar a comida da criança, sendo comuns produtos industrializados. Assim como afirma Marchioni et al⁴, Alves¹⁸ e Nielsen¹⁹, sabe-se que alimentos industrializados apresentam maior risco para infecções, principalmente diarreia crônica e obesidade futura.

Sabe-se da escassez de estudos que caracterizem o padrão para o consumo de alimentos complementares, por isso o presente estudo demonstra a realidade de uma cidade do nordeste brasileiro e deixa a recomendação tanto para a comunidade científica quanto para os profissionais da saúde o quanto é importante atentar para os erros alimentares nesta fase, a fim de que possa se prevenir vários agravos da saúde no indivíduo adulto mediante correta e eficaz introdução da alimentação complementar.

2.7. CONCLUSÃO

Foi verificado um baixo índice de alimentação complementar adequada. Este dado pode ser o ponto de partida para reflexões de gestores e profissionais de saúde, quanto ao tipo de orientação e/ou estratégias oferecidas, já que a população tem acesso às orientações preconizadas e aos profissionais de saúde, no entanto não põem em prática as instruções que recebe.

2.8. REFERÊNCIAS

- 1 Rea MF. Amamentação: a visão das mulheres e a Semana Mundial. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 1995; 71: 179.
- 2 Brasil, Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos [Internet]. Brasília: 2002 [acessado 2013 set 10]. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/guiaaliment.pdf>>.
- 3 Monte CM & Giugliani ER. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5): 131–41.
- 4 Marchioni DM, Latorre MR, Szarfac SC, de Souza SB. Complementary feeding: study on prevalence of food intake in two health centers of São Paulo city. *Arch Latinoam Nutr*. 2001; 51(2): 161–6.
- 5 Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, *et al*. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 49: 112-25.
- 6 Weffort VRS, Sami ROS, Oliveira FLC, Rocha HF. Alimentação do Lactente. In: Manual de Orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª ed. São Paulo: SBP; 2008.
- 7 BROWN, K.; DEWEY, K.; ALLEN, L. (Org.). Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, 1998.
- 8 WHO. Complementary feeding: family foods for breastfeedig children [Internet]. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva: 2000 [acessado 2013 set 10]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_NHD_00.1.pdf
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica, nº 23 [Internet]. Brasília: 2009 [acessado 2013 set 12].

10 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. 2ª Ed [Internet]. Brasília; 2010 [acessado 2013 set 10]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10_passos.pdf>.

11 ARAÚJO M.F., DEL FIACO A., PIMENTEL L.S., SCHMITZ B.A. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. 2004; 4(2):135-41.

12 WHO, MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP. Complementary feeding in the WHO Growth Reference Study. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Acts Pediatric. 2006; 95 (450): 27-37.

13 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet], s.l., 2010 [acessado 2013 set 20]. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=261640>

14 SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet], s.l., 2011 [acessado 2013 set 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvPE.def>

15 Carlon-Aviles MG, Arroyos MAC, Hernandez-Bojorquez RE, Medina-Molina BA, Armenta GS, Chavez MLO, *et al.* Práctica de amamantamiento en madres trabajadoras y no trabajadoras que recibieron orientación sobre lactancia materna exclusiva. Rev Mex Puericultura y Pediatría. 2000; 8: 8-10.

16 Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes da escolha alimentar: revisão. Rev Nutr. 2008; 21(1): 63–73.

17 Akre J. Alimentação infantil: bases fisiológicas [Internet]. São Paulo: IBFAN Brasil; 1997 [acessado 2013 set 10]. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-288.pdf>>.

18 Alves CRL, Goulart EMA, Colosimo EA, Goulart LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(6): 1355–67.

19 Nielsen GA, Thomsen BL, Michaelsen KF. Influence of breastfeeding and complementary foods on growth between 5 and 10 months. *Acta Paediatr*. 1998; 87(9): 911–7.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população caracterizou-se por residir em zona urbana, a mãe não trabalhar fora de casa e ser de baixa renda. A maioria das mães relatou ter recebido orientação sobre alimentação complementar e a maioria das crianças usava chupeta e/ou mamadeira.

Levando-se em consideração as orientações da OMS e MS sobre alimentação complementar em menores de dois anos, o estudo revelou elevado percentual de inadequação alimentar em todas as faixas etárias estudadas.

Contudo observou-se um dado conflitante, uma vez que grande parte das mães relatou receber orientação em relação à alimentação complementar durante a consulta de puericultura, ao mesmo tempo em que houve elevado índice de inadequação alimentar. Isto sugere a necessidade de avaliação das estratégias vigentes e/ou de novas estratégias governamentais na área de saúde e nutrição, direcionadas para a população em questão.

REFERÊNCIAS

AGOSTONI, C. et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. ESPGHAN Committee on Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, Milano, v.49, p.112-125, 2009.

ARAÚJO, M. F. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.2, p.135-141, 2004.

BARNES, L. A. History of infant feeding practices. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.117, p.84-85, 1990.

BIRCH, L. L.; MARLIN, D. W.; ROTTER, J. Eating as the “means” activity in a contingency: effects on young children's food preferences. **Child Development**, s.l., v.55, n.2, p.532-539, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Secretaria de Política da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.

BROWN, K.; DEWEY, K.; ALLEN, L. (Org.). **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva, World Health Organization, 1998.

FISCHER, J. O.; BIRCH, L. L. Restricting access to foods and children's eating. **Appetite**, s.l., v.32, p.405-419, 1999a.

FISCHER, J. O.; BIRCH, L. L. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. **American Journal of Clinical Nutrition**, s.l., v.69, p.1264-1272, 1999b.

HENDRICKS, K. M.; BADRUDDIN, S. H. Weaning recommendations: the scientific basis. **Nutrition**, s.l., v.50, p.125-133, 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Acessado em: 20 de setembro de 2013. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=261640>

LEATHWOOD, P.; MAIER, A. Early influences on taste preferences. **Nestle Nutrition Workshop**, s.l., v.56, p.127-138, 2005.

MARCHIONI, D. M. et al. Complementary feeding: study on prevalence of food intake in two health centers of São Paulo City. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v.51, n.2, p.161-166, 2001.

MENNELLA, J. A.; JOHNSON, A.; BEAUCHAMP, G. K. Garlic ingestion by pregnant women alters the odor of amniotic fluid. **Chemical Senses**, s.l., v.20, p.207-209, 1995.

MONTE, C. M.; GIUGLIANI, E. R. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, p.131-141, 2004.

PHILIPPI, S. T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12, n.1, p.65-80, 1999.

PIPES, P. L.; TRAHMS, C. M. Nutrient needs of infants and children. In: **Nutrition in infancy and childhood**. 5. ed. St. Louis, p.30-58, 1993.

REA, M. F. Amamentação: a visão das mulheres e a Semana Mundial [Editorial]. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, p.179, 1995.

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

SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2011. Acessado em: 10 de setembro de 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvPE.def>

STEVENSON, R.; ALLAIRE, J. H. The development of normal feeding and swallowing. **Pediatric Clinic of North America**, s.l., v.38, p.1439-1453, 1991.

SULLIVAN, S. A.; BIRCH, L. L. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. **Pediatrics**, s.l, v.93, p.271-277, 1994.

TAVERAS, E. M. et al. Association of breastfeeding with the maternal control of infant feeding at age 1 year. **Pediatrics**, s.l, v.114, p.577-583, 2004.

WEFFORT, V. R. S.; SARNI, R. O. S.; OLIVEIRA, F. L. C.; ROCHA, H. F (Org.). Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. In: **Alimentação do Lactente**, 3ª ed. Rio de Janeiro, SBP, 2012.

WHO. **Complementary feeding: family foods for breastfeedig children**. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 2000. Acessado em: 10 de setembro de 2013. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_NHD_00.1.pdf

WHO, MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP. Complementary feeding in the WHO Growth Reference Study. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Acts Pediatric**, s.l., v.95, n.450, p.27-37, 2006.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

FATORES DETERMINANTES DO DESMAME PRECOCE E CONHECIMENTO MATERNO
SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

Entrevistador: _____

Data: _____ Hora: _____

1. Número da criança	<input type="text"/>	Número	<input type="text"/>
2. Nome da criança:	_____		
3. Nome da mãe ou responsável:	_____	UBS	<input type="text"/>
DADOS DEMOGRÁFICOS			
4. Idade da mãe:	_____	IDADMAE	<input type="text"/>
5. Idade criança (meses):	_____	IDADCRIA	<input type="text"/>
6. Sexo (1) Masculino (2) Feminino		SEX	<input type="text"/>
7. Presença paterna/ companheiro na estrutura familiar (1) Sim (2) Não		PREPAT	<input type="text"/>
8. Número de filhos	_____	NFILHO	<input type="text"/>
9. Estado civil da mãe: (1) Solteira (2) Casada (3) União Estável (4) Divorciada (5) Viúva		ECTVMAE	<input type="text"/>

DADOS SOCIOECONÓMICOS

10. Qual a última série que a mãe completou na escola?

- (1) Analfabeto
- (2) Fundamental I incompleto
- (3) Fundamental I completo
- (4) Fundamental II incompleto
- (5) Fundamental II completo
- (6) Ensino médio incompleto
- (7) Ensino médio completo

ESCOMAE

11. Qual a última série que o pai completou na escola?

- (1) Analfabeto
- (2) Fundamental I incompleto
- (3) Fundamental I completo
- (4) Fundamental II incompleto
- (5) Fundamental II completo
- (6) Ensino médio incompleto
- (7) Ensino médio completo
- (8) Ensino superior

ESCOPAI

12. Na sua casa existem esses itens?

Item	Quantidade
Geladeira	<input style="width: 100px;" type="text"/>
TV em cores	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Radio	<input style="width: 100px;" type="text"/>
DVD	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Máquina de lavar	<input style="width: 100px;" type="text"/>

GELAD
TV
RAD
DVD
MAQLAV

13. Sua família possui automóvel?

(1) Sim	(2) Não		AUTOM	
14. A mãe trabalha?			MAETRAB	
(1) Sim	(2) Não		OCUPMAE	
15. Qual ocupação da mãe?			RENDA	
16. Qual a renda familiar ?			MORA	
(1) < 1 salário mínimo	(4) não sabe informar		PERCAPTA	
(2) 1 a 3 salários mínimos	(5) sem renda			
(3) ≥ 4 salários mínimos			PN	
17. Quantas pessoas moram no domicílio?			CONSULTA	
18. Renda per capita?			ORIENTAM	
			ORIENTAC	
			EXPERIEN	
DADOS RELACIONADOS À MÃE				
19. A mãe fez pré-natal na gravidez desta criança?				
(1) Sim	(2) Não			
20. Quantas consultas?		(99) Não se aplica		
21. Recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal?		(99) Não se aplica		
(1) Sim	(2) Não			
22. Recebeu orientação sobre alimentação complementar durante o pré-natal?		(99) Não se aplica		
(1) Sim	(2) Não			
23. Tem experiência anterior com amamentação?				

(1) Sim	(2) Não	
24. No período da gestação, pensava em amamentar?		
(1) Sim	(2) Não	PENSAMA <input type="text"/>
25. Qual foi o tipo de parto?		
(1) Normal	(2) Cesárea	TIPOPART <input type="text"/>
26. Qual foi o tempo para início da amamentação após o parto?		
(1) < 1 hora	(4) > 8 horas	INICAMA <input type="text"/>
(2) 1 a 3 horas	(5) não amamentou	
(3) 3 a 8 horas		
27. Após o parto ficou em alojamento conjunto?		
(1) Sim	(2) Não	ALOJCONJ <input type="text"/>
28. Quando estava no hospital, recebeu auxílio de profissionais de saúde durante a amamentação?		
(1) Sim	(2) Não	AUXPROF <input type="text"/>
(99) Não se aplica		
29. Teve alguma intercorrência que impossibilitasse a amamentação?		
(1) Sim	(2) Não	IMPAMAN <input type="text"/>
(99) Não se aplica		
30. Se sim, qual?		
(1) Ingurgitamento	(2) Ferimento do bico	TIPOIMPO <input type="text"/>
(3) Estresse	(5) Uso de medicamentos	
(4) Falta de apoio familiar		
31. Apresentou alguma doença da mama (ingurgitamento, ferimento do bico)?		
(1) Sim	(2) Não	DOENMAMA <input type="text"/>
(99) Não se aplica		
32. Teve estresse ou ansiedade no período da amamentação?		

ESTRANS	<input type="text"/>
APOIOFAM	<input type="text"/>
MEDAMAM	<input type="text"/>
DN	<input type="text"/>
PESORN	<input type="text"/>
DOENRN	<input type="text"/>
MAMA	<input type="text"/>
MAMOU TEMPO	<input type="text"/> <input type="text"/>
BICO	<input type="text"/>
DESMAME	<input type="text"/>

- (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica
33. Recebeu apoio familiar para amamentar?
 (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica
34. Fez uso de medicamentos, prescrito por médico, durante o tempo que estava amamentando?
 (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica
- DADOS RELACIONADOS A CRIANÇA**
35. Data de nascimento _____
36. Peso ao nascer (g) _____
37. Doença ao nascer?
 (1) Sim (2) Não
38. A criança mama?
 (1) Sim (2) Não
39. Se a criança não mama, perguntar se a criança mamou?
 (1) Sim (2) Não Quanto tempo (dias)? _____
40. A criança usa bico artificial (chupeta ou mamadeira)?
 (1) Sim (2) Não
41. Porque a criança deixou de mamar? Porque nunca mamou?
 (1) Leite insuficiente/fraco (5) Mãe doente
 (2) Criança não aceitou (6) Mãe não queria
 (3) Criança estava doente (7) Problema na mama

(4) Mãe trabalhava/estudava _____ (8) outros _____	
42. A criança realizou consulta puerperal? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	CONSPUER <input type="text"/>
43. Se sim, o profissional orientou sobre o aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	PROFORIEN <input type="text"/>
44. Quais os benefícios do aleitamento materno que você tem conhecimento? _____ _____ _____	
DADOS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	
45. A criança recebe outros líquidos além do leite materno? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	OUTROLIQ <input type="text"/>
46. Enquanto mamava com que idade começou a receber: Água _____ mês(es) _____ dia(s) Chá _____ mês(es) _____ dia(s) Sucos _____ mês(es) _____ dia(s) Leite fluido _____ mês(es) _____ dia(s) Leite pó _____ mês(es) _____ dia(s) Mingau _____ mês(es) _____ dia(s)	Água _____ Chá _____ Sucos _____ Leite fluido _____ Leite pó _____ Mingau _____
47. A criança recebe alimentos de consistência pastosa (papa, purê, sopa)? (1) Nunca (5) 2 a 4 vezes por semana (2) < 1 vez por mês (6) 1 vez por dia (3) 1 a 3 vezes por mês (7) 2 ou mais vezes por dia	ALIMPAST <input type="text"/>

<p>(4) 1 vez por semana</p> <p>48. A criança recebe alimentos como arroz, pão, massa, batatas, espessantes (maizena, farinha láctea, mucilon, cremogema)?</p> <p>(1) Nunca (2) < 1 vez por mês (3) 1 a 3 vezes por mês (4) 1 vez por semana</p> <p>(5) 2 a 4 vezes por semana (6) 1 vez por dia (7) 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>MASSAS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>49. A criança come feijão?</p> <p>(1) Nunca (2) < 1 vez por mês (3) 1 a 3 vezes por mês (4) 1 vez por semana</p> <p>(5) 2 a 4 vezes por semana (6) 1 vez por dia (7) 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>FEIJAO</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>50. A criança come verduras e legumes?</p> <p>(1) Nunca (2) < 1 vez por mês (3) 1 a 3 vezes por mês (4) 1 vez por semana</p> <p>(5) 2 a 4 vezes por semana (6) 1 vez por dia (7) 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>VERDLEG</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>51. A criança come frutas?</p> <p>(1) Nunca (2) < 1 vez por mês (3) 1 a 3 vezes por mês (4) 1 vez por semana</p> <p>(5) 2 a 4 vezes por semana (6) 1 vez por dia (7) 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>FRUTA</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>52. A criança come carnes e ovos (presunto, mortadela, salsicha)?</p> <p>(1) Nunca (2) < 1 vez por mês (3) 1 a 3 vezes por mês</p> <p>(5) 2 a 4 vezes por semana (6) 1 vez por dia (7) 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>CARNES</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

(4) 1 vez por semana

53. A criança come leite, queijo, iogurte?

(1) Nunca

(5) 2 a 4 vezes por semana

(2) < 1 vez por mês

(6) 1 vez por dia

(3) 1 a 3 vezes por mês

(7) 2 ou mais vezes por dia

(4) 1 vez por semana

LEITE

54. A criança come guloseimas (açúcar, salgadinho, doces, balas, fritura, refrigerante)?

(1) Nunca

(5) 2 a 4 vezes por semana

(2) < 1 vez por mês

(6) 1 vez por dia

(3) 1 a 3 vezes por mês

(7) 2 ou mais vezes por dia

(4) 1 vez por semana

GULOSEI

RECORDATÓRIO DAS ÚLTIMAS 24 HORAS

HORARIO	ALIMENTOS
Ao acordar	
Lanche manhã	
Almoço	
Lanche tarde	
Jantar	
Antes de dormir	

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você deve procurar a pesquisadora responsável, Geivianni Maria S. C. de Andrade, no endereço Rua do Alto do Reservatório s/n Bela Vista – Vitória de Santo Antão/PE, pelo telefone (81) 3523-3351 ou e-mail geiviannimaria@hotmail.com e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, Av. da Engenharia s/n – 1º andar, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50740-600, telefone (81) 2126-8588.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Fatores determinantes do desmame precoce e conhecimento materno sobre alimentação complementar no município da Vitória de Santo Antão – PE.

Pesquisador Responsável : Geivianni Maria Silva Cavalcanti de Andrade

1. O estudo tem como objetivo identificar quais são os fatores determinantes do desmame precoce e o conhecimento da mãe sobre alimentação complementar, além de determinar a prevalência do desmame precoce.
2. Para ser realizado o preenchimento de um questionário com informações sobre aspectos sociodemográficos, pré-natal, características biológicas da criança, orientações recebidas sobre aleitamento materno, causas do desmame e introdução de outros alimentos na dieta da criança.
3. Em caso de sentir constrangimento, você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa, antes ou após o início da coleta dos dados.
4. A investigação do desmame precoce e do conhecimento materno sobre alimentação complementar neste município fornecerá dados importantes que poderão proporcionar uma atuação específica de estratégias e políticas de saúde direcionadas à saúde e qualidade de vida das crianças do município.
5. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguradas o sigilo sobre sua participação. Os dados serão arquivados na Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória pela pesquisadora responsável, por um período de trinta e seis meses. Não haverá nenhum gasto com a sua participação, nem receberá nenhuma quantia por isto. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.
6. Você receberá respostas a perguntas ou esclarecimentos a qualquer dúvida relacionada com os objetivos da pesquisa.

Pelo presente documento, Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Fatores determinantes do desmame precoce e conhecimento materno sobre alimentação complementar no município da Vitória de Santo Antão - PE”, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Geivianni Maria Silva Cavalcanti de Andrade sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de

minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito: _____

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

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____