

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

MICHELLE CRISTINE DE OLIVEIRA MINHARRO

**Tendência e determinantes das práticas de alimentação
complementar em crianças menores de 12 meses no
município de Botucatu-sp: 2006 e 2010**

**Botucatu
2012**

Michelle Cristine de Oliveira Minharro

Tendência e determinantes das práticas de alimentação complementar em crianças menores de 12 meses no município de Botucatu-sp: 2006 e 2010

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

**Botucatu
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Minharro, Michelle Cristine de Oliveira.

Tendência e determinantes das práticas de alimentação complementar em crianças menores de 12 meses no município de Botucatu-SP : 2006 e 2010 / Michelle Cristine de Oliveira Minharro. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Capes: 40406008

1. Crianças – Nutrição. 2. Suplementos dietéticos.

Palavras-chave: Alimentação complementar; Alimentação infantil; Tendência.

MICHELLE CRISTINE DE OLIVEIRA MINHARRO

Tendência e determinantes das práticas de alimentação complementar em crianças menores de 12 meses no município de Botucatu-sp: 2006 e 2010

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em enfermagem à comissão julgadora da UNESP – Universidade Estadual Paulista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra Maria Antonieta de Barros L. Carvalhaes
Presidente da Banca

Prof. Livre docente Dra Cristina M. G. de Lima Parada
1º. Examinador

Prof. Dra Sonia Isoyama Venâncio
2º. Examinador

Dedico:

Esse trabalho em primeiro lugar a Deus, por acalmar meu coração todos os dias e me abençoar com sabedoria e fé.

A minha mãe Ana e ao meu irmão Michel, queridos e amados, que sempre me apoiaram para eu ser quem sou hoje.

Ao meu marido Luciano, que sempre acreditou em mim, me incentivando durante esses dois anos de mestrado, me apoiando em todos os momentos. Sem o qual não conseguiria ter concluído mais essa etapa tão valiosa em minha vida. Te amo.

Agradeço:

*A Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes,
por toda dedicação, segurança, paciência, incentivo,
compreensão e orientação, durante toda a jornada.*

Agradeço:

À profa Dra Cristina Maria Garcia de Lima Parada, pelo apoio durante toda a execução deste trabalho.

À profa Sonia Isoyama Venâncio, pela imensa colaboração na elaboração deste trabalho.

Aos Gestores Secretaria Municipal de Saúde e Fundação Uni, por me ceder horários para o estudo e para realização deste trabalho.

À direção do CSE, pela colaboração no primeiro ano do mestrado.

Aos meus queridos amigos – Equipe UVF, por todo apoio, carinho e compreensão, vocês são únicos, especiais.

Às funcionárias da Clínica do Bebê e Espaço Saúde, em especial à Nereide por todo companheirismo nesse último semestre do mestrado.

Às funcionárias do NUVE – Sandra, Fátima e Lúcia, pelos dados fornecidos e auxílio nos valores das coberturas vacinais.

A todos os funcionários da atenção básica de Botucatu e alunos que participaram da coleta de dados do projeto AMAMUNIC.

Ao Departamento de Enfermagem, a pós-graduação e a todos os professores em especial Profa Vera Tonete, pela colaboração direta no trabalho e no projeto da bolsa FAMESP.

Ao Instituto Saúde pela disponibilização dos dados do Projeto AMAMUNIC.

Ao Marcos (aluno da graduação) pela ajuda na digitação dos dados.

À minha querida amiga Renata, que me apoiou, sorriu e chorou junto comigo durante esses dois anos. Obrigada Amiga.

À Manuela, secretária da pós por toda dedicação e ajuda.

À Eloísa, por todo carinho, dedicação e ajuda na análise estatística.

Aos colegas de turma que sempre apoiaram uns aos outros, sentirei saudades.

A todos meus amigos que seguiram comigo nessa jornada.

À minha família que soube entender meus momentos de ausência, amo todos vocês. Um agradecimento especial para minha prima Thamires pela imensa colaboração no Abstract.

Ao meu sogro e minha sogra pelo carinho e atenção.

A meus novos amigos Luiz e Mariele pela possibilidade de desabafo e descontração, e pela presença da pequena Rafaela.

A FAMESP pela oportunidade de bolsa de estudos do programa integrado: graduação/pós-graduação.

À Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo do Programa de Pós Graduação em enfermagem – Mestrado Profissional.

A todos aqueles, que mesmo não citados colaboraram de alguma forma com a realização deste trabalho.

*Você fará um projeto, que se realizará,
E a luz brilhará em seu caminho.*

Jó 22:28

RESUMO

A alimentação complementar (AC) deve ser iniciada a partir de 6 meses de idade, recomendando-se a oferta de alimentos variados, incluindo frutas, hortaliças, cereais, carnes e leguminosas, com consistência espessa desde o início e em várias refeições ao dia, de acordo com o tipo de aleitamento. O objetivo deste estudo foi avaliar as práticas de AC em crianças menores de 12 meses de idade no município de Botucatu-SP, nos anos de 2006 e 2010, e identificar fatores socioeconômicos e demográficos, maternos, relativos às crianças e aos serviços de saúde, associados à AC adequada. Os dados são provenientes de dois inquéritos transversais que integram projeto maior de monitoramento da alimentação infantil, denominado AMAMUNIC, em desenvolvimento no estado de São Paulo, desde 1998. Foram entrevistadas todas as mães ou acompanhantes das crianças menores de 1 ano que compareceram a uma das duas etapas das Campanhas de Multivacinação nos anos referidos e que concordaram em participar da pesquisa. Foram obtidos dados válidos de 1310 crianças em 2006 (76,5% de cobertura) e 1103 crianças em 2010 (72,2% de cobertura). Utilizou-se questionário padronizado sobre o consumo (sim, não) no dia anterior de leite materno, outros tipos de leite e vários tipos de alimentos: frutas, hortaliças, carnes, feijão, biscoitos, entre outros. Para crianças acompanhadas pelas mães também foram feitas questões referentes à situação de nascimento da criança, utilização da rede de serviços de saúde e dados socioeconômicos e demográficos. Foram processadas as frequências de crianças (menores de 6 meses e com 6 meses a 11,9 meses de idade) segundo consumo relatado de cada alimento investigado e segundo indicadores de qualidade da AC construídos para a presente pesquisa, com base nos propostos pela Organização Mundial de Saúde para estudos transversais que dispõem de dados obtidos com um recordatório de 24 horas, não quantitativo. A associação entre qualidade da AC (aferida por dois diferentes indicadores) e fatores de interesse foi pesquisada por meio da comparação de frequências e avaliada pelo teste qui-quadrado, adotando-se $p < 0,05$ como nível de significância. Os resultados mostraram que é alta a proporção de crianças menores de 6 meses, com AC precoce. Frutas, por exemplo, foram consumidas por 21,2% e 21,9% dos menores de 6 meses, em 2006 e 2010, respectivamente. Na idade de 6 a 11,9 meses, praticamente todas as crianças consumiram AC, observando-se pequena elevação do consumo de comida com carne (74,6% para 80,7%) e redução de comida com feijão (86,1% para 77,7%) de 2006 para 2010. O consumo de alimentos não recomendados, como bolachas, biscoitos ou salgadinhos de pacote (61,5%) foi relatado para grande parte das crianças de 6 a 11,9 meses, estudadas em 2010 e para parcelas significativas das menores de 6 meses. Adotando-se como indicador (síntese 1) consumo de alimentos sólidos com consistência adequada e pelo menos 4 de 5 alimentos de diferentes grupos, 67% das crianças de 6 a 11,9 meses, apresentaram AC de qualidade em 2010, proporção que caiu para 38% quando foi exigido o consumo de 5 alimentos de diferentes grupos (indicador síntese 2). A proporção de crianças com AC adequada (segundo o indicador síntese 1), foi maior quando a mãe era primípara e menor entre as nascidas na maternidade terciária; quando foi utilizado o indicador síntese 2 não houve associação com os fatores pesquisados. Estes resultados vêm preencher uma lacuna nas informações sobre alimentação infantil no município e fornecem diretrizes para ações de promoção da AC saudável.

Palavras-chave: Alimentação complementar, tendência, alimentação infantil.

ABSTRACT

Complementary feeding (CF) should be started from 6 months of age onwards, it is recommended offering a variety of thick consistence foods, including fruits, vegetables, cereals, meat and legumes, from the beginning and many meals a day, according to the type of feeding. The objective of this study was to evaluate CF practices in children under 12 months of age in the city of Botucatu - SP, in the years of 2006 and 2010, identifying maternal socioeconomic and demographic factors, related to the infant and the health services, associated with the appropriate CF. The data result from two cross-sectional surveys that are part of a larger infant feeding monitoring project, called AMAMUNIC, in development in the state of São Paulo since 1998. All the infants' mothers or carers who attended one of the two Multi-vaccination Campaigns stages, in the mentioned years, and who agreed to participate in the research, were interviewed. Valid data were obtained from 1310 children in 2006 (75,5% of coverage) and from 1103 children in 2010 (72,2% of coverage). It was used a standardized questionnaire (yes/no) about the consumption, on the day before, of maternal milk, other kinds of milk and different types of food, such as fruits, vegetables, meat, beans, cookies, among others. For the infants who were accompanied by their mothers, it was also asked about socioeconomic and demographic data, the child's birth situation and the utilization of the health services network. The frequencies of children (under 6 months and from 6 to 11,9 months of age) according to the reported consumption of each studied food and according to the CF quality indicators developed for this research - based on the proposed by the World Health Organization for cross-sectional surveys with data obtained from a 24 hour recall, not quantitative - were processed. The association between CF quality (measured by two different indicators) and factors of interest was researched by comparing the frequencies and evaluated by chi-squared test, adopting $p < 0,05$ as significance level. The results have demonstrated that there is a high proportion of children under 6 months with premature CF. Fruits, for example, were consumed by 21,2% and 21,9% of children under 6 months, in 2006 and 2010, respectively. At the age of 6 to 11,9 months almost all the children consumed CF, being observed a small increase of the meal with meat consumption (from 74,6% to 80,7%) and a decrease of the meal with beans consumption (from 86,1% to 77,7%) from 2006 to 2010. The not recommended food consumption, such as crackers, cookies or snack foods (61,5%) was reported for most of the 6 to 11,9 month children, studied in 2010, and for a significant portion of the under 6 months children. Adopting the solid and appropriate consistency food consumption and at least 4 of 5 aliments from different groups as an indicator (Synthesis 1), 67% of the children, from 6 to 11,9 months, presented a low quality CF in 2010, a proportion that decreased to 38% when it was required the consumption of 5 aliments from different groups (Indicator Synthesis 2). The proportion of infants that had the appropriate CF (according to the indicator Synthesis 1) was bigger when the mother was primiparous and lower among those who born in a tertiary maternity; when the indicator Synthesis 2 was used, there was no association with the studied factors. These results come to fill an information gap on infant feeding in the city and they provide guidelines for actions that promote a healthy CF.

Keywords: complementary feeding, tendency, infant feeding

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Esquema alimentar para crianças até 2 anos de idade amamentadas, e a introdução de cada etapa da alimentação complementar.....	22
Quadro 2. Diferenças das perguntas sobre consumo de alimentos presentes nos inquéritos de 2006 e 2010 utilizados no presente estudo.....	37
Quadro 3. Número de crianças com dados válidos, segundo alimento/ preparação/ característica da alimentação, faixa etária e ano estudado.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características das crianças estudadas em 2006 e 2010. Botucatu, 2011.....	50
Tabela 2. Proporção de crianças menores de 12 meses que consumiram alimentos/ preparações específicos no dia anterior segundo ano de estudo. Botucatu, 2011.....	53
Tabela 3. Proporção de crianças menores de 12 meses que consumiram alimentos não recomendados no dia anterior segundo ano de estudo, Botucatu, 2010.....	55
Tabela 4. Indicadores de qualidade da alimentação complementar e aleitamento materno de crianças menores de um ano no município de Botucatu em 2006 e 2010.....	56
Tabela 5. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 1) de crianças de 6 a 11,9 meses e características maternas. Botucatu, 2010.....	59
Tabela 6. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 1) e características das crianças de 6 a 11,9 meses. Botucatu, 2010.....	60
Tabela 7. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 1) e variáveis referentes aos serviços de saúde utilizados para o nascimento e acompanhamento de puericultura. Botucatu, 2010.....	61
Tabela 8. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 2) de crianças de 6 a 11,9 meses e características maternas. Botucatu, 2010.....	62

Tabela 9. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 2) e características das crianças de 6 a 11,9 meses. Botucatu, 2010..... 63

Tabela 10. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 2) e variáveis referentes aos serviços de saúde utilizados para o nascimento e acompanhamento de puericultura. Botucatu, 2010..... 64

LISTA DE ABREVIATURAS

AME -	Aleitamento Materno Exclusivo
AM -	Aleitamento Materno
LM -	Leite Materno
AC -	Alimentação Complementar
OMS -	Organização Mundial da Saúde
WHO -	World Health Organization
MS -	Ministério da Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
AMAMUNIC -	Projeto Amamentação e Municípios
PNDS -	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPS -	Política Nacional de Promoção da Saúde
ENPACS -	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
PNAN -	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
CGPAN -	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
IBFAN -	International Baby Food Action Network

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
1.1.	<u>Alimentação complementar adequada</u>	18
1.1.1.	Introdução dos alimentos complementares e frequência de refeições ...	20
1.1.2.	Composição da alimentação complementar.....	22
1.1.3.	Consistência dos alimentos.....	23
1.1.4.	Consumo de alimentos processados.....	24
1.1.5.	Comportamento alimentar das crianças.....	24
1.2.	<u>Perfil da alimentação complementar no Brasil</u>	26
1.3.	<u>Alimentação complementar e políticas de saúde</u>	28
2.	OBJETIVOS	33
2.1.	Objetivo Geral.....	33
2.2.	Objetivos Específicos.....	33
3.	MÉTODOS	35
3.1.	Desenho do Estudo.....	35
3.2.	Fonte e coleta dos dados.....	36
3.3.	Local e realização do estudo.....	38
3.4.	População de estudo.....	38
3.5.	Variáveis estudadas.....	39
3.6.	Indicadores utilizados.....	40
3.7.	Análise dos dados.....	47
3.8.	Aspectos éticos.....	48

4.	RESULTADOS	50
5.	DISCUSSÃO	66
6.	RECOMENDAÇÕES	75
7.	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	79
	ANEXOS	83

Introdução

1. INTRODUÇÃO

A alimentação da criança nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. Sabe-se que o aleitamento materno (AM) é essencial à alimentação infantil saudável. O leite materno (LM), isoladamente, é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida; porém, a partir desse período, deve ser complementado até os dois anos ou mais, conforme recomendam a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Os benefícios do leite materno são inúmeros, podendo ser destacados o baixo custo, redução dos níveis de colesterol sérico, menor probabilidade de obesidade na vida adulta, proteção contra infecções, menor chance de alergia e relação afetiva mais intensa entre mãe e filho (CAMILO *et al.*, 2004). Na amamentação a distância é a ideal para a criança visualizar o rosto da mãe e vice e versa e o contato precoce entre a mãe e a criança desde o nascimento e durante o alojamento conjunto pode aumentar a incidência e a duração do AM e reduzir a ocorrência de abuso, negligência e abandono na infância (NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

Muitos estudos confirmam o impacto positivo das intervenções brasileiras visando aumento do aleitamento materno (REA, 2003), destacando-se que, esforços para aumentar as taxas de aleitamento materno no país, têm sido implementados com sucesso nas últimas quatro décadas. Mas, a questão da alimentação complementar ainda necessita ser mais trabalhada, pois só recentemente surgiram evidências científicas para o estabelecimento de recomendações e programas voltados à promoção da alimentação complementar saudável. Estudos sobre a situação no país ainda são escassos, e o conhecimento sobre os determinantes das práticas ainda é insipiente.

O presente estudo se insere no esforço de ampliar o conhecimento sobre práticas de alimentação complementar, utilizando-se de dados provenientes de pesquisas de monitoramento da situação do aleitamento materno realizadas em 2006 e 2010 no município de Botucatu (SP) ainda não explorados com essa finalidade.

1.1. Alimentação Complementar Adequada

O alimento complementar foi definido no início do presente século como qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, que não seja o leite materno, oferecido à criança que esteja sendo amamentada (GIUGLIANI; VICTORA, 2000). Posteriormente, definiu-se como alimentação complementar (AC) o período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Os alimentos preparados com o intuito único de alimentar as crianças pequenas antes de elas passarem a receber os mesmos alimentos consumidos pela família são conhecidos como alimentos de transição. Esses alimentos eram conhecidos antigamente como “alimentos de desmame”. Posteriormente, tem sido evitado esse termo, pois pode causar confusão quanto ao seu objetivo, que não é substituir o leite materno e sim complementá-lo (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Na atualidade, a alimentação complementar é definida como o conjunto de alimentos ofertados à criança menor de 24 meses, exceto leite materno ou fórmula láctea. Segundo as diretrizes brasileiras, a partir dos seis meses de idade, a alimentação complementar, conforme o nome sugere, tem a função de complementar o aleitamento materno, com a energia e micronutrientes a mais, necessários, para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento das crianças. As situações adversas mais comuns relacionadas à alimentação complementar oferecida de forma ou em idade inadequadas são: anemia, excesso de peso e desnutrição (BRASIL, 2009a). A primeira é o problema mais prevalente no país, atingindo mais de 50% dos lactentes entre 6 e 18 meses de idade. Entre os grupos mais vulneráveis à ocorrência de anemia ferropriva, temos as crianças de 6 a 24 meses, destacando-se em especial o segundo semestre de vida, justamente quando se deve iniciar a alimentação complementar (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância e na vida adulta, lembrando-se que o déficit de crescimento linear adquirido cedo na infância diante da alimentação inadequada é difícil de ser revertido após os dois anos (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Assim, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas deve ser

um componente essencial da estratégia global para assegurar a segurança alimentar de uma população (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Em nosso país, de modo pioneiro, no ano de 2002, foi publicado um Guia oficial denominado “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos”, no qual foram apresentadas as recomendações alimentares para crianças menores de dois anos brasileiras (BRASIL, 2002). Entretanto, a ênfase em sua utilização como instrumento de apoio ao cuidado de saúde com mães e crianças foi no aleitamento materno (passo 1). Após 8 anos, no ano de 2010, o Ministério da Saúde, no contexto da apresentação e início da implementação de uma Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), publicou uma nova versão do guia alimentar para menores de dois anos. O foco principal atual é a utilização do guia para capacitação dos profissionais de saúde para orientação dos usuários do SUS (BRASIL, 2010a) quanto à alimentação saudável de crianças de zero a 24 meses de idade em todos os seus aspectos, incluindo o aleitamento materno e a alimentação complementar.

Estão listados, abaixo, os dez passos para a alimentação saudável dirigidos a crianças menores de dois anos encontrados no Guia alimentar para crianças menores de dois anos:

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 3: “Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.”

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

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

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

Passo 7: “Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.”

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

Passo 9: “Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir a sua conservação e armazenamento adequados.”

Passo 10: “Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação” (BRASIL, 2002).

1.1.1. Introdução dos alimentos complementares e frequência de refeições

As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança. Esse período pode ser dividido em duas fases: antes dos seis meses e após os seis meses. No primeiro semestre de vida o objetivo é que a criança mame por seis meses exclusivamente ou que, pelo menos, retarde pelo maior tempo possível a introdução de outros alimentos. A partir de seis meses a criança deve receber outros alimentos, além do leite materno. Assim é de fundamental importância que as mães e a família, nesse período, recebam orientações para a adequada introdução dos alimentos complementares (BRASIL, 2009a).

Do ponto de vista nutricional, a introdução precoce de alimentos pode ser desvantajosa, quando realizada de modo inadequado, pois diminui a duração do AM, interfere negativamente na absorção de nutrientes importantes do leite materno, aumenta o risco de contaminação e de reações alérgicas (SALDIVA *et al.*, 2007). Oferecer à criança alimentos que não o LM precocemente pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, que podem levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento. Por outro lado, a introdução tardia de alimentos é desfavorável na medida em que o AME não atende mais às necessidades energéticas do lactente e leva à desaceleração/deficiência do crescimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003; SALDIVA *et al.*, 2007).

A introdução de alimentos na dieta da criança deve suprir suas necessidades nutricionais e aproximá-la progressivamente da alimentação da família. É uma etapa que exige do cuidador e da criança um grande esforço adaptativo, na qual novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores serão apresentados e desenvolvidos (BRASIL 2009a).

Para facilitar a aceitação de alimentos variados, as crianças devem ser expostas aos diferentes alimentos precocemente e com frequência, pois elas tendem a rejeitar novos alimentos. No entanto, com exposições freqüentes, elas passam a aceitá-los, podendo ser incorporados à dieta habitual da criança. A rejeição inicial ao alimento muitas vezes é erroneamente interpretada como uma aversão permanente ao mesmo, e esse acaba sendo excluído da dieta da criança. Há relatos científicos de que as crianças amamentadas têm mais facilidade para aceitar novos alimentos que as não amamentadas, o que pode estar relacionado com a exposição a diversos sabores através do leite materno (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Até os seis meses de idade, a maioria das crianças já atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que lhe confere a habilidade de receber outros alimentos complementares ao leite materno (LM) (WHO, 1998). E é também nessa faixa etária que há uma melhoria na tolerância gastrointestinal e na eficiência de absorção dos nutrientes. Assim, o organismo da criança apresenta condições de se adaptar a novas possibilidades de alimentação, com diferentes texturas e consistências (BRASIL, 2009a).

No Guia alimentar para crianças menores de dois anos do Ministério da Saúde, 2010, há um quadro (Quadro 1), reproduzido a seguir, contendo o momento correto da introdução de cada etapa da alimentação complementar, o número e o tipo de refeição a ser ofertada segundo faixa etária.

Quadro 1. Esquema alimentar para crianças até 2 anos de idade amamentadas e a introdução de cada etapa da alimentação complementar:

Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
LM sob livre demanda	LM sob livre demanda	Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
LM	Papa salgada	Refeição básica da família

1.1.2. Composição da alimentação complementar

Os alimentos complementares são, geralmente, cereais, frutas, legumes, verduras e raízes, além dos pertencentes aos grupos das carnes, gorduras e ovos. Entretanto, segundo Oliveira et al (2005), particularmente na região Nordeste, os alimentos complementares são basicamente compostos pelos cereais e pelos amiláceos derivados de raízes e tubérculos, que normalmente integram preparações de reduzida densidade energética e de baixa disponibilidade de micronutrientes.

Ao completar 6 meses de idade os alimentos complementares devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa de fruta, papa salgada e papa de fruta), pois contribuem com o fornecimento de energia, proteína e micronutrientes, além de preparar a criança para a formação de hábitos alimentares saudáveis no futuro. Ao completar 7 meses, deve ser acrescentada, ao esquema alimentar a segunda papa salgada. É recomendado o consumo de vísceras e miúdos (ex. fígado, coração, moela), no mínimo uma vez por semana (BRASIL, 2010a), com vistas ao fornecimento de altas doses de ferro e vitamina A. A papa salgada deve conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos, um do grupo das hortaliças - legumes e verduras, um do grupo dos alimentos de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos, ovo) e um das leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão de bico) (BRASIL, 2010a). O

óleo vegetal deve ser usado em pequena quantidade e o uso de sal e condimentos deve ser moderado.

O ovo cozido (clara e gema) pode ser introduzido na alimentação infantil ao completar 6 meses, mas seu uso deve ser avaliado pela equipe de saúde. É importante considerar a história familiar de alergias alimentares e a disponibilidade financeira da família para oferecer outras fontes protéicas. Outro fato importante é que, freqüentemente, as mães oferecem para as crianças alimentos que já possuem ovo na sua composição, por isso não seria necessário retardar a sua introdução (BRASIL, 2010a).

Outra questão importante diz respeito ao consumo de frutas. A oferta diária de frutas e vegetais é de grande importância (WHO, 1998), mas, ao contrário do senso comum, sucos de frutas não são estimulados pelo guia brasileiro e vem sendo desestimulados em países desenvolvidos (PAHO/WHO, 2003). O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contra-indicada. Os sucos naturais podem ser usados preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a elas, em uma dose pequena. Nos intervalos é preciso oferecer água tratada, filtrada ou fervida para a criança (BRASIL, 2009a).

1.1.3. Consistência dos alimentos

Recomenda-se que a partir dos seis meses deverão ser oferecidos alimentos inicialmente em consistência semi-sólidos, macios e amassados, especialmente preparados para a criança, com aumento progressivo de sua consistência. Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados. Aos 8 meses, os alimentos podem ser os mesmos da família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos e, aos 12 meses a criança pode receber o mesmo tipo de alimento da família (WHO, 1998; BRASIL, 2009a; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009). Estas recomendações devem ser somadas às descritas anteriormente, com relação aos grupos alimentares.

Em síntese, os alimentos, não precisam ser muito amassados, evitando-se, dessa forma, a administração de alimentos muito diluídos, propiciando oferta calórica

adequada. As frutas também devem ser oferecidas preferencialmente sob a forma de papas, sempre em colheradas e depois em pedaços.

1.1.4. Consumo de alimentos processados

Açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes, devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida. Já foi demonstrado, que o consumo desses tipos de alimentos está associado, ao excesso de peso e à obesidade ainda na infância, sendo que essas condições podem perdurar até a idade adulta, além de provocarem dislipidemias e alteração da pressão arterial. São também causa de anemia e alergias (BRASIL, 2009a).

Os sucos artificiais devem ser evitados na alimentação do lactente, pelo fato de não oferecerem nada além de açúcar, essências e corantes artificiais, que são extremamente prejudiciais à saúde e podem causar alergias. A oferta de, bebidas e líquidos açucarados deve ser desencorajada, já que há associação entre o consumo desses alimentos e excesso de peso e surgimento precoce de cáries. O consumo de mel deve ser evitado no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009a).

É recomendável que se utilize quantidade mínima de sal, observando-se a aceitação da criança. O sabor conferido pelo sal oferecido tende a ser memorizado e induz a criança a aceitar, no mínimo, o mesmo em suas próximas refeições. Além disso, o consumo precoce de sal está associado ao aparecimento de hipertensão arterial, inclusive na infância, e conseqüente aumento no risco cardiovascular, quando adulta. Há diversas opções de ervas e vegetais que podem ser utilizados para temperar as refeições, o que estimula a redução do uso do sal e evita a “necessidade” de adição de condimentos prontos, freqüentemente industrializados, e que apresentam elevado teor salino e de gorduras, conservantes, corantes, adoçantes e outros aditivos que deveriam ser evitados (BRASIL, 2009a).

1.1.5. Comportamento alimentar das crianças

O comportamento alimentar da criança é determinado pela interação da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anátomo fisiológico e por fatores

emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais. Entretanto, a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é o produto da interação da criança com a própria mãe ou com a pessoa mais ligada à sua alimentação. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas referências alimentares e afetar o equilíbrio energético da alimentação, pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família poderá estabelecer o aprendizado de um hábito socialmente aceito ou inserir novos hábitos, contribuindo para a formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não (BERCINI *et al.*, 2007).

Os hábitos alimentares são formados por meio de complexa rede de influências genéticas e ambientais. Por esse motivo, considera-se a mudança de comportamento alimentar um desafio para os profissionais de saúde. Parece que os sabores e aromas de alimentos consumidos pelas nutrizes têm uma via pelo leite materno e acabam sendo transmitidos para o lactente. O leite materno oferece diferentes experiências de sabores e aromas que vão refletir os hábitos alimentares e a cultura alimentar. Assim, crianças que mamam no peito aceitam melhor a introdução da alimentação complementar (BRASIL, 2009a).

O sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança. Toda a família deve ser estimulada a contribuir positivamente nessa fase. Se durante o AME a criança é mais intensamente ligada à mãe, a alimentação complementar permite maior interação do pai, dos avôs e avós, dos outros irmãos e familiares, situação em que não só a criança aprende a comer, mas também, toda a família aprende a cuidar. Tal interação deve ser ainda mais valorizada em situações em que a mãe, por qualquer motivo, não é a principal provedora da alimentação à criança. Assim, o profissional de saúde também deve ser hábil em reconhecer novas formas de organização familiar e ouvir, demonstrar interesse e orientar todos os cuidadores da criança, para que ela se sinta amada e vivencie a alimentação como ato prazeroso, o que evita, precocemente, o aparecimento de possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais (BRASIL, 2009a). Há estudos indicando que comportamentos maternos e interações mãe/filho durante a alimentação podem ter papel importante na determinação do estado nutricional ou do consumo de alimentos pela criança (CARVALHAES; PEROSA; SILVEIRA, 2009).

A interação mãe/criança durante a alimentação é o processo que compreende o conjunto de comportamentos maternos (ou da pessoa encarregada de cuidar) e infantis, durante a seleção, preparo, oferta e consumo de alimentos. Em termos teóricos, o sucesso da interação pode ser medido pelo grau de satisfação da mãe (quanto ela se sente recompensada por seus esforços e estimulada a investir na alimentação do filho) e pelo consumo alimentar e estado nutricional da criança. Alcançar este sucesso demanda sensibilidade materna para reconhecer e valorizar as informações vindas da criança sobre quando, quanto, o que e em que ritmo esta deseja ser alimentada (CARVALHAES; PEROSA; SILVEIRA, 2009).

Aspectos comportamentais e psicossociais da alimentação complementar ainda estão pouco contemplados nas diretrizes nacionais e têm sido pouco investigados. Os dados disponíveis no Projeto AMAMUNIC não permitem a avaliação destes aspectos.

1.2. Perfil da Alimentação Complementar no Brasil

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada no Brasil em 2006 e na qual foram estudadas crianças menores de 60 meses (n=4817), constatou a presença de vários problemas alimentares, ainda que mais de 95% tenham iniciado a vida com amamentação: entre 4 e 5 meses de idade, 41,7% das crianças estudadas consumiam leites que não o leite materno, 31,6% já ingeriam mingaus e 22% ingeriram comida de sal. Além disso, 27% das crianças menores de quatro meses de idade, mesmo as amamentadas, já estavam consumindo “outros leites” (BRASIL, 2008). Em 2008, pesquisa com abrangência nacional realizada pelo Ministério da Saúde brasileiro, reafirmou como problema alimentar a introdução de alimentos - líquidos ou sólidos - em momento não oportuno e constatou proporções insatisfatórias de crianças acima de 6 meses que recebiam os alimentos saudáveis recomendados (BRASIL, 2010b).

Alguns estudos locais têm apontado na mesma direção dos estudos anteriormente citados, apesar das diferenças regionais e sociais nas práticas alimentares dirigidas a crianças menores de dois anos.

Em um estudo transversal realizado no ano de 2000 com crianças menores de dois anos (n=450) em três municípios de Minas Gerais foi identificado que 33,6%

das crianças menores de um mês já recebiam chás e 12,4% recebiam água. Na faixa etária entre seis e doze meses, apenas 40,5% consumiam carne e 44,1% frutas (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004).

Em Cuiabá, novamente, os dados de um estudo transversal sobre alimentação infantil semelhante ao AMAMUNIC, indicaram introdução precoce de alimentos. Observou-se que, nas crianças com menos de quatro meses de idade, no primeiro dia em casa, logo após a alta da maternidade, muitas dessas crianças já haviam consumido outros alimentos: chás (27%), água pura (8%) ou com açúcar (1%) e outros leites que não o materno (13%). Com oito meses de idade, aproximadamente 60% das crianças estavam recebendo sopa ou comida da família (BRUNKEN; SILVA; VENÂNCIO, 2006).

Além da introdução precoce, a inadequação da alimentação complementar no segundo semestre de vida, com destaque para o uso de líquidos adoçados, oferta de comida pouco espessa e proporção insuficiente de crianças recebendo carne, foi constatada pela análise conjunta dos dados provenientes de inquéritos realizados em 136 municípios do Estado de São Paulo: 50% eram amamentadas, mas 77% recebiam outros tipos de leite; 63% recebiam mingau; 87% recebiam frutas; 78% recebiam sopas; 64% recebiam comida de panela; 58% recebiam comida com feijão, e apenas 36% recebiam sopa ou comida com carne (SALDIVA *et al.*, 2007).

Os indicadores de aleitamento materno têm sido mais satisfatórios que os relativos à alimentação complementar, possivelmente como reflexo do maior investimento na promoção e apoio ao aleitamento materno. No município do Rio de Janeiro, no ano de 2006, na faixa etária entre seis e nove meses, 66,9% das crianças consumiam leite materno e apenas 33,7% recebiam AC adequada. Na faixa etária de 9 a 11,9 meses de idade, 56% das crianças estavam em uso de leite materno e apenas 32,3% recebiam AC adequada (ALMEIDA; CASTRO; DAMIÃO, 2010).

Também no ano de 2006, na cidade de Volta Redonda (RJ), um estudo transversal com crianças menores de um ano de idade (n=1014) reafirmou que a utilização de sopas ao invés de comida sólida amassada é uma prática frequente: entre 6 e 8,9 meses, 11,7% das crianças tomavam sopa liquidificada (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010).

Em síntese, os dados brasileiros indicam que há problemas sérios nas práticas alimentares referentes à alimentação complementar, apontando a necessidade de mais estudos, seja para monitoramento da situação e análise de tendências, seja para identificação dos determinantes das práticas adequadas/inadequadas e avaliação do impacto de programas e ações.

Embora não citados aqui, a literatura internacional indica que os problemas referentes à alimentação complementar, identificados no Brasil são semelhantes aos observados em vários outros países em desenvolvimento, e mesmo em países desenvolvidos. Assim, iniciativas internacionais para seu enfrentamento tem sido desenvolvidas e divulgadas.

1.3. Alimentação Complementar e Políticas de Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2005, a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas, que visa revitalizar os esforços no sentido de promover, proteger e apoiar adequadamente a alimentação das crianças. Em todo o mundo, cerca de 30% das crianças menores de cinco anos apresentam baixo peso, como consequência da má alimentação e repetidas infecções. Mesmo em países em desenvolvimento, com escassez de recursos, a ênfase em ações de orientação alimentar pode conduzir a melhores práticas alimentares, levando ao melhor estado nutricional. Nas últimas décadas, avançou-se muito nas evidências das necessidades biológicas, e na compreensão da influência sobre a saúde, nas práticas alimentares dirigidas as crianças, o que possibilita recomendar práticas alimentares que propiciam crescimento e desenvolvimento adequados das crianças (WHO, 2005).

A estratégia global citada tem como base o respeito, a proteção, a facilitação e efetivação dos princípios dos direitos humanos. A nutrição é um componente crucial, universalmente reconhecido, do direito da criança de gozar dos padrões mais altos de saúde, conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança. As crianças têm o direito à nutrição adequada e ao acesso a alimentos seguros e nutritivos, e ambos são essenciais para a efetivação de seu direito ao mais alto padrão de saúde. As mulheres, por seu turno, têm o direito à nutrição apropriada, a decidirem como alimentar os seus filhos, à informação completa e às

condições apropriadas que as permitam pôr em prática as suas decisões. Esses direitos ainda não são observados em muitos contextos (WHO, 2005).

O conceito de segurança alimentar que, anteriormente, era limitado ao abastecimento de comida na quantidade apropriada, foi ampliado, incorporando também o acesso universal aos alimentos, o aspecto nutricional e, conseqüentemente, as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico. O Brasil adotou esse novo conceito em 1986, com a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, consolidando-o a partir da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994 (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Em 1999, o Ministério da Saúde implementou uma série de medidas fundamentais para o setor, prescritas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN - formalmente aprovada pela Portaria 710, publicada no Diário Oficial da União em junho do mesmo ano. A formulação dessa Política Nacional foi coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde - responsável, também, por sua implementação - e contou com a participação de diferentes setores do governo, segmentos da sociedade e especialistas no assunto, tendo sido submetida à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

A adoção dessa Política pelo setor configura um marco importante na medida em que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000). A completar dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de sua atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde. Essa atualização foi publicada em 2011 (BRASIL, 2011).

A atualização da PNAN mostra o principal avanço na última década: a incorporação da alimentação como um direito social. A Emenda Constitucional n° 64, aprovada em 2010, introduziu no artigo 6° da Constituição Federal a alimentação como direito. Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de

Segurança Alimentar e Nutricional e o Decreto 7272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Tanto a Lei como o Decreto apresentam entre as suas bases diretivas o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Na saúde, ressalta-se a publicação do Decreto 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8080, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitarão avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Outras Políticas da saúde somam-se aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional. A Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção à Saúde são orientadas nesse sentido (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Alimentar (IBFAN Brasil), a Organização Pan-Americana de Saúde, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e o Departamento de Atenção Básica, apresentaram em 2010 a **Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)**, como um instrumento para fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação complementar saudável de crianças pequenas no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010b).

A ENPACS tem como objetivo incentivar a orientação da alimentação complementar como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras (BRASIL, 2010b).

Considerando a prioridade nacional atribuída à alimentação complementar no momento atual, a disponibilidade de dados dos inquéritos AMAMUNIC e a possibilidade de em breve iniciar-se sua implementação no município de Botucatu, justifica-se o presente estudo. O momento atual é particularmente oportuno ao estudo da situação relativa à alimentação complementar no município de Botucatu, pois existem dados para sua descrição e avaliação, coletados em 2006 e 2010 e ainda não analisados.

O conhecimento da situação atual e da tendência recente (2006-2010) das práticas de alimentação complementar, irá preencher uma lacuna nas informações sobre a situação de saúde de lactentes no município de Botucatu e ampliar o conhecimento nacional. Ao apontar os aspectos mais negativos da AC no município, subsidiar-se-á a seleção das ações prioritárias a serem inseridas na atenção do pré-natal e de puericultura. Os resultados também permitem sua utilização como linha de base para a avaliação futura do impacto da implantação da ENPACS no município.

Além disso, identificar fatores associados às práticas positivas e negativas contribui para o conhecimento da complexa rede de fatores que influenciam estas práticas, permitindo que ações com maior potencial de impacto favorável sejam realizadas.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a adequação da alimentação complementar no município de Botucatu em 2006 e 2010 a partir dos dados do inquérito AMAMUNIC.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar e comparar indicadores de adequação da alimentação complementar em 2006 e 2010.
- Identificar fatores maternos, relativos às crianças e aos serviços associados à adequação das práticas de alimentação complementar em 2010.

Métodos

3. MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo com dados secundários no qual foram analisados e comparados dois inquéritos transversais metodologicamente equivalentes sobre a alimentação de crianças menores de um ano realizados em 2006 e 2010 junto a Campanhas Nacionais de Vacinação.

Os inquéritos em questão integram o projeto de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com coordenação do Instituto de Saúde, denominado “Amamentação e Municípios (AMAMUNIC)”. Este projeto visa o monitoramento da alimentação infantil para que gestores de serviços de saúde municipais possam refletir, planejar e avaliar as ações para apoio e incentivo da prática do aleitamento materno. Assim, o AMAMUNIC foi concebido como um instrumento para viabilizar uma das principais políticas públicas dirigidas à saúde da criança vigente no Brasil desde a década de oitenta: a política voltada para a promoção, proteção e apoio ao AM. Mas os dados disponibilizados também permitem avaliar a alimentação complementar, especialmente em menores de um ano.

Com os dados do AMAMUNIC, existe a possibilidade de conhecer o padrão de introdução de alimentos complementares e também características maternas que poderiam direcionar ações de promoção de práticas adequadas de alimentação complementar (SALDIVA *et al.*, 2007).

Os indicadores disponibilizados a cada inquérito são: distribuição das crianças menores de um ano segundo faixa etária; distribuição das crianças menores de um ano que receberam leite materno no dia anterior à coleta de dados; distribuição das crianças menores de quatro meses em AME, distribuição de crianças que receberam alimentação complementar adequada; distribuição de crianças menores de um ano que chuparam chupeta e que receberam qualquer alimento por mamadeira; distribuição das crianças menores de quatro meses com até quatro dias de permanência no hospital após o nascimento que receberam leite materno, outro tipo de leite, água, água com açúcar e chá no primeiro dia em casa; distribuição das crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo e completo segundo idade materna, paridade, escolaridade e trabalho materno; distribuição das

crianças menores de quatro meses em AME segundo local de nascimento e bairro onde residem.

Outras tabulações, análises de tendência e determinantes podem ser processadas posteriormente, de acordo com o interesse de cada município ou de pesquisadores interessados, desde que com a autorização prévia da autoridade local de saúde que administra o banco. Assim, o banco de dados sobre alimentação infantil produzido a cada aplicação do AMAMUNIC pertence ao município, sendo incentivada sua posterior análise com vistas a avaliar as ações pró-aleitamento em curso. Ao mesmo tempo, este banco integra um banco mais amplo, com dados relativos ao estado de São Paulo.

Em Botucatu, uma versão simplificada e pioneira, foi realizada em 1995, assumindo a responsabilidade por sua execução, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde e docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu. O segundo foi realizado pelo mesmo grupo, em 1999. Novos inquéritos ocorreram em 2004, 2006 e 2010, sendo que estes dois últimos ainda não foram analisados e constituem a fonte dos dados do presente projeto.

3.2. Fonte e coleta dos Dados

Nos dois inquéritos (2006 e 2010) em Botucatu, os dados primários foram coletados por funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (agentes comunitários de saúde), alunos de graduação dos cursos de enfermagem e nutrição, alunos de pós-graduação em enfermagem e residentes em saúde da família, previamente treinados e orientados por profissionais da Secretaria de Saúde e docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, que também atuaram como supervisoras de campo.

Os entrevistadores receberam treinamento realizado pelas supervisoras e um “Manual do Entrevistador”, fornecido pelo Instituto Saúde. Em 2006, foram treinados 97 entrevistadores que atuaram em 26 postos de vacinação; em 2010 foram treinados 79, que atuaram em 28 postos de vacinação.

Em ambos os inquéritos o instrumento para a coleta de dados foi muito semelhante. As questões versam sobre o consumo no dia anterior de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos. Para crianças acompanhadas pelas mães também foram incluídas questões referentes à situação de nascimento, utilização da

rede básica de saúde do município de Botucatu e dados socioeconômicos e demográficos.

Algumas alterações nos questionários foram introduzidas em 2008, pela coordenação do AMAMUNIC, de modo que existem diferenças entre 2006 e 2010, apontadas no Quadro 2. Considerou-se que tais diferenças não inviabilizam a comparabilidade dos estudos, mas devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Quadro 2. Diferenças das perguntas sobre consumo de alimentos presentes nos inquéritos de 2006 e 2010 utilizados no presente estudo.

Alimento	Ano	
	2006	2010
Água	-	Tomou água?
Água Pura	Tomou água pura?	-
Água com açúcar	Tomou água com açúcar?	-
Chá	Tomou chá?	Tomou chá?
Suco de frutas	Tomou suco de fruta?	Tomou suco de fruta natural ou água de côco?
Fruta em pedaço ou amassada	Comeu fruta em pedaço ou amassada?	Comeu fruta em pedaço ou amassada?
Leite de peito	Tomou leite de peito?	Tomou leite de peito?
Leite em pó	Este leite foi em pó?	-
Outro leite	Tomou outro leite que não o de peito?	Tomou outro leite?
Mingau	Tomou mingau ou leite engrossado com farinha?	Tomou mingau doce ou salgado?
Sopa ou papa de legumes	Tomou sopa ou papa de legumes?	Comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?
Comida	Comeu comida de panela?	Comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?
Sopa ou papa com carne	Tinha algum tipo de carne, por exemplo, frango, boi, peixe ou outra?	A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe, miúdos?
Comida com carne	Tinha algum tipo de carne, por exemplo, frango, boi, peixe ou outra?	A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe, miúdos?
Comida com feijão	Tinha feijão, caldo ou carço?	A comida tinha feijão em caldo ou grão?

(-) questão ausente neste inquérito

3.3. Local e realização do estudo

O município de Botucatu está situado na região centro sul do Estado de São Paulo. Tendo 127.370 habitantes (Censo IBGE/2010). Contava na época com três hospitais com maternidade: Hospital Regional Sorocabano e Hospital das Clínicas Unesp, ambos atendendo pelo SUS, e Hospital Santa Casa de Misericórdia, que atende a convênios e particulares. Nenhum desses hospitais detém o título Hospital Amigo da Criança. O município conta com 17 unidades na rede básica de saúde, sendo 08 Unidades Básica de Saúde e 09 Unidades Saúde da Família. Na Atenção Básica do município de Botucatu não há nenhuma unidade das citadas acima treinadas para implantação da ENPACS.

3.4. População de Estudo

Nos inquéritos AMAMUNIC realizados em Botucatu em 2006 e 2010, a população alvo consistiu em todas as crianças de 0 a 11 meses de vida, que compareceram a segunda etapa da Campanha Nacional de Multivacinação. Cabe ressaltar que, para a realização desses inquéritos, como o município de Botucatu possui uma população de crianças menores de um ano que não excede 4000 crianças, não foi necessário trabalhar com amostras, segundo procedimentos do AMAMUNIC.

Em 2006, estimavam-se 1711 crianças na faixa etária de zero a 11 meses e em 2010 estimavam-se 1526 crianças, tendo sido vacinadas 1712 e 1454 crianças, respectivamente. Foram obtidos dados válidos sobre a alimentação de 1310 crianças em 2006 e 1103 crianças em 2010, representando 76,6 % e 72,3% de cobertura do número estimado de menores de 1 ano, respectivamente. As taxas de cobertura pouco se modificaram tomando-se como denominador o número de menores de um ano vacinados na campanha: 76,5% em 2006 e 75,9% em 2010.

Por questões operacionais, as entrevistas foram feitas somente nos sábados, embora as Campanhas venham extendendo sua abrangência para a semana posterior ao sábado Dia de Campanha. As perdas, portanto, foram devidas a questões logísticas e não a recusas, pois o monitoramento e a coleta de dados sobre saúde infantil junto a Campanhas de Multivacinação têm sido realizados no

município com ampla aceitação da população nas últimas décadas (PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007; CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007).

3.5. Variáveis estudadas

As variáveis relativas às crianças e sua alimentação; às mães e aos serviços, utilizadas no presente estudo foram:

Criança:

- ❖ Idade (< 6; 6-8,9; 9-11,9 meses ou < 6 e >= 6 meses);
- ❖ Peso ao nascer (< 2500gr ou >= 2500gr);
- ❖ Tipo de parto (normal ou cesárea);
- ❖ Uso de chupeta e mamadeira/chuquinha (sim ou não);
- ❖ Mamou na primeira hora de vida (sim ou não);
- ❖ Aleitamento materno exclusivo (sim ou não);
- ❖ Aleitamento materno (sim ou não);
- ❖ Consumiu água, suco, chá, outro leite e/ou outros alimentos (sim ou não);
- ❖ Consistência da comida de sal: em pedaços, amassada, peneirada ou liquidificada;
- ❖ Tipo de comida: igual a da família, preparada somente para criança ou industrializada;
- ❖ Número de refeições com comida de sal;
- ❖ Comida com feijão, com carne e com legumes (sim ou não);
- ❖ Consumiu suco industrializado, refrigerante, café, alimento com açúcar/mel/melado/adoçante, bolacha/biscoito/salgadinho, outros alimentos (sim ou não).

Mãe:

- ❖ Idade (< 20 anos, 20 a 34,9 anos ou >= 35 anos);
- ❖ Escolaridade (< Fundamental, fundamental a médio incompleto, médio à superior incompleto ou superior completo);
- ❖ Paridade (primigesta ou múltipara).

Serviços:

- ❖ Hospital de nascimento (maternidade referência – SUS, hospital particular, maternidade baixo risco – SUS ou outros);
- ❖ Local de puericultura (particular ou rede pública)

3.6. Indicadores Utilizados

Com tais variáveis, foram construídos indicadores da qualidade/adequação das práticas de alimentação complementar. Tais indicadores tiveram como base os propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para estudos transversais, que dispõem de dados atuais, sobre alimentação infantil (*current status*), sendo esses dados obtidos através de um recordatório alimentar de 24 horas - não quantitativo. São recomendados 15 indicadores para avaliação da adequação das práticas alimentares em crianças de 0 a 23 meses de idade, sendo que oito são prioritários e sete opcionais. Dos 15 indicadores, 6 referem-se à AC (WHO,2008).

Ainda que se tenha tentado construir os indicadores da forma mais próxima possível aos propostos, em alguns casos foram necessárias adaptações, em função da estrutura dos questionários utilizados no projeto AMAMUNIC e dos dados disponíveis/não disponíveis. Os três indicadores que serviram de referência para os construídos nessa pesquisa foram: percentual de crianças de 6 a 8,9 meses e de 9 a 11,9 meses com consumo de alimentos sólidos, semi-sólidos e pastosos; percentual de crianças de 6 a 11,9 meses com consumo de alimentos fontes de ferro e diversidade mínima da dieta de crianças de 6 a 11,9 meses de idade.

Os indicadores de qualidade da alimentação complementar, utilizados neste estudo consideraram variáveis referentes ao consumo (sim, não) de:

- Leite do peito;
- Outro leite;
- Mingau;
- Fruta (em pedaço ou amassada);
- Suco de fruta natural ou água de coco;
- Comida de sal;
- Consistência da comida;
- Comida com carne;
- Comida com feijão.

Alimentação Complementar Precoce

O percentual de crianças menores de 6 meses de idade, com alimentação complementar precoce foi aferido pelo consumo dessas crianças de pelo menos um dos seguintes alimentos:

- (1) – Mingau
- (2) – Fruta (pedaço ou amassada)
- (3) – Suco natural de fruta ou água de coco
- (4) – Comida de sal
- (5) – Comida com carne
- (6) – Comida com feijão
- (7) – Comida com legumes (somente para o ano de 2010)

- (1) **Consumo de mingau entre crianças de 0 a 5,9 meses de idade:** proporção de crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram mingau no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram mingau no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (2) **Consumo de fruta entre crianças de 0 a 5,9 meses de idade:** proporção de crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram fruta (em pedaço ou amassada) no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram fruta no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (3) **Consumo de suco natural de fruta ou água de coco entre crianças de 0 a 5,9 meses de idade:** proporção de crianças de 0 a 5,9 meses de idade que receberam suco de fruta natural ou água de coco no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade que receberam suco natural de fruta ou água de coco no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (4) **Consumo de comida de sal entre crianças de 0 a 5,9 meses de idade:** proporção de crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram comida de sal no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram comida de sal no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (5) **Consumo de comida com carne entre crianças de 0 a 5,9 meses de idade:** proporção de crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram comida com carne no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram comida com carne no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (6) **Consumo de comida com feijão entre crianças de 0 a 5,9 meses de idade:** proporção de crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram comida com feijão no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram comida com feijão no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (7) **Consumo de comida com legumes entre crianças de 0 a 5,9 meses de idade:** proporção de crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram comida com legumes no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade que consumiram comida com legumes no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 0 a 5,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

Alimentação Complementar Adequada para crianças maiores de 6 meses

A adequação foi avaliada pelo consumo ou ausência do consumo de determinados alimentos, pelo número de refeições e consistência dos alimentos

consumidos, de modo a aferir a qualidade da dieta pelo conteúdo nutricional e aspectos positivos ou negativos à saúde dos alimentos ofertados e pela densidade energética, indiretamente aferida pela adequação da consistência dos alimentos consumidos. Foram calculadas as proporções de crianças segundo consumo de cada um dos grupos de alimentos e preparações investigadas:

- (8) **Consumo de mingau entre crianças de 6 a 11,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram mingau no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram mingau no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (9) **Consumo de fruta entre crianças de 6 a 11,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram fruta (em pedaço ou amassada) no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram fruta no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (10) **Consumo de suco natural de fruta ou água de coco entre crianças de 6 a 11,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam suco de fruta natural ou água de coco no dia anterior à pesquisa:

$$\frac{\text{Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam suco natural de fruta ou água de coco no dia anterior à pesquisa}}{\text{Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam essa questão)}}$$

- (11) **Consumo de comida de sal entre crianças de 6 a 11,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram comida de sal no dia anterior à pesquisa:

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram comida de sal no dia anterior à pesquisa
Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam essa questão)

- (12) **Consumo de comida com carne entre crianças de 6 a 11,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram comida com carne no dia anterior à pesquisa:

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram comida com carne no dia anterior à pesquisa
Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam essa questão)

- (13) **Consumo de comida com feijão entre crianças de 6 a 11,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram comida com feijão no dia anterior à pesquisa:

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram comida com feijão no dia anterior à pesquisa
Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam essa questão)

- (14) **Consumo de comida com legumes entre crianças de 6 a 11,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram comida com legumes no dia anterior à pesquisa:

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram comida com legumes no dia anterior à pesquisa
Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam essa questão)

Os indicadores seguintes foram então calculados:

- (15) **Consumo de alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas entre crianças de 6 a 8,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 8,9 meses de idade que consumiram alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas no dia anterior à pesquisa:

Crianças de 6 a 8,9 meses de idade que consumiram alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas no dia anterior à pesquisa

Crianças de 6 a 8,9 meses de idade (que responderam essa questão)

- (16) **Consumo de alimentos ricos em ferro entre crianças de 6 a 11,9 meses de idade:** proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram alimentos ricos em ferro (comida de sal com carne ou feijão) no dia anterior à pesquisa:

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram alimentos ricos em ferro no dia anterior à pesquisa

Crianças de 6 a 8,9 meses de idade (que responderam essa questão)

- (17) **Frequência Mínima de refeição 1:** proporção de crianças de 6 a 8,9 meses de idade que são amamentadas e recebem alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas o número mínimo de vezes (esse número mínimo de vezes é definido como: 2 vezes para bebês amamentados de 6 a 8,9 meses de idade) no dia anterior à pesquisa:

Crianças de 6 a 8,9 meses de idade amamentadas que recebem alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas pelo menos 2 vezes no dia anterior à pesquisa

Crianças de 6 a 8,9 meses de idade (que responderam questões referentes ao indicador)

- (18) **Frequência Mínima de refeição 2:** proporção de crianças amamentadas e não amamentadas de 9 a 11,9 meses de idade que recebem alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas o número mínimo de vezes (esse número mínimo de vezes é definido como: 3 vezes para crianças amamentados e 4 vezes para crianças não amamentadas de 9 a 11,9 meses de idade) no dia anterior à pesquisa:

Crianças amamentadas e não amamentadas de 9 a 11,9 meses de idade, que recebem alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas pelo menos 3 ou 4 vezes respectivamente, no dia anterior à pesquisa.

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam questões referentes ao indicador)

- (19) **Amamentação adequada para idade:** Proporção de crianças de 0 a 11,9 meses de idade que sejam adequadamente amamentadas (é a soma de aleitamento materno exclusivo com menos de 6 meses mais a proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam leite materno, bem como alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas) no dia anterior à pesquisa.

Crianças de 0 a 11,9 meses de idade que sejam adequadamente amamentados

Crianças de 0 a 11,9 meses de idade (que responderam questões referentes ao indicador)

Finalmente, para sintetizar a avaliação da qualidade da alimentação complementar e viabilizar a busca de fatores eventualmente favoráveis ou adversos ao consumo de AC adequada (variável dependente), construiu-se, dois indicadores sínteses (Indicador Síntese 1 e Indicador Síntese 2), mediante a combinação dos indicadores já descritos.

No indicador síntese 1, considerou-se que a criança atendia o quesito diversidade alimentar (que a sua vez esta indicando a adequação nutricional) quando havia consumido alimentos de pelo menos quatro de cinco grupos alimentares; para o indicador síntese 2 considerou-se que a criança atendia a esse mesmo quesito quando havia consumido alimentos dos cinco grupos estudados. Estes indicadores levam ainda em consideração a consistência dos alimentos.

Os grupos alimentares referidos acima foram:

Grupo 1 – Grãos, raízes e tubérculo (mingau, comida com legumes)

Grupo 2 – Feijão e nozes (comida com feijão)

Grupo 3 – Produtos lácteos (leite materno, leite em pó, outro leite)

Grupo 4 – Alimentos cárneos (comida com carne)

Grupo 5 – Frutas (suco de frutas, fruta em pedaço ou amassada)

(20) **Adequação da alimentação complementar - Indicador Síntese 1:**

Proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam alimentação com consistência adequada para sua idade e consumiram pelo menos quatro dos cinco grupos de alimentos estudados (A comida oferecida foi em pedaços ou amassada - SIM) + (IndicadorGrupos 4 ou 5), no dia anterior à pesquisa.

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam alimentação com consistência adequada para sua idade e consumiram pelo menos quatro dos cinco grupos de alimentos estudados, no dia anterior à pesquisa

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam questões referentes ao indicador)

(21) **Adequação da alimentação complementar - Indicador Síntese 2:**

Proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam alimentação com consistência adequada para sua idade e consumiram os cinco grupos de alimentos estudados (A comida oferecida foi em pedaços ou amassada - SIM) + (IndicadorGrupos 5), no dia anterior à pesquisa.

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam alimentação com consistência adequada para sua idade e consumiram os cinco grupos de alimentos estudados no dia anterior à pesquisa

Crianças de 6 a 11,9 meses de idade (que responderam questões referentes ao indicador)

3.7. Análise dos dados

A digitação dos questionários foi feita por um aluno de graduação do curso de medicina e pela autora desta dissertação, que também se responsabilizou pela análise de consistência do banco de dados, pela compatibilização dos dados de 2006 e 2010 e pelo processamento das análises.

A associação entre qualidade da AC (aferida por dois diferentes indicadores) e fatores de interesse, foi pesquisada por meio da comparação de frequências e avaliada pelo teste qui-quadrado, adotando-se $p < 0,05$ como nível de significância.

Os dados obtidos, foram digitados em planilha Excel e transportados para programa de análise estatística: SAS for Windows, versão 9.2.

3.8. Aspectos éticos

Como anteriormente apresentado, este é um estudo realizado com dados secundários provenientes de inquéritos referentes à Pesquisa “Prevalência e Determinantes do Aleitamento Materno no Estado de São Paulo – projeto AMAMUNIC”, da Secretaria de Estado da Saúde, pesquisa coordenada pelo Instituto de Saúde e aprovado originalmente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP. Houve autorização para a não utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, sendo a autorização para participação no estudo declarada verbalmente.

Os dois inquéritos realizados em Botucatu foram autorizados e implementados pela Faculdade de Medicina de Botucatu e Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. No caso da presente pesquisa, obteve-se autorização prévia do Secretário de Saúde e da coordenação geral do projeto AMAMUNIC para o acesso aos bancos de dados, e em seguida, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, com o número de protocolo FMB-PC-3827-2011.

Resultados

4. RESULTADOS

Foram estudadas 1310 crianças em 2006 e 1103 crianças em 2010. Suas principais características estão na Tabela 1. Predominaram crianças residentes no próprio município onde foram vacinadas, cujas mães estavam principalmente na faixa etária entre 20 e 35 anos e tinham escolaridade, na faixa de ensino médio completo a superior incompleto. Cerca de metade das crianças nasceram de cesárea e 10% com baixo peso ao nascer. Estas características não variaram de 2006 para 2010, exceto pelo aumento da proporção de cesáreas (45,4% para 50,2%) e aumento da proporção de mães na faixa de ensino médio completo à superior incompleto (38,4% para 46,9). Quanto ao local de nascimento, o predomínio foi observado nas maternidades de baixo risco que atendem pelo SUS, sem diferenças entre 2006 e 2010: 46,8% e 47,6%, respectivamente.

Tabela 1. Características das crianças estudadas em 2006 e 2010. Botucatu, 2010.

Variável	2006		2010	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	653	49,8	568	51,5
Feminino	657	50,2	535	48,5
Idade (meses)				
0 - 2,9	326	24,9	248	22,5
3 - 5,9	371	28,3	286	25,9
6 - 8,9	302	23,1	286	25,9
9 - 11,9	311	23,7	283	25,7
Total	1310	100,0	1103	100,0
Município de residência				
(2006 – n=1304)				
(2010 – n=1103)				
Botucatu	1279	98,1	1070	97,0
Outros	25	1,9	33	3,0
Tipo de parto				
(2006 – n=1291)				
(2010 – n=1079)				
Normal	705	54,6	537	49,8
Cesárea	586	45,4	542	50,2

Idade da mãe				
(2006 – n=1133)				
(2010 – n=942)				
< 20 anos	177	15,6	141	15,0
20 l- 35 anos	812	71,7	664	70,5
>= 35 anos	144	12,7	137	14,5
Paridade				
(2006 – n=1131)				
(2010 – n=940)				
Primigesta	503	44,5	450	47,9
Multipara	628	55,5	490	52,1
Escolaridade da mãe				
(2006 – n=1079)				
(2010 – n=940)				
< Fundamental	275	25,5	192	20,4
Fundamental a médio incompleto	267	24,7	185	19,7
Médio completo à superior incompleto	414	38,4	441	46,9
Superior ou mais	123	11,4	122	13,0
Peso ao nascer				
(2006 – n=1251)				
(2010 – n=1025)				
< 2500gr	121	9,7	117	11,4
>= 2500gr	1130	90,3	908	88,6
Local de Nascimento				
(2006 – n=1293)				
(2010 – n=1087)				
Referência - SUS	379	29,3	264	24,3
Hospital Particular	246	19,0	241	22,2
Baixo risco – SUS	605	46,8	518	47,6
Outros	63	4,9	64	5,9
Local de Puericultura				
(2006 – n=1299)				
(2010 – n=1023)				
Particular	320	24,6	298	29,1
Rede Pública	979	75,4	725	70,9

Na tabela 2 são apresentadas as proporções de crianças que consumiram os alimentos/preparações investigados segundo faixa etária. Entre menores de seis meses, em torno de 20% consumiram frutas e sucos, taxa um pouco abaixo (18,8%)

consumiu comida de sal. Em seguida, aparece mingau, consumido por 12,6% dos menores de seis meses, em 2006. Estas taxas não foram muito diferentes em 2010.

Entre crianças com seis meses ou mais, o consumo dos alimentos citados acima foi mais frequente: comida de sal 78,3%, suco de frutas e frutas em torno de 70%, em seguida, aparece mingau, com 38,9%. Os valores em 2010 foram diferentes, sendo que a proporção de crianças com consumo de suco de frutas diminuiu, passando de 74,7% para 59,5% enquanto a proporção que ingeriu comida de sal aumentou de 78,3% para 95,7%.

O consumo de comida preparada especialmente para criança foi dominante em menores de seis meses, que atingiu 89,7%, proporção que diminuiu para 62,3% nos maiores de seis meses. Sobre comida industrializada, a proporção que a consumiu foi pequena e apareceu somente em crianças na faixa etária de seis meses ou mais. Tais dados estão disponíveis apenas no inquérito de 2010.

Com relação à consistência da comida de sal, comida amassada alcançou valores em torno de 50%, tanto para menores de seis meses quanto para crianças com seis meses ou mais, respectivamente: 43,5% no ano de 2006 e 45,5% no ano de 2010; 48,9% em 2006 e 58,8% em 2010.

Sobre os alimentos utilizados para preparo da comida de sal, os dados diferiram bastante nos inquéritos 2006 e 2010. Ressalte-se que houve diferenças na forma de obtenção destas informações, o que deverá ser considerado na interpretação. Em menores de seis meses, a proporção de crianças que consumiam comida com carne foi de 14,8% e 57,8%, respectivamente em 2006 e 2010 e a proporção de crianças que consumiam comida com feijão foi de 27,6% e 62% nos dois anos de estudo.

Entre crianças com seis meses ou mais, em 2010, também mais crianças consumiram comida com carne e quanto ao consumo de comida com feijão houve uma diminuição, de quase 10 pontos percentuais de 2006 para 2010. Sobre o consumo de comida com legumes, dado disponível somente para 2010, a proporção foi alta, acima de 85% em menores de seis meses e em crianças com seis meses ou mais.

Tabela 2. Proporção de crianças menores de 12 meses que consumiram alimentos/preparações específicos no dia anterior segundo ano de estudo. Botucatu, 2010.

Alimentos/ preparações	2006 < 6 meses n=697		2010 < 6 meses n=534		2006 6 l- 12 meses n=613		2010 6 l- 12 meses n=569	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mingau^a	86	12,6	51	10,1	234	38,9	143	25,9
Fruta^a	144	21,2	111	21,9	434	72,3	432	77,1
Suco natural/água coco natural^a	149	21,7	98	19,3	453	74,7	333	59,5
Comida de Sal^a	127	18,8	110	21,9	474	78,3	540	95,7
Número vezes/dia de comida de sal^a								
1	-	-	58	56,3	-	-	87	16,8
2	-	-	41	39,8	-	-	376	72,6
3 ou +	-	-	4	3,9	-	-	55	10,6
Tipo de Comida^a								
Igual da família	*	*	11	10,3	*	*	197	37,3
Preparada para criança	*	*	96	89,7	*	*	329	62,3
Industrializada	*	*	0	0	*	*	2	0,4
Consistência da comida^a								
Em pedaços	4	3,1	3	3,0	113	23,6	115	22,2
Amassada	57	43,5	46	45,5	234	48,9	304	58,8
Peneirada	38	29,0	24	23,8	73	15,2	36	7,0
Liquidificada	32	24,4	28	27,7	59	12,3	62	12,0
Comida com carne^a	16	14,8	63	57,8	256	74,6	434	80,7
Comida com feijão^a	29	27,6	67	62,0	293	86,1	419	77,7
Comida com legumes^a	-	-	99	90,0	-	-	474	87,9

Observação: O n varia de acordo com *missings* para cada faixa etária e ano estudado sendo representado no Quadro 3.

(-) Não foi possível avaliar a variável para o ano estudado.

(*) Questão diferente entre os anos podendo ocasionar confusão na análise.

(^a) n representado no Quadro 3.

Para permitir o acesso a detalhes dos dados apresentados na Tabela 2, apresenta-se no Quadro 3, o número de crianças incluídas nas análises acima apresentadas. Pode-se perceber que o *n* variou para cada indicador/variável, em razão da ocorrência de taxas diferentes de não resposta ou *missings*.

Quadro 3. Número de crianças com dados válidos, segundo alimento/preparação/característica da preparação, faixa etária e ano estudado.

Alimentos / Preparações	2006	2010	2006	2010
	< 6 meses	< 6 meses	6 l- 12 meses	6 l- 12 meses
Mingau	680	503	601	552
Fruta	680	506	600	560
Suco natural/água coco natural	686	507	606	560
Comida de Sal	677	503	605	564
Número vezes/dia de comida de sal	-	103	-	518
Tipo de Comida	*	*	313	528
Consistência da comida	131	101	479	517
Comida com carne	108	109	343	538
Comida com feijão	105	108	340	539
Comida com legumes	-	110	-	539

Os dados sobre consumo de alimentos considerados inadequados, apresentados na Tabela 3, estão disponíveis apenas para 2010. Observou-se consumo freqüente destes alimentos, principalmente de bolacha/biscoitos/salgadinhos. Entre crianças com seis meses ou mais, 61,5% consumiram estes alimentos no dia anterior à pesquisa; quase 40% ingeriram algum alimento adoçado com açúcar; 19,9% tomaram suco industrializado e 9,4% ingeriram refrigerantes. Mesmo entre crianças menores de seis meses, o uso de açúcar foi relatado para 11,9% e 6,9% consumiram biscoitos.

Tabela 3. Proporção de crianças menores de 12 meses que consumiram alimentos não recomendados no dia anterior segundo ano de estudo. Botucatu, 2010.

Alimentos	2010 < 6 meses		2010 6 l- 12 meses	
	n	%	n	%
Suco industrializado (< 6 meses n = 514) (6 l- 12 meses n = 564)	14	2,7	112	19,9
Refrigerante (< 6 meses n = 512) (6 l- 12 meses n = 565)	1	0,2	53	9,4
Café (< 6 meses n = 513) (6 l- 12 meses n = 567)	4	0,8	43	7,6
Alimento com açúcar/mel/melado/adoçante (< 6 meses n = 512) (6 l- 12 meses n = 563)	61	11,9	222	39,4
Bolacha, biscoito ou salgadinho (< 6 meses n = 509) (6 l- 12 meses n = 563)	35	6,9	346	61,5
Outros alimentos (< 6 meses n = 510) (6 l- 12 meses n = 555)	35	6,9	208	37,5

Na Tabela 4 apresentam-se os dados sobre a introdução de alimentação complementar na idade adequada, que alcançou quase a totalidade das crianças de 6 a 8,9 meses em 2006 e em 2010. Este indicador contrasta com a avaliação da proporção que atingiu a frequência mínima de refeições, pois o número adequado só foi alcançado por 40,1% das crianças entre 6 e 9 meses e 13,9% na faixa etária seguinte. Estes dados não estão disponíveis para 2006. Quanto à presença de alimentos ricos em ferro na alimentação de sal, a proporção alcançou 92,9% das crianças de 6 a 11,9 meses em 2010, mas em 2006 não atingiu 50%. Novamente, deve-se lembrar que há diferenças nos inquéritos quanto à forma de aferir estas

informações. Sintetizando os indicadores de aleitamento materno, a proporção de crianças com amamentação adequada para a idade, foi de 40,5% em 2006, subindo para 41,4% em 2010. Já a proporção de crianças que utilizaram mamadeiras aumentou do ano de 2006 para 2010, de 48,8% para 65,1%.

As proporções de crianças com alimentação complementar adequada, aferida pelos indicadores síntese 1 e 2 foram de 67,0 e 38,0%, respectivamente (dados só disponíveis para 2010).

Tabela 4. Indicadores de qualidade da alimentação complementar e aleitamento materno de crianças menores de um ano no município de Botucatu em 2006 e 2010.

Indicadores	2006		2010	
	n	%	n	%
Proporção de crianças de 6 a 8,9 meses que recebem alimentos sólidos, semi-sólidos e papas (2006 n = 301) (2010 n = 284)	301	100,0	284	100,0
Proporção de crianças de 6 a 8,9 meses com a frequência mínima de refeição (n = 284)	-	-	114	40,1
Proporção de crianças de 9 a 11,9 meses com a frequência mínima de refeição (n = 280)	-	-	39	13,9
Proporção de crianças de 6 a 11,9 meses com consumo de alimentos ricos em ferro (carnes/feijão) (2006 n = 609) (2010 n = 568)	303	49,7	528	92,9
Proporção de crianças < 12 meses que utilizam mamadeira (2006 n = 1293) (2010 n = 1089)	631	48,8	709	65,1
Proporção de crianças com amamentação adequada para idade (2006 n = 1306) (2010 n = 1100)	529	40,5	456	41,4

Proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam alimentos com consistência adequada e pelo menos 4 de 5 grupos avaliados (síntese 1) (n = 531)	-	-	356	67,0
Proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que receberam alimentos com consistência adequada e os 5 grupos avaliados (síntese 2) (n = 531)	-	-	202	38,0

(-) dados não disponíveis para o ano estudado.

Na tabela 5 estão os resultados das análises que buscaram verificar a existência de associação entre alimentação complementar adequada e características das mães. Observou-se que, a proporção de crianças com alimentação complementar adequada (Indicador síntese 1) não variou, segundo escolaridade ($p = 0,1584$), idade ($p = 0,7252$) e trabalho materno ($p = 0,2124$). Houve associação com paridade ($p = 0,0249$), sendo a situação mais favorável observada nas primíparas.

Não houve diferenças nas proporções de crianças com alimentação adequada e características das crianças: peso ao nascer ($p = 0,3167$), tipo de parto ($p = 0,1257$), ter mamado na primeira hora de vida ($p = 0,8595$) e uso de chupeta ($p = 0,5407$). (Tabela 6).

Na tabela 7, pode-se notar diferença na frequência de crianças com alimentação complementar adequada (Indicador síntese 1) segundo local de nascimento ($p = 0,0568$), sendo a situação desfavorável entre crianças nascidas na atenção terciária, em maternidade de referência para nascimento de alto risco pelo SUS. Não houve diferenças quando considerado o local de puericultura ($p = 0,3013$).

As mesmas análises foram realizadas tomando-se como variável o indicador síntese 2. Pode-se notar que, a proporção de crianças com alimentação complementar adequada, não variou segundo escolaridade ($p = 0,9497$), idade ($p = 0,1297$), trabalho materno ($p = 0,3393$) e paridade ($p = 0,5182$). (Tabela 8).

Na tabela 9, novamente, pode-se constatar ausência de associação entre adequação da alimentação complementar, indicador síntese 2, e características das

crianças: peso ao nascer ($p = 0,3585$), tipo de parto ($p = 0,3932$), ter mamado na primeira hora de vida ($p = 0,7412$) e uso de chupeta ($p = 0,2908$).

Variáveis referentes a serviços de saúde – local de nascimento e local de puericultura – também não se associaram (Tabela 10) com proporção de crianças com alimentação complementar adequada, aferida pelo indicador síntese 2 (local de nascimento, $p = 0,2728$ e local de puericultura, $p = 0,2056$).

Tabela 5. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 1) de crianças de 6 a 11,9 meses e características maternas. Botucatu, 2010.

Variáveis	Síntese 1				Valor p	Teste Exato de Fisher's
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Escolaridade						
< Fundamental	54	68,4	25	31,6	0,1584	
Fundamental a médio incompleto	47	57,3	35	42,7		
Médio à superior incompleto	145	69,1	65	30,9		
Superior ou mais	52	73,2	19	26,8		
Idade						
< 20 anos	39	68,4	18	31,6	0,7252	
20 l- 35 anos	216	68,1	101	31,9		
>= 35 anos	43	63,2	25	36,8		
Trabalho						
Trabalha fora	104	72,7	39	27,3	0,2124	
Não trabalha fora	186	64,6	102	35,4		
Licença Maternidade	6	75,0	2	25,0		
Paridade						
Primigesta	155	72,4	59	27,6	0,0249	0,0258
Múltipara	141	62,4	85	37,6		

Tabela 6. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 1) e características das crianças de 6 a 11,9 meses. Botucatu, 2010.

Variáveis	Síntese 1				Valor p	Teste Exato de Fisher's
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Peso ao nascer						
< 2500gr	34	61,8	21	38,2	0,3167	0,3583
>= 2500gr	296	68,5	136	31,5		
Tipo de parto						
Normal	153	64,3	85	35,7	0,1257	
Cesárea	196	70,3	83	29,7		
Mamou na 1ª hora de vida						
Sim	227	67,4	110	32,6	0,8595	0,9121
Não	88	68,2	41	31,8		
Uso de chupeta						
Sim	171	65,8	89	34,2	0,5407	0,5798
Não	185	68,3	86	31,7		

Tabela 7. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 1) e variáveis referentes aos serviços de saúde utilizados para o nascimento e acompanhamento de puericultura. Botucatu, 2010.

Variáveis	Síntese 1				Valor p	Teste Exato de Fisher's
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Local de Nascimento						
Referência - SUS	67	57,3	50	42,7	0,0531	0,0568
Baixo risco - SUS	164	68,1	77	31,9		
Hospital particular	96	73,3	35	26,7		
Outros	24	70,6	10	29,4		
Local de Puericultura						
Particular	116	71,2	47	28,8	0,3101	0,3013
Rede Pública	198	64,3	110	35,7		
Outros	16	64,0	9	36,0		

Tabela 8. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 2) de crianças de 6 a 11,9 meses e características maternas. Botucatu, 2010.

Variáveis	Síntese 2				Valor p	Teste Exato de Fisher's
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Escolaridade						
< Fundamental	29	36,7	50	63,3	0,9497	0,9525
Fundamental a médio incompleto	30	36,6	52	63,4		
Médio à superior incompleto	83	39,5	127	60,5		
Superior ou mais	28	39,4	43	60,6		
Idade						
< 20 anos	19	33,3	38	66,7	0,1297	0,1355
20 l- 35 anos	131	41,3	186	58,7		
>= 35 anos	20	29,4	48	70,6		
Trabalho						
Trabalha fora	61	42,7	82	57,3	0,3393	0,3842
Não trabalha fora	105	36,5	183	63,5		
Licença maternidade	2	25,0	6	75,0		
Paridade						
Primigesta	85	39,7	129	60,3	0,5182	0,5563
Múltipara	83	36,7	143	63,3		

Tabela 9. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 2) e características das crianças de 6 a 11,9 meses. Botucatu, 2010.

Variáveis	Síntese 1				Valor p	Teste Exato de Fisher's
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Peso ao nascer						
< 2500gr	18	32,7	37	67,3	0,3585	0,3813
>= 2500gr	169	39,1	263	60,9		
Tipo de parto						
Normal	85	35,7	153	64,3	0,3932	0,3952
Cesárea	113	40,5	166	59,5		
Mamou na 1ª hora de vida						
Sim	131	38,9	206	61,1	0,7412	0,7509
Não	48	37,2	81	62,8		
Uso de chupeta						
Sim	93	35,8	167	64,2	0,2908	0,3255
Não	109	40,2	162	59,8		

Tabela 10. Associação entre qualidade da alimentação complementar (indicador síntese 2) e variáveis referentes aos serviços de saúde utilizados para o nascimento e acompanhamento de puericultura. Botucatu, 2010.

Variáveis	Síntese 2				Valor p	Teste Exato de Fisher's
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Local de Nascimento						
Referência - SUS	36	30,8	81	69,2		
Baixo risco - SUS	95	39,4	146	60,6		
Hospital particular	54	41,2	77	58,8	0,2728	0,2622
Outros	15	44,1	19	55,9		
Local de Puericultura						
Particular	70	42,9	93	57,1		
Rede Pública	108	35,1	200	64,9	0,2056	0,2122
Outros	8	32,0	17	68,0		

Discussão

5. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a qualidade e a tendência das práticas da alimentação complementar no município de Botucatu em período recente, 2006 e 2010, a partir de inquéritos transversais sobre alimentação infantil realizados em Dias Nacionais de Vacinação. Os dados apontam situação distante das recomendações e evolução negativa de alguns indicadores, com destaque para o percentual de crianças com alimentação complementar precoce. Houve ligeiro aumento da proporção de crianças menores de seis meses que consomem fruta, comida de sal, comida com carne, comida com feijão. Apesar da pequena redução de consumidores de mingau e suco de fruta nesta faixa etária, interrompeu-se a tendência crescente do aleitamento materno exclusivo que vinha sendo observada no município desde que começaram os inquéritos locais sobre alimentação infantil, em 1995 (FERREIRA; PARADA ; CARVALHAES, 2007).

No caso das práticas de alimentação complementar em crianças de 6 a 11,9 meses, houve algumas melhorias, como elevação do percentual de crianças que receberam alimentos sólidos/semi-sólidos, pequena redução da proporção que consumiu mingau e suco de fruta e aumento dos consumidores de fruta e comida com carne. Mas diminuiu o número de crianças que consumiram comida com feijão, aspecto negativo. Os indicadores referentes ao consumo de alimentos com açúcar, biscoitos, refrigerantes e sucos industrializados, avaliados apenas em 2010, são ainda mais negativos e preocupantes.

A validade dos resultados acima sintetizados para a população de crianças menores de 12 meses do município se apóia na utilização de metodologia adotada com sucesso por muitos estudos brasileiros, mas pode ter sido afetada pela redução da cobertura dos inquéritos de 2006 e 2010, em comparação aos inquéritos precedentes, em 1999 e 2004 (FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007). A hipótese é que a extensão do “Dia de Vacinação” ao longo de uma semana, nas unidades básicas de saúde, tenha levado parte da população a optar por não comparecer no sábado, quando os dados foram coletados. Recomenda-se que, nos próximos inquéritos, a coleta de dados continue na semana posterior ao sábado da campanha, o que vai exigir uma reformulação da logística utilizada para aplicação do AMAMUNIC no município.

A análise da tendência dos indicadores de 2006 e 2010 também tem limitações decorrentes das diferenças dos instrumentos de coleta utilizados nos dois inquéritos. Em especial, a mudança na forma de indagar sobre o consumo de comida salgada, em 2006, havia questões diferentes para consumo de sopas/papas e comida salgada e em 2010 uma única questão indagou sobre consumo de comida – sopa, papa ou da família, pode ter afetado em algum grau os resultados.

As perguntas referentes a consumo de suco e mingau também foram modificadas, ainda que mais sutilmente. Sobre suco, em 2006 a pergunta era “Tomou suco de fruta” e em 2010 foi modificada para “Tomou suco de fruta natural ou água de coco”. E sobre o consumo de mingau, em 2006 era “Tomou mingau ou leite engrossado com farinha” e no ano de 2010 “Tomou mingau doce ou salgado”. Tais diferenças devem ser lembradas quando, a tendência de consumo destes específicos alimentos são analisadas.

No caso dos indicadores que levam em conta a diversidade alimentar (Indicador síntese 1 e 2), vale ressaltar que houve a possibilidade de subestimação das proporções obtidas, devido ao fato de que os questionários não abordarem de forma exata todas os possíveis grupos alimentares, como por exemplo: não há pergunta específica sobre consumo de hortaliças cruas, derivados de leite (ex: queijo, iogurte), ovos, arroz/macarrão, pão, entre outros. A adaptação dos questionários utilizados pelo AMAMUNIC para melhor obtenção de todos os dados necessários para a utilização dos indicadores preconizados pela OMS deve ser apoiada, mas, na medida do possível, evitando-se mudanças que afetem a validade das análises de tendência temporal entre inquéritos ou tornem as entrevistas excessivamente longas.

Além dos indicadores preconizados pela OMS, sugere-se continuar e ampliar o monitoramento do consumo de refrigerantes, biscoitos, balas e bombons, embutidos e carnes processadas (salsicha/mortadela/presunto, “nuggets”), macarrão instantâneo, entre outros alimentos e preparações industrializadas inadequados à saúde infantil, pois sua utilização tem sido crescente em adultos (IBGE, 2011), sendo lícito supor que também possam estar sendo inseridos na alimentação de lactentes brasileiros. Os resultados em Botucatu apontam claramente nesta direção.

O fato de quase a totalidade das crianças estudadas residirem no próprio município apóia a representatividade local dos inquéritos e permite continuar sua

utilização para, inclusive, o monitoramento futuro de eventuais intervenções de promoção da alimentação complementar saudável que venham a ser desenvolvidas em Botucatu.

Na comparação com dados nacionais, obtidos em 2008, para as capitais e o Distrito Federal, a situação em Botucatu não se diferencia muito. Por exemplo, a proporção de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que consumiram fruta amassada ou em pedaços foi 72,3% em 2006 e 77,1% em 2010 em Botucatu; a média nacional foi 74,5%, em 2008. Além disso, os valores médios nacionais variaram segundo regiões, sendo menores, nas regiões Norte 67,1% e Nordeste 67,5% e maiores nas regiões Centro Oeste 81,8% e Sul 82%. O resultado em Botucatu no ano 2010 foi próximo ao da região Sudeste (77,5%), região onde este município está localizado. Ressalte-se que, para permitir essa comparação, foi necessário interpolar os dados nacionais e regionais, calculando-se a média aritmética das proporções apresentadas para crianças de 6 a 8,9 e 9 a 11,9 meses (BRASIL, 2009b) no estudo nacional.

Ainda analisando o mesmo indicador - % de crianças que consumiram fruta -, a situação em Botucatu para crianças menores de 6 meses de idade (21,2% para o ano de 2006 e 21,9% para o ano de 2010) é bastante desfavorável, com taxas acima da média nacional (13,1%) e das regiões Norte 9,5%, Nordeste 12%, Centro Oeste 13,7%, Sudeste 14,7% e Sul 14,2% (BRASIL, 2009b). Porém, não foi observada situação tão negativa quanto à relatada para Florianópolis em 2004, onde 80% das crianças com menos de seis meses de idade consumiam fruta ou suco natural de fruta (CORRÊA *et al.*, 2009).

O consumo de frutas constitui um desafio a ser enfrentado na promoção da AC saudável, pois se trata de grupo de alimentos bastante saudável e recomendado após os seis meses e desaconselhado enfaticamente antes de seis meses. De acordo com os dados analisados, no município de Botucatu, por exemplo, deve-se ao mesmo tempo desencorajar seu oferecimento no primeiro semestre de vida e incentivar o consumo entre maiores de seis meses de idade, faixa etária na qual a proporção de consumidores foi decrescente (cerca de 70% em 2006 e 60% em 2010) e menor do que a média do Estado (87% em 2004) estimada com base em dados de 136 municípios (SALDIVA *et al.*, 2007).

No que se refere ao indicador “percentual de crianças que consomem comida de sal”, os dados indicam situação mais confortável em Botucatu do que a observada para a média do país, sendo também necessário desaconselhar seu consumo em menores de seis meses, mas a promoção do oferecimento de comida salgada após os seis meses parece desnecessária, na medida em que o consumo foi quase universal nesta faixa etária, em 2010.

A introdução precoce de papas ou comida salgada constitui um problema nacional, mas a situação na região Sudeste é a mais negativa, de acordo com a pesquisa nacional de 2008, já referida. Foi observado, no Sudeste, o triplo de crianças menores de seis meses recebendo estas preparações em comparação com a região Norte, que apresentou a menor prevalência. No conjunto das capitais brasileiras e DF, 11,2% das crianças menores de seis meses apresentaram este consumo, metade da proporção observada em Botucatu em 2010. Já o início tardio da oferta de comida de sal é um problema grave na região Nordeste, a pior situação (67,9%), e menos importante na região Sul e Sudeste, como também verificado em Botucatu.

Em síntese, a tendência, do indicador percentual de crianças com introdução precoce de comida de sal em Botucatu é preocupante, já que desde 2004 as prevalências estão em torno de 18-20%, sem melhorias (PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007). Mas, a evolução do indicador para crianças de 6 a 11,9 meses é positiva, pois, no que se refere à introdução tardia, os dados indicam situação favorável. Entretanto, para outros indicadores, que buscaram aferir a qualidade da alimentação complementar ofertada aos maiores de seis meses, os dados são negativos, com problemas relacionados à consistência das preparações e tipo de alimentos ofertados, incluindo o consumo por elevadas proporções de crianças de alimentos industrializados não saudáveis, como biscoitos e sucos artificiais.

Com relação à consistência da comida salgada, a OMS recomenda que aos seis meses os lactentes recebam alimentos semi-sólidos e macios (sob a forma de purê), podendo ser amassados, porém nunca liquidificados ou coados (WHO, 1998). A partir dos oito meses, a criança deve receber alimentos grosseiramente amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). Apesar do predomínio da utilização de comida amassada, em 2010, proporções não desprezíveis de crianças de 6 a 11,9 meses de idade receberam comida liquidificada (12%).

Quanto ao consumo de comida com carne, de 2006 para 2010 houve aumento da proporção de consumidores, nas duas faixas etárias, fato esse importante e positivo. A partir do momento que a criança começa a receber qualquer outro alimento, a absorção do ferro do leite materno reduz significativamente; por esse motivo, a oferta diária de carnes, ou vísceras e miúdos, mesmo que seja em pequena quantidade, é muito importante. De acordo com as diretrizes brasileiras atuais, a alimentação da criança de 6 a 23,9 meses deve incluir vísceras e miúdos (ex. fígado, coração, moela) no mínimo uma vez por semana (BRASIL, 2010a).

A situação em Botucatu em relação ao consumo de comida com carne foi melhor do que a média para o Estado (apenas 36%, em 2008). A promoção da inclusão de carne e vísceras/miúdos na alimentação infantil, embora não prioritária, deve acontecer localmente, para maior avanço nos indicadores. Está é também uma das ações, ao lado da promoção do aleitamento materno exclusivo e da utilização de suplementos profiláticos, preconizadas para redução da anemia em lactentes, problema nutricional altamente prevalente em nosso país e município (BRASIL, 2009a).

A comida salgada deve conter, também, leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão de bico) (BRASIL, 2010a). É assim, preocupante, a tendência de redução do percentual de consumidores de comida com feijão, observada em Botucatu no período 2006 a 2010, apesar da situação ainda estar melhor do que a média do estado de São Paulo, onde 58% relataram o consumo de comida com feijão (SALDIVA *et al.*, 2007).

Em termos nacionais, a situação dos indicadores de alimentação complementar em Botucatu se alinha aos dados da região Sudeste, sendo a situação mais favorável do que a reportada para o estado de São Paulo em 2008, quando consideradas apenas crianças com 6 ou mais meses de idade.

A comparação dos dados locais com resultados de estudos internacionais evidencia que há problemas comuns. Em uma recente publicação, a OMS apresentou dados de 13 indicadores relativos às práticas alimentares em crianças de 0 a 23 meses, obtidos em 46 países pelas Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) conduzidas entre 2002 e 2008 (WHO, 2010). No que diz respeito a prática da alimentação complementar, em crianças de 6 a 11,9 meses de idade, foram avaliados três indicadores: consistência da dieta de 6 aos 8,9 meses, amamentação

adequada para idade em crianças menores de 12 meses idade e uso de mamadeira em crianças menores de 12 meses de idade. Alta proporção de crianças acima de seis meses recebendo alimentos sólidos ou papas também foi observada em países como Filipinas em 2008 (90,7%), Zâmbia em 2007 (90,3%) e Zimbábue em 2005-2006 (91,5%) (WHO, 2010), sugerindo que, também em âmbito internacional, mesmo em países em desenvolvimento, o início tardio da AC é problema menor do que seu inverso, o início precoce.

Quanto ao indicador amamentação adequada para a idade, que soma crianças menores de seis meses em aleitamento materno exclusivo e em aleitamento materno com alimentação complementar a partir desta idade, os dados encontrados em Botucatu (40,5% em 2006 e 41,4% em 2010) são bastante negativos, pois em uma escala dos países com as piores para as melhores taxas referentes a este indicador, o município de Botucatu só está na frente de quatro países, e apresenta percentual semelhante a Marrocos em 2003/2004, com 41,3%, República da Moldova em 2005/2006 (36,6%), Jordânia em 2007 (35,6%), República Dominicana em 2007 (22,6%) e Azerbaijão em 2006 (22,1%) (WHO, 2010).

O pior desempenho dos indicadores que combinam a avaliação do aleitamento materno e da alimentação complementar em relação aos indicadores exclusivos de alimentação complementar se deve principalmente a taxas de aleitamento materno insatisfatórias. Deve-se lembrar que no caso do indicador “amamentação adequada para a idade” é computada apenas a presença/ausência da AC nas duas faixas etárias e não a adequação das preparações e alimentos ofertados. A comparação de Botucatu com dados relativos ao estado de São Paulo indica posição semelhante à média (SALDIVA, *et al.*, 2007), quanto à proporção de crianças com amamentação adequada para a idade.

As prioridades para o município, de acordo com os resultados obtidos seriam: 1-promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida dando destaque aos malefícios da oferta precoce de quaisquer alimentos, mesmo aqueles que com um pouco mais de tempo de vida serão importantes, necessários e saudáveis, como as frutas. Isto não significa deixar de apontar as qualidades e benefícios do leite materno, mas de também abordar, já no pré-natal e nos primeiros meses de vida, as recomendações atuais referentes à alimentação complementar; 2-desenvolver ações na atenção à saúde infantil visando encorajar o

consumo diário de comida com carne, com feijão e com hortaliças a partir de seis meses; 3-alertar a população e as mães, com ações nos serviços de saúde e na comunidade, sobre os riscos associados ao consumo de alimentos como sucos artificiais e refrigerantes, doces, biscoitos, salgadinhos.

Os alimentos industrializados acima referidos podem tirar o apetite da criança e competir com os alimentos nutritivos, além disso seu consumo está associado à anemia, ao excesso de peso, às alergias alimentares e, na adolescência, com doenças crônicas não transmissíveis como dislipidemias, hipertensão e diabetes (BRASIL, 2010a). Há ainda o fato de, pelas características sensoriais destes alimentos, uma vez tornando-se um hábito, deixar de consumi-los será sempre muito difícil.

Um desafio metodológico do presente estudo foi encontrar um indicador de adequação da alimentação complementar para aferir ao mesmo tempo: a oportunidade de sua oferta, em termos da idade da criança; a adequação nutricional da dieta às necessidades do lactente; a adequação das escolhas alimentares em função de seus efeitos de curto e longo prazo sobre a saúde. Há limitações decorrentes dos dados obtidos pelo AMAMUNIC, por exemplo, eles não permitem avaliar a adequação do número de refeições, requisito para alcance das necessidades nutricionais de micro e macro nutrientes. Ainda que com limitações, foram construídos dois indicadores síntese: as crianças foram classificadas como recebendo AC adequada quando receberam 4 (indicador síntese 1) ou 5 (indicador síntese 2) alimentos de 5 diferentes grupos alimentares, na idade recomendada e com a consistência adequada. Os resultados indicaram que em torno de 67% ou de 38% receberam AC adequada, conforme o indicador.

Mais do que definir a proporção de crianças com AC inadequada, a utilidade de um indicador síntese seria permitir a identificação de fatores de risco para um conjunto de práticas inadequadas (ou de proteção de práticas adequadas), auxiliando a compreensão dos determinantes das práticas de alimentação complementar.

Considerando os dados disponíveis no AMAMUNIC, foram realizadas análises para identificação de eventuais associações entre fatores maternos, relativos às crianças e aos serviços de saúde e adequação da AC. Os resultados foram frustrantes: houve apenas associação entre adequação da AC, aferida pelo

indicador síntese 1, menos exigente, com número de filhos, sendo a situação mais favorável observada nas primíparas, e com local de nascimento, com dados desfavoráveis aos nascidos em maternidade de referência para partos de alto risco. Os demais fatores pesquisados não se relacionaram com a situação da AC, já nas análises bivariadas.

Pode-se explicar a associação entre adequação da AC e local de nascimento, pelo fato de, nascerem na maternidade de referência, muitas crianças prematuras, ou com outras condições adversas, condições que sabidamente influem negativamente sobre a duração do aleitamento materno e, possivelmente, também sobre a alimentação complementar.

A situação mais favorável em primeiros filhos é mais difícil de compreender. Em geral, número de filhos tem relação positiva com duração do aleitamento materno, sugerindo que a experiência atua no sentido de facilitar práticas adequadas. Mas no caso na alimentação complementar, isto pode não ser verdadeiro. Mais estudos precisam explorar a hipótese de que as primíparas podem ter mais propensão ou facilidade para adotar as orientações atuais para alimentação complementar. Por outro lado, é preciso examinar a influência de possíveis fatores de confusão, como idade, escolaridade, etc.

O fato de escolaridade materna não ter se associado à adequação da AC é surpreendente, pois mais anos na escola significam mais conhecimentos e informações sobre saúde, maior valorização das recomendações de profissionais, mais acesso a bens, inclusive alimentos e serviços de saúde, aspectos que podem facilitar a adoção de práticas positivas de cuidado e alimentação infantil. A associação positiva, entre escolaridade materna e aleitamento materno exclusivo, tem sido observada no país, em várias localidades brasileiras (DAMIÃO, 2008; ESCOBAR *et al.*, 2002). Novamente, podem existir diferenças nos determinantes do aleitamento materno e da alimentação complementar, mas as limitações do presente estudo - desenho transversal e a fragilidade do indicador síntese de adequação da alimentação complementar utilizado - não permitem ainda afirmações sobre a influência (ou sua ausência) da escolaridade materna sobre práticas de AC, sendo necessários mais estudos.

Recomendações

6. RECOMENDAÇÕES

É grande o desafio que está posto para as ainda incipientes políticas públicas dirigidas à promoção da alimentação saudável, uma vez, que são necessárias melhorias em praticamente todos os indicadores estudados.

A assistência à saúde das crianças é uma tarefa prioritária para os serviços de saúde municipais, por ser esse um período de vida em que ações podem ser decisivas para que se tenha uma adequada qualidade de vida, na infância e na futura vida adulta.

Organizar e planejar o atendimento de puericultura com o olhar focado na alimentação complementar significa ter um atendimento diferenciado para a criança, reconhecer as situações de risco de uma alimentação complementar inadequada e valorizar ações educativas. Assim como é reconhecido para o aleitamento materno, é preciso iniciar a promoção da alimentação complementar saudável antes da idade de sua efetiva introdução, de modo a criar uma valorização das práticas saudáveis. Ações de promoção junto à população em geral da alimentação complementar saudável devem ser desenvolvidas, contribuindo para criação de um ambiente cultural favorável às práticas adequadas. Ações destinadas a apoiar mães e cuidadores para iniciação com sucesso da AC também devem ser desenvolvidas, sugerindo-se a realização de oficinas de culinária e grupos de mães, entre outras.

Em especial, a ENPACS, estratégia nacional que prevê a capacitação das equipes de saúde da família para promoção da alimentação complementar saudável, deve ser implantada em toda a rede de atenção primária do município e os dados da situação em 2010 adotados como linha de base para a posterior avaliação de sua efetividade.

Conclusão

7. CONCLUSÃO

O resultado deste estudo permitiu conhecer a tendência e os determinantes das práticas de alimentação complementar em crianças menores de 12 meses no município de Botucatu nos anos de 2006 e 2010.

Este estudo identificou que a alimentação complementar precoce (antes do 6º mês de vida) no município de Botucatu apresentou piora entre os anos estudados pois houve aumento do consumo de vários alimentos como: fruta, comida de sal, comida com carne e comida com feijão. Enquanto que, para as crianças de 6 a 11,9 meses de idade, a alimentação complementar melhorou em vários aspectos, como aumento do consumo de fruta, comida de sal, comida com carne, alimentos com ferro e também houve aumento na amamentação para essa faixa etária. Mas algumas variáveis diminuíram como suco de fruta e comida com feijão.

É de fundamental importância conhecer e monitorar as práticas de alimentação complementar, por essa razão as políticas de alimentação e nutrição dirigidas ao público infantil devem ser avaliadas e reestruturadas sempre que necessário.

É necessário investir cada vez mais na melhoria e padronização dos instrumentos de coleta de dados, para que essa prática seja registrada com mais detalhamento e para que permitam a construção de novos indicadores propostos pela OMS.

Referências

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, P.C.; CASTRO, L.M.C.; DAMIÃO, J.J. Alimentação complementar oportuna e consumo de alimentos ricos em ferro e facilitadores de sua absorção no município do Rio de Janeiro. **Ceres**, v. 5, n. 1, p. 5-17, 2010.

BERCINI, L.O. et al. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.6, Supl. 2, p. 404-410, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos de idade**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 154f.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: Departamento de Ciência e Tecnologia, 2008. 583 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: nutrição infantil: Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série A, normas e manuais técnicos. Caderno de atenção básica, nº 23).

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dez Passos para uma alimentação saudável, um guia alimentar para crianças menores de dois anos: Um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2.ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, ENPACS - **Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável**. Brasília, 2010b. (Caderno do Tutor).

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAN** – Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUNKEN, G.S.; SILVA, S.M.; VENÂNCIO, S.I. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **J. Pediatr.**, v. 82, n. 6, p. 445-451, 2006.

CAMILO, D.F. et al. Prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos vacinadas nos centros de saúde escola. **Rev. Nutr.**, v.17, n.1, p. 29-36, jan./mar. 2004.

CARVALHAES, M.A.B.L.; PEROSA G.B.; SILVEIRA, F.C.P. Comportamentos maternos e infantis durante alimentação: estudo mediante observação. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 8, n. 3, p. 411-418, 2009.

CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L.; COSTA, M.P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 62-69, 2007.

CORRÊA, E.N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 27, n. 3, p. 258-264, 2009.

CRUZ, M.C.C.; ALMEIDA, J.A.G.; ENGSTROM, E.M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev. Nutr.**, v. 23, n.2, p. 201-210, 2010.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008.

DIAS, M.C.A.P. FREIRE, L.M.S. (In memoriam); FRANCESCHINI, S.C.C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 3, p. 475-486, 2010.

ESCOBAR, A.M.U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 2, n. 3, p. 253-261, 2002.

FERREIRA, L; PARADA, C.M.G.L; CARVALHAES, M.A.B.L. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. **Rev. Nutr.**, v. 20, n. 3, p. 265-273, 2007.

GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G. Alimentação complementar. **J. Pediatr.**, v.76, Supl. 3, p. 253-262, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009**: avaliação nutricional da disponibilidade de alimentos no Brasil. Brasília: IBGE, 2011.

MONTE, C.M.; GIUGLIANI, E.R. Recomendações para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr.**, v. 80, Supl. 5, p.131-41, 2004.

NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.**, v. 58, n.1, p. 49-60, 2003.

OLIVEIRA, L.P.M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Nutr.**, v.18, n.4, p. 459-469, 2005.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.** Washington: PAHO/WHO, 2003.

PARADA, C.M.G.L.; CARVALHAES, M.A.B.L.; JAMAS, M.T. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 282-289, 2007.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, v.19, Supl. 1, p. 37-45, 2003.

ROSSI, A.; MOREIRA, E.A.M.; RAUEN, M.S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev. Nutr.*, v. 21, n. 6, p. 739-748, 2008.

SALDIVA, S.R.D.M. et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J. Pediatr.**, v.83, n.1, p. 53-58, 2007.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política nacional de alimentação e nutrição do setor de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 104-108, Fev., 2000.

SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, v.17, n.4, p. 437-447, 2004.

SIMON, V.G.N.; SOUZA J.M.P.; SOUZA, S.B. 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. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 1, 2003.

SIMON, V.G.N.; SOUZA J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida de crianças de escolas particulares no município de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 27, n.4, p. 389-394, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva: WHO, 1998. 248 f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância.** Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6-8. Washington: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: part 3. Country profiles. Geneva: WHO, 2010.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO 2006 - FRENTE

INSTITUTO DE SAÚDE/SES-SP
"Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais - Ano 2006"

Nº _____ (Preenchimento exclusivo do Supervisor de Campo)	01-DATA: ____/____/____
02-ENTREVISTADOR: _____	03-MUNICÍPIO: _____
04-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____	04a-ÁREA <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural

05-QUAL O NOME DESTA CRIANÇA? _____ (Anotar apenas o primeiro nome)	
06-DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____ (Anotar da carteira de vacinação)	
06a-SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	07-A SRA. É A MÃE DESTA CRIANÇA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
07a-A CRIANÇA É MORADORA DESTE MUNICÍPIO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Bairro: _____	

O (A) SENIOR (A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALANDO O NOME DE CADA ALIMENTO E O(A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO, ESTÁ BEM?	
08-TOMOU LEITE DE PEITO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para Q.10) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe para Q. 10)
09-SE TOMOU LEITE DE PEITO:QUANTAS VEZES?	_____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) <input type="checkbox"/> Não sabe
10-TOMOU OUTRO LEITE, QUE NÃO O LEITE DO PEITO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para Q.13) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe para a Q.13)
11-SE TOMOU OUTRO LEITE, FOI LEITE EM PÓ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe p/ Q. 12a) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe p/ Q. 12a)
12-SE SIM QUAL A MARCA DO LEITE EM PÓ?	_____ <input type="checkbox"/> Não sabe
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO: <input type="checkbox"/> FÓRMULA INFANTIL <input type="checkbox"/> LEITE INTEGRAL <input type="checkbox"/> LEITE ENRIQUECIDO <input type="checkbox"/> OUTROS	
12a-TOMOU LEITE DE CAIXINHA, SAQUINHO OU GARRAFA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
13-TOMOU MINGAU OU LEITE ENGROSSADO COM FARINHA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
14-TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para Q.16) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe para Q. 16)
14a-SE TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES ESTA SOPA OU PAPA ESTAVA: (Ler nessa questão as opções de resposta de 1 a 4)	<input type="checkbox"/> Em pedaços <input type="checkbox"/> Amassada <input type="checkbox"/> Passada pela peneira <input type="checkbox"/> Liquidificada <input type="checkbox"/> Não sabe
15a-SE TOMOU SOPA OU PAPA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE:FRANGO, BOI PEIXE, OUTROS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
15b-SE TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES: TINHA FEIJÃO CALDO OU GRÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
16-COMEU COMIDA DE PANELA, OU SEJA COMEU DA MESMA COMIDA OFERECIDA PARA O RESTANTE DA FAMÍLIA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para Q.19) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe para Q. 19)
17-SE COMEU COMIDA DE PANELA, TINHA ALGUM TIPO DE CARNE:FRANGO BOI, PEIXE, OUTROS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
18-SE COMEU COMIDA DE PANELA, TINHA FEIJÃO CALDO OU GRÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
19-SE TOMOU ÁGUA PURA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
20-TOMOU ÁGUA COM AÇUCAR?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
21-TOMOU CHÁ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
22-TOMOU SUCO DE FRUTA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
23-COMEU FRUTA (EM PEDAÇO OU AMASSADA)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
23a-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
24-ALGUNS DESSES ALIMENTOS FOI DADO POR MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
25-A CRIANÇA CHUPOU CHUPETA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe

ANEXO B – QUESTIONÁRIO 2006 - VERSO

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO (Q.26 A Q.30C)	
INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO	
26 - EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU?(Anotar o nome)	998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe
27 - EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU?(Anotar o nome)	9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
28 - QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? _____ gramas (Anotar da carteira de vacinação)	9999 <input type="checkbox"/> Não Sabe
29 - QUAL FOI O TIPO DE PARTO:	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Fórceps 3 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
30 - ONDE COSTUMA LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA COM MAIS FREQUÊNCIA? (Assinale apenas uma alternativa)	1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio <input type="checkbox"/> Rede Pública: _____ (Anotar o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO: SE REDE PÚBLICA, ESPECIFICAR: 2 <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde 3 <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família	
30a - ESTA CRIANÇA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ?	1 <input type="checkbox"/> Sim (Passe para a Q. 30b) 2 <input type="checkbox"/> Não (**) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (**): (** Menores de 4 meses segue p/ Q31; Maiores de 4 meses segue p/ Q.37)
30b - SE JÁ FOI INTERNADA, QUANTAS VEZES? _____	
30c - QUAL A RAZÃO DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO _____	
FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q.31 À 36)	
31-LOGO APÓS O NASCIMENTO COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? _____ (Anotar em dias)	998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:	
32 - MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
33 - TOMOU OUTRO LEITE, QUE NÃO O LEITE DE PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
34 - TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
35 - TOMOU ÁGUA COM AÇUCAR?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
36 - TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 37 à 46)	
37 - QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos Completos)	
38 - ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
39 - A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
40 - A SRA. ESTÁ ESTUDANDO?	1 <input type="checkbox"/> Sim (Passe para a Questão 42) 2 <input type="checkbox"/> Não
41 - A SRA. JÁ FREQUENTOU A ESCOLA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Passe para a Questão 44)
42 - QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU? _____ 43 E O GRAU? _____	
44 - A SRA. TRABALHOU FORA DE CASA DURANTE A GRAVIDEZ DESTA CRIANÇA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Passe para a Questão 46)
45 - SE TRABALHOU DURANTE A GRAVIDEZ, TEVE DIREITO A LICENÇA MATERNIDADE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
46 - ATUALMENTE A SRA. ESTA TRABALHANDO FORA DE CASA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
OBSERVAÇÃO: _____	
47 - COM QUANTO TEMPO DE GRAVIDEZ VOCÊ ESTAVA QUANDO INICIOU O PRÉ NATAL? _____	
48 - QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL VOCÊ FEZ? _____	
49 - VOCÊ PARTICIPOU DE ATIVIDADES EDUCATIVAS/GRUPOS DURANTE A GRAVIDEZ? _____	

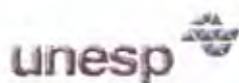
ANEXO C – QUESTIONÁRIO 2010 - FRENTE

INSTITUTO DE SAÚDE/ SES-SP
Projeto Amamentação e Municípios - 2010

Nº _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		RECURSA	
01-DATA: ____/____/____	02-ENTREVISTADOR: _____	03-MUNICÍPIO: _____	04-UF: _____
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		06-ÁREA 1 <input type="checkbox"/> Urbana 2 <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 DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)			
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 GRÃO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: "- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA":			
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM 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-ÚSOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
34-ÚSOU CHUPETA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	

ANEXO D – QUESTIONÁRIO 2010 - VERSO

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 (página 46 E 47) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não PARA MENINO (página 56 E 57) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			
42- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO? PARA MENINA (página 48 E 49) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não PARA MENINO (página 58 E 59) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g (Se necessário, anote da Caderneta) 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 à 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 [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)] 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]			
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA			
46-MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
48-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
49-TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)			
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)			
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)		
52-A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo) 54-É 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.: (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:			

ANEXO E – PROTOCOLO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 04 de Abril de 2011.

Of. 125/11-CEP

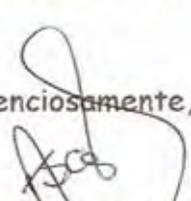
Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhães
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^ª Maria Antonieta,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3827-2011) **"Tendência e determinantes das práticas de alimentação complementar em crianças menores de 12 meses no município de Botucatu-SP 2006 e 2010"**, a ser conduzido por Michelle Cristine de Oliveira, orientada por Vossa Senhoria, com a colaboração de Marcos Antenor Storion Junior, recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 04 de abril de 2.011.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP **"Relatório Final de Atividades"**.

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.