



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Marina Manduca Ferreira Marim

**Práticas Alimentares no Primeiro Ano
de Vida no Município de Assis-SP:
tendência temporal de 10 anos**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^aDr.^a Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Botucatu
2016

Marina Manduca Ferreira Marim

Práticas Alimentares no Primeiro Ano
de Vida no Município de Assis-SP:
tendência temporal de 10 anos

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^aDr.^a Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Marim, Marina Manduca Ferreira.

Práticas alimentares no primeiro ano de vida no município
de Assis-SP : tendência temporal de 10 anos /
Marina Manduca Ferreira Marim. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes
Capes: 40602001

1. Amamentação. 2. Lactente - Nutrição. 3. Indicadores.
4. Hábitos alimentares. 5. Suplementos dietéticos.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Alimentação
complementar; Indicadores; Nutrição do lactente; Práticas
alimentares.

Marina Manduca Ferreira Marim

Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida no Município de Assis-
SP: tendência temporal de 10 anos

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

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

Comissão Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Ana Elisa Madalena Rinaldi
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Prof.^a Dr.^a Sonia Ioyama Venâncio
Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde
de São Paulo

Prof.^a Dr.^a Luiza Cristina Godim Domingues Dias
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Prof.^a Dr.^a Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Botucatu, _____ de _____ de 2016.

Dedico esta tese a todas as “crianças” que fizeram e fazem parte da minha trajetória...

Douglas, Otávio, Pedro, Giovanna, Miguel, Bianca, Giovani, Vinícius, Natália, Camila, Fernanda, Henrique, Gabriela, Tainá, Rafael, Gabriel, Lana, Mateus, Maria Eduarda, José Eduardo, João Luiz, Gabriel Akira, Lyghia, Caueh, Larah, Ricael, Hugo, Felipe, Heitor, Nicole, Helena, Henrique Kenzo Felipe Yudi, Nicole, Natalie, Túlio, Bruno, Mariana, Cauã, Manuela, Augusto, Murilo, Enzo G., Valentina, Leticia, Júlia, Miguel, Lorenzo, Áurea, Gabriela, Mariana, Henrique, Caio, Nuno, Maia, Luna, Maria, Alice, Daniel, Enzo, Eike, Beatriz, João, Lucas, Vitor, Victor, Davi, Maria Luiza, Ana Clara e, claro, à Catarina!

Com cada uma, uma vivência, uma experiência.
Com cada uma, um aprendizado, um ensinamento.
Com cada uma, um pouquinho do que sou.
Com Catarina, o melhor de mim.

Agradecimentos

A Deus por toda inspiração e por ter colocado todas essas pessoas na minha vida...

À Prof.^a Maria Antonieta, querida Neneca, por todo carinho, paciência e compreensão comigo, mas especialmente porque tem sido pra mim um exemplo de profissionalismo, educação e competência.

Ao meu marido Ricardo por todo amor, incentivo, compreensão e parceria nos anos de doutorado e em todos os outros.

À Sueli por ser minha fiel escudeira, meus braços direito e esquerdo nos cuidados com a Catarina, e por tratá-la com o amor e o carinho de uma mãe.

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo, apoio e amor em todas as etapas.

Aos meus queridos amigos de doutorado: Luciana, Luis e Edilívia pela parceria, companheirismo e amizade, e também à Cidinha. Pelas muitas vezes que todos me lembraram de fazer a matrícula.

À Cássia e toda equipe do Senac que me apoiaram e incentivaram desde a comemoração do primeiro lugar no processo seletivo até as muitas horas de compensação para terminar a tese na biblioteca.

A minha amiga Patrícia, e sua família (Nicole e Rodrigo), por todas as muitas vezes que me hospedou em sua casa, me acolheu e me incentivou.

À querida Cynthia Costa Borba por ter aparecido na hora certa e trazido uma grande luz para este projeto.

As minhas amigas Flávia e Fernanda por todas as vezes que me ouviram, me incentivaram, me deram colo, me apoiaram e torceram por mim.

*Às Meninas LQ por estarem perto mesmo de longe e por celebrarem
comigo cada conquista.*

*À Lucilene Cabral e demais funcionárias da PG por toda ajuda e
carinho.*

*Ao Instituto de Saúde pela disponibilização dos dados do Projeto
AMAMUNIC.*

*À Equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Assis, especialmente
Juliana e Luciana.*

*Ao Hélio Rubens pela paciência e competência nas análises
estatísticas.*

*Aos meus amigos da Equipe de Nossa Senhora da Misericórdia, pelas
preocupações e orações.*

ÀCAPES pela bolsa de estudo a mim concedida.

*Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Medicina de Botucatu/UNESP pela licença maternidade com bolsa a
mim concedida.*

*E a todas as pessoas que participam da minha vida e que de alguma
forma colaboraram para que eu chegasse até aqui.*

*O que vale na vida não é o ponto
de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando,
no fim terás o que colher.*

Cora Coralina

RESUMO

MARIM, Marina Manduca Ferreira. **Práticas alimentares no primeiro ano de vida no município de Assis-SP**: tendência temporal de 10 anos. 201. 106 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

O objetivo deste estudo foi analisar a tendência temporal (2001-2011) de indicadores das práticas alimentares de crianças menores de um ano no município de Assis-SP a partir de sete inquéritos transversais realizados em 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008 e 2011 concomitantemente a campanhas de vacinação. Trata-se de uma série histórica. A fonte dos dados é o Projeto AMAMUNIC realizado em Assis – SP, no qual as mães ou responsáveis pelas crianças menores de um ano são entrevistadas, respondendo sobre o consumo (*current status*) de uma lista de alimentos no dia anterior, entre eles leite materno, outros tipos de leite, água, chá, suco, mingau, comida de sal, alimentos adoçados e outros. Os inquéritos alcançaram cobertura entre 50 e 88% do número estimado de nascidos vivos. Os indicadores da qualidade da alimentação infantil utilizados foram construídos para o presente estudo com base na literatura, considerando-se as informações disponíveis nos bancos de dados e as pequenas diferenças entre os questionários aplicados de 2001 a 2007 (versão 1) e em 2008 e 2011 (versão 2). A análise estatística envolveu regressão linear simples para teste de tendência com avaliação da adequação dos modelos pelo teste de normalidade dos resíduos por Shapiro-Wilk. Todos os indicadores referentes ao aleitamento materno apresentaram aumento positivo, sendo a tendência temporal estatisticamente significativa para Aleitamento Materno Exclusivo em menores de seis meses, com aumento de 1,77 pontos percentuais/inquérito e Aleitamento Materno entre as crianças com seis a 12 meses de idade, com aumento de 1,02 ponto percentual/inquérito. O indicador Início do Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida apresentou percentuais “bons” (50 – 89%) segundo a OMS, nos dois anos (2008 e 2011) em que foi estudado. O indicador Oportunidade da alimentação complementar manteve-se estável, alcançando em torno de 80% das crianças na década. Metade das crianças, tanto entre as amamentadas como entre as não amamentadas, não alcançaram a Variedade mínima recomendada de 5 grupos alimentares consumidos no dia anterior. Destaca-se ainda a baixa proporção que alcançou a Frequência Mínima de Refeições, especialmente no grupo de crianças não amamentadas (7,8% em 2008 e 9,6% em 2011). Alimentos industrializados (sucos artificiais, refrigerantes, biscoitos/salgadinhos e alimentos adoçados) foram consumidos pelas crianças menores de seis meses (8,1% comeram biscoito/salgadinho industrializado em 2011) e entre as crianças com idade de seis a 12 meses o percentual de consumidores foi alto, chegando, no caso do consumo de biscoito/salgadinho industrializado, a 76% em 2008 e 65,5% em 2011. Vistos em conjunto, os resultados apontam situação distante das recomendações desde o início até o final do período para a maior parte dos indicadores, com evolução positiva dos indicadores de aleitamento materno e estabilidade nos indicadores relativos a alimentação complementar.

Palavras-chave: Nutrição do lactente. Práticas Alimentares. Aleitamento Materno. Alimentação Complementar. Consumo de alimentos. Indicadores.

ABSTRACT

MARIM, Marina Manduca Ferreira. **Feeding practices in the first year of life at Assis-SP: time trend 10 years.** 201. 106 f. Thesis – Faculty of Medicine of Botucatu, University of São Paulo State, Botucatu, 2016.

The aim of this study was to analyze temporal trend (2001-2011) of infant feeding practice indicators. at Assis-SP, from seven cross-sectional surveys performed in 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008 and 2011 concomitantly with vaccination campaigns. This is a time series. The data source is the AMAMUNIC Project conducted in Assis - SP, in which mothers or guardians of children under one year old are interviewed, inquiring about the consumption (current status) of a list of foods, liquids and solids, the day before, including breast milk, other types of milk, water, tea, juice, porridge, salt food, sweetened foods and others. The surveys cover reached between 50 and 88% coverage of the estimated number of live births in those respective years. The variables / indicators of quality infant feeding used were built for this study based on the literature, considering the information available / not available in databases and small differences between the questionnaires 2001-2007 (version 1) and in 2008 and 2011 (version 2). Statistical analysis involved simple linear regression for trend test the adequacy of models residual analysis by Shapiro-Wilk. All breastfeeding indicators showed positive increase, having the temporal trend statistically significance Exclusive Breastfeeding for infants under six months infant, an increase of 1.77 percentage points by survey year and Breastfeeding among children six to 12 months of age old, an increase of 1.02 percentage points by survey year. Breastfeeding Initiation at the first hour of life presented "good" (50 to 89%) percentage according to the WHO, in the two years (2008 and 2011) they were studied. The Opportunity indicator remained stable, reaching around 80% of children in the decade. Half of the children, breastfed and non-breastfed, did not reach the minimum recommended Variety of 5 food groups consumed the day before. Low proportion that reached the Minimum Meal Frequency, especially in the non-breastfed group (7.8% in 2008 and 9.6% in 2011). Industrialized food (artificial juices, soft drinks, biscuits/snacks and sweetened foods) were consumed by children under six months old (8.1% ate industrialized biscuit / snack in 2011) and among children aged six to 12 months old the percentage of consumers was high, reaching, in case of industrialized biscuits/snacks consumption, up to 76% in 2008 and 65.5% in 2011. Taken together, the results indicate a far status of recommendation from the beginning to the end of the period for most indicators, with positive development in breastfeeding indicators and stability in the complementary feed indicators.

Keywords: Infant nutrition. Feeding Practices. Breast Feeding. Complementary feeding. Food Consumption. Indicators.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
3 MATERIAL E MÉTODO.....	29
3.1 Delineamento do Estudo.....	29
3.2 Local do Estudo.....	29
3.3 População de Estudo e Amostra.....	31
3.4 Fonte e coleta de Dados.....	31
3.5 Indicadores de Qualidade da Amamentação Infantil.....	41
3.6 Análise de Dados.....	49
3.7 Aspectos Éticos.....	50
4 RESULTADOS.....	51
5 DISCUSSÃO.....	74
6 CONCLUSÃO.....	89
REREFÊNCIAS.....	90
APÊNDICE – Quadro de porcentagens de <i>missings</i> e perdas em cada umas das questões utilizadas por ano de inquérito.....	101
ANEXOS.....	103

1 INTRODUÇÃO

A carta de Pero Vaz de Caminha ao Rei de Portugal, ao descrever mulheres indígenas amamentando seus filhos, pode ser considerada o primeiro relato sobre a amamentação no Brasil: “[...] com um menino ou menina ao colo, atado com um pano (não sei de quê) aos peitos [...]” (SILVA, 1990). Daquela época até os dias atuais, grandes transformações ocorreram na sociedade, especialmente a partir do século XX, levando a dramáticas repercussões na alimentação dos lactentes.

Na sociedade colonial quase toda criança tupinambá era amamentada até os três anos de idade, as mulheres brancas e ricas entregavam seus recém-nascidos às amas-de-leite – escravas ou livres –, possibilitando a escolha entre o seio materno e o seio da ama-de-leite. Mais tarde, a partir do desenvolvimento do processo de pasteurização e da industrialização do leite de vaca, a alimentação infantil passou a ser por mamadeira, de fácil acesso e relativamente segura. As agressivas promoções das indústrias de leite em pó e a extinção da escravidão levaram ao desaparecimento das amas, tornando a escolha dividida entre seio e mamadeira. O retorno ao hábito de amamentar é um fenômeno relativamente recente e pode estar ligado à maior racionalidade, na qual as sociedades se tornam mais receptivas a comportamentos que passam a ser baseados na ciência e na tecnologia (SILVA, 1990; CASTILHO; BARROS-FILHO, 2010).

Atualmente, reconhece-se a importância de monitorar e avaliar a alimentação infantil, tanto o tipo de aleitamento quanto a Alimentação Complementar (AC), visto que inúmeros estudos evidenciam seu papel como determinante direto do estado nutricional, crescimento, desenvolvimento, saúde e sobrevivência de crianças menores de 5 anos. As práticas alimentares no primeiro ano de vida são decisivas para a saúde do lactente, criança e futuro adulto e ainda são fatores importantes na formação dos hábitos alimentares (SEGALL-CORRÊA et al, 2009). Dessa forma, avaliar as práticas alimentares de crianças e suas mudanças ao longo do tempo, foco do presente estudo, é essencial para a definição das prioridades para ações de prevenção de agravos à saúde dessa faixa etária populacional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os lactentes sejam amamentados exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida, após essa fase, para satisfazer a evolução de suas necessidades nutricionais, os lactentes devem gradativamente receber outros alimentos, os alimentos complementares, que

devem ser nutricionalmente adequados e seguros. Ao mesmo tempo, devem continuar com a amamentação até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2001a).

O leite materno é nutricionalmente completo e a amamentação é fisiologicamente adequada para a criança (BARBOSA et al., 2005; NISHIMURA et al., 2013), com inquestionáveis benefícios, tanto para sua saúde, quanto para a saúde da mãe. Do ponto de vista prático, é imediatamente disponível e sempre em temperatura ideal. Há ainda a vantagem econômica, pelo fato de ser gratuito e evitar gastos adicionais com outros tipos de leite, mamadeiras e demais utensílios (MORGANO et al, 2007).

Sobre a importância do leite humano para a saúde infantil, cabe ainda destacar seu papel protetor contra doenças, pois melhora a imunidade e, conseqüentemente, diminui a ocorrência de infecções, especialmente as do trato gastrointestinal e respiratório (AGUIAR & SILVA, 2011; LAMBERTI et al., 2013; GRZELAK et al, 2014; VICTORA et al, 2016, LAMBERTI et al., 2011; VICTORA et al, 2016). Há também redução da enterocolite necrosante (OLIVEIRA et al., 2005), otite média (ABRAHAMS& LABBOK, 2011; VICTORA et al, 2016), doenças neoplásicas, morte súbita, doenças cardiovasculares e asma (AGUIAR & SILVA, 2011).

Considerando seus efeitos em longo prazo, na saúde de adolescentes e de adultos há evidências de que o Aleitamento Materno (AM) previne problemas de oclusão, sobrepeso, obesidade e diabetes tipo II (AGUIAR & SILVA, 2011; VICTORA et al, 2016). Ademais, a duração da amamentação foi positiva e linearmente associada com o desempenho em testes de inteligência, nível de escolaridade e renda na idade de 30 anos (VICTORA et al., 2015; VICTORA et al., 2016).

Além dos efeitos benéficos ao lactente, existem evidências consistentes de que o AM confere proteção também à mãe, como no caso da amenorreia lactacional, que reduz a chance de outra gravidez e anemia, e também na prevenção ao câncer de mama (VICTORA et al, 2016). Há também evidências sugestivas de proteção contra osteoporose, retenção de peso pós-parto e câncer de ovário (VICTORA et al., 2016).

Embora não existam estudos nacionais anteriores a 1970 que documentem índices de amamentação, estima-se que os piores índices de AM no Brasil ocorreram nessa década (RÉA, 2003), pois dados do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) realizado em 1974/75, apontaram que a prevalência de amamentação era

de apenas 40% nos quatro primeiros meses de idade, com duração mediana de apenas 2,5 meses (VENANCIO & MONTEIRO, 1998).

Estudos internacionais produzidos entre 1960-1980 sobre características específicas do leite humano, fisiologia da amamentação, padrões e determinantes do AM, bem como consequências do desmame precoce sobre a morbidade e a mortalidade infantil, deram suporte ao surgimento de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM (JELLIFFE; JELLIFFE, 1971; REA, 2003).

Com o reconhecimento inequívoco da superioridade do AM, tanto para os lactentes como para suas mães, e dos riscos e custos associados ao desmame precoce, surgiram várias iniciativas de organismos internacionais da área da saúde (SEGALL-CORRÊA et al, 2009), visando aumentar a prevalência e a duração do AM. Entre essas ações estão, por exemplo, o Código Internacional de Controle do Marketing de Alimentos Substitutos do Leite Materno pela Assembleia Mundial de Saúde (WHO, 1981) e os Dez Passos para o Sucesso do AM. Este último deu origem à estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)(WHO,2001a), entre outros (WHO, 1998; WHO, 2001b). Seguindo as recomendações destas agências, em 1981 o Brasil implementou o Programa Nacional de Incentivo ao AM (PNIAM) (BRASIL, 1981); Em 1988regulamenta os Bancos de Leite Humano (BLH) com normas sanitárias e de capacitação técnica, referenciando-os como centros de atividades pró-amamentação (RÉA, 2003) e em 1989 instituiu as Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes (BRASIL, 1989). Nessa época também surgiu o Método Canguru, que entre outras vantagens aumenta as taxas de aleitamento materno (BRASIL, 2011b) Essas ações, somadas a uma série de políticas/programas nacionais e locais que se espalharam pelo país (como a mobilização e incorporação da Semana Mundial do Aleitamento Materno nas agendas de saúde), tiveram impacto positivo sobre a prevalência e duração do AM. Nesta época, observou-se prevalência de amamentação de 57% entre crianças com até quatro meses de idade e duração mediana de 5,5 meses, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 (VENÂNCIO & MONTEIRO,1998).

Na década seguinte (anos 90), surgiram estudos internacionais e nacionais específicos sobre os riscos da introdução precoce de alimentos complementares e de outros tipos de leite (não materno) em idades e condições não apropriadas, os quais embasaram a recomendação da OMS sobre a duração ideal do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), recomendado para os primeiros seis meses desde 2000, e também

sobre os benefícios associados à continuidade da amamentação até os dois anos ou mais, desde que complementada por outros alimentos nutricional e culturalmente apropriados (WHO, 1998; WHO, 2003).

Evidências científicas embasaram as recomendações para a alimentação nos primeiros dois anos de vida que perduram até hoje, especialmente o reconhecimento do período crítico para o crescimento adequado (do nascimento até os 24 meses), as vantagens da duração mais prolongada da oferta exclusiva de leite materno (até seis meses), a idade oportuna para introdução dos alimentos complementares e a quantidade (referente às necessidades energéticas) e qualidade (relativas às necessidades de micronutrientes) desses alimentos (CASTRO et al, 2010).

Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS) mostraram aumento da mediana da amamentação no Brasil, passando de 6,6 meses (PÉREZ-ESCAMILLA, 1993) em 1986 para 7,0 meses em 1996 (BEMFAM, 1997). Em 1999 foi realizado o primeiro estudo brasileiro que permitiu identificar a situação do AM em 25 capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2001). Comparando os dados deste estudo com as pesquisas realizadas anteriormente, observou-se contínuo aumento na duração mediana do AM no país, passando de 2,5 meses em 1975 para 5,5 meses em 1989; 7,0 meses em 1996 e 9,9 meses em 1999. Quanto à frequência de AM exclusivo em menores de 4 meses, os dados indicaram aumento muito significativo: de 3,6% em 1986 (BEMFAM) para 35,6% em 1999.

Em maio de 2002, na 55.^a Assembleia Mundial da Saúde, após análise dos indicadores de Nutrição e Saúde Infantil no mundo, lançou-se a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, um guia para desenvolvimento de ações específicas em cada país, visando melhorar o conjunto das práticas alimentares de crianças, além da amamentação, levando em consideração o impacto no estado nutricional, saúde e sobrevivência. Observa-se que este documento, elaborado pela OMS juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), destaca as obrigações e responsabilidades dos governos, organizações internacionais e demais partes interessadas (IBFAN, 2002) e apesar de não ser inovador, reafirma os compromissos da Declaração de Innocenti (1990), inclusive o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e a IHAC. Além disso, o documento assume que a alimentação saudável para lactentes envolve AME durante os seis primeiros meses de vida, manutenção do AM

por até dois anos de idade ou mais e inserção da AC no momento adequado e de modo seguro, com alimentos adequados nutricionalmente (IBFAN, 2002).

Posteriormente a estas novas recomendações, surge no Brasil a publicação do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos, que visa apoiar os profissionais de saúde em suas atividades de orientação e cuidado com lactentes (BRASIL, 2002).

A partir de 2000 alguns projetos deram destaque à promoção do AM como forma de aperfeiçoar vários indicadores negativos da saúde infantil (Rede Cegonha, Salas de Apoio à Amamentação e outros). Como signatário da Declaração do Milênio (ONU, 2001) que incluiu, entre seus oito Objetivos de Desenvolvimento, a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de 5 anos até 2015. Em 2004, o Brasil aprovou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que previa como uma de suas ações estratégicas a “Primeira semana: saúde integral”, na qual incluiu-se a orientação e apoio ao AM na primeira semana pós-parto, período de alta concentração de óbitos infantis; e em outra ação a requalificação dos Hospitais Amigos da Criança com redefinição de critérios, incluindo humanização da assistência obstétrica e pré-natal e intensificação das ações pró-aleitamento (BRASIL, 2004b).

Em 2005, por meio da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, formou-se uma rede de cuidado integral à saúde da criança, que incluiu a promoção, proteção e o apoio ao AM. Em 2006, após ampla discussão, estabeleceu-se o Pacto pela Saúde, que ratifica todos os compromissos e metas citadas anteriormente (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006).

Em 2008, complementando as várias ações desenvolvidas na tentativa de recuperar a prática da amamentação, conduzidas no país desde os anos 1980, que de certa forma privilegiaram ações dirigidas às maternidades, surgiu a Rede Amamenta Brasil, com foco na atenção básica. Seu objetivo era ampliar as taxas de aleitamento por meio da formação de uma rede de apoio aos profissionais da atenção básica, viabilizando a circulação e troca de informações, e assim a contínua capacitação de profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a promoção dessa prática.

Naquele mesmo ano, a segunda Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal incluiu também a avaliação da AC. Essa pesquisa mostrou que a prática de AME era bastante heterogênea no conjunto das capitais dos estados e do Distrito Federal, variando entre regiões, de 27,1% em Cuiabá-MT a 56,1% em Belém-PA; passando por 39,1% em São Paulo-SP, com média nacional de

41,0%, sendo a duração mediana de 54,1 dias (1,8 meses). A duração mediana do AM era de 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009a).

Com relação à AC, a mesma publicação mostrou a introdução precoce de água, chás e outros leites, com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente, já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). Por outro lado, 26,8% das crianças entre seis e nove meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos e semissólidos na alimentação da criança, não recebiam comida salgada. Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, constatou-se frequência elevada do consumo de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 a 12 meses (BRASIL, 2009a).

Concluiu-se assim que houve melhora significativa da situação do AM no período analisado, persistindo diferenças entre as regiões e capitais analisadas. No entanto, os indicadores de AME e AC, muito deles negativos, deixaram necessidade de intervenções no sentido de promover não apenas o AM, mas a formação de hábitos alimentares saudáveis desde o primeiro ano de vida (BRASIL, 2009a).

Neste contexto, a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN), elaboraram a Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que tinha como objetivo fortalecer ações de apoio e promoção à alimentação das crianças entre seis e 24 meses no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivar a orientação alimentar para esta faixa etária como atividade de rotina nos serviços de saúde (BRASIL, 2010a). Em 2012, as ações Rede Amamenta Brasil e ENPACS foram fundidas e surgiu a atual "Estratégia Nacional para Promoção do AM e AC Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", que tem o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para reforçar e incentivar a promoção da alimentação saudável –AM e AC– de crianças menores de dois anos no âmbito do SUS.

Recentemente foi assinado o Decreto n. 8.552, de 3 de novembro de 2015, que regulamenta publicidade e rotulagem de produtos que interferem no AM. Esse Decreto regulamenta a Lei n. 11.265 de janeiro de 2006, que regula a comercialização de alimentos para lactantes e crianças de primeira infância, e também, a de produtos de

puericultura correlatos de forma que não haja interferência na prática do AM e da AC saudável. Ressalta-se que desde a publicação da Lei, aguardava-se sua regulamentação para definir critérios de fiscalização pelos órgãos competentes, visando garantir sua aplicabilidade e eficácia. Com essa regulamentação, ficou proibida a promoção comercial de fórmulas de nutrientes apresentadas ou indicadas para recém-nascidos de alto risco, de fórmulas infantis para lactentes (até o sexto mês de vida) e de seguimento para lactentes (a partir do sexto mês), bem como de mamadeiras, bicos e chupetas, o que inclui publicidade e rotulagem, descontos, brindes, vendas vinculadas a outros produtos, exposições especiais, entre outras ações. A publicação desse Decreto apoia a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil na perspectiva de garantir pleno crescimento e desenvolvimento das crianças brasileiras. Outras ações em prol do AM foram: a lei 16.047, sancionada em dezembro de 2015, que assegura à criança o direito ao AM nos estabelecimentos de uso coletivo, públicos ou privados do estado de São Paulo independentemente da existência de áreas segregadas para o aleitamento, penalizando com multa o infrator (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2015) e a Campanha “Mil dias que valem uma vida” (PASTORAL DA CRIANÇA, 2016).

Mundialmente a amamentação tem índices muito variáveis, reflexo das diferenças culturais, socioeconômicas e de políticas de saúde que vigoraram, e ainda vigoram, em diferentes países. Países de baixa renda têm maiores prevalência de AM em todas as idades, mas as taxas de iniciação e AME são insatisfatórias mesmo nestes países. Em crianças com menos de 6 meses em países de baixa renda, 53% das crianças não foram amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses, valores que sobem para 61% em países de renda média e 63% em países de renda superior. Exceto para o início precoce, a prevalência de todos os indicadores de AM diminui com o aumento da riqueza nacional. A prevalência de AM aos 12 meses é maior na África subsaariana, sul da Ásia e partes da América Latina; na maioria dos países de alta renda, a prevalência é inferior a 20%: Reino Unido (<1%); EUA (27%); Noruega (35%) e Suécia (16%) (VICTORA et al., 2016).

No Brasil, como já referido, sucessivos inquéritos epidemiológicos mostraram tendência crescente da amamentação. Rinaldi (2015) em estudo de tendência da alimentação de crianças brasileiras menores de cinco anos, analisando dados de pesquisas nacionais realizadas entre 1986 e 2006, revelou taxa de AME em menores

de seis meses de 38,0% em 2006 e aumento na prevalência de amamentação na primeira hora de vida crianças, que passou de 31% em 1996 para 43% em 2006. Mas existem muitos contrastes internos que os dados agregados em nível nacional não permitem vislumbrar.

Examinando estudos de abrangência local, observa-se grande heterogeneidade dos índices de AME em menores de seis meses: Parizoto et al. (2009) encontraram taxa de 24,2% em Bauru-SP em 2006; Queluz et al. (2012) encontraram 29,8% em Serrana-SP em 2009; Vieira et al. (2014) encontraram 47,4% em Feira de Santana-BA também em 2009 e Tamasia et al. (2015), em Registro-SP, encontraram 49,9% em 2011 e Saldan et al. (2015) encontraram 36% em Guarapuava-PR em 2012.

São escassos os estudos sobre indicadores de qualidade da AC no Brasil e no mundo, possivelmente porque apenas recentemente foram produzidos conhecimentos científicos capazes de embasar a definição de recomendações.

Por Alimentos Complementares entendem-se os alimentos que são oferecidos às crianças em complementação ao leite materno e AC representa o conjunto de alimentos e o processo (modo de preparação e de oferecimento) de inserção desses alimentos na dieta do lactente (WHO, 2000). A AC saudável considera a idade adequada para a introdução, a frequência de oferta favorável ao alcance das necessidades nutricionais, a composição da refeição capaz de suprir o conjunto de micronutrientes necessários, a consistência e a variedade dos alimentos ofertados favorável à formação de hábitos alimentares saudáveis, bem como a identidade cultural e os cuidados de higiene no seu preparo (BRASIL, 2009b). Para que AC seja considerada ótima ela deve ser: oportuna, adequada, segura e oferecida de maneira apropriada (WHO, 2003), sendo:

- AC Oportuna: aquela que se inicia quando as necessidades de energia e nutrientes excedem o montante que pode ser obtido por meio da amamentação frequente e exclusiva, o que acontece em quase 100% das crianças no sétimo mês de vida;
- AC Adequada: aquela que fornece energia, proteínas e micronutrientes suficientes para responder às necessidades nutricionais de uma criança em crescimento;
- AC Segura: aquela que é preparada, armazenada e fornecida de maneira higiênica, utilizando-se utensílios e mãos limpas;

- AC Apropriada: quando é oferecida em resposta aos sinais de fome e saciedade da criança, em que a frequência de refeições e a forma de oferta estão de acordo com a idade da criança (WHO, 2006).

O período de introdução da AC é de elevado risco para a saúde e estado nutricional da criança, tanto pela possibilidade de oferta de alimentos inadequados, quanto pelo risco de sua contaminação devido à manipulação incorreta, favorecendo a ocorrência de doença diarreica e suas repercussões negativas no estado nutricional das crianças (BRASIL, 2009b).

A definição do período adequado para iniciar a introdução dos alimentos leva em consideração a maturidade fisiológica, neuromuscular e as necessidades nutricionais da criança. Até os quatro meses de idade, ela ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico necessário para que possa receber alimentos sólidos. Apesar do seu reflexo de protrusão estar desaparecendo, ela ainda não senta sem apoio e ainda não adquiriu controle neuromuscular da cabeça e do pescoço para mostrar desinteresse ou saciedade. Assim, em função dessas limitações funcionais, ela está preparada para receber basicamente refeição líquida (STEVENSON; ALLAIRE, 1991).

Observa-se ainda que por volta do sexto mês de vida, a aceitação e tolerância da alimentação pastosa melhoram sensivelmente, não só em função do desaparecimento do reflexo de protrusão da língua, mas também pela maturação da função gastrointestinal e renal, além do desenvolvimento neuromuscular (BARNESS, 1987). O grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem nível satisfatório, assim, a criança vai se adaptando física e fisiologicamente para a alimentação com consistência e textura variadas (PIPES; TRAHMS, 1993; HENDRICKS; BADRUDDIN, 1992).

As crianças menores de seis meses que recebem com exclusividade o leite materno, desde cedo começam a desenvolver a capacidade de autocontrole da ingestão, aprendendo a distinguir as sensações de fome durante o jejum, e de saciedade, após a alimentação. Essa capacidade permite à criança, nos primeiros anos de vida, assumir autocontrole sobre o volume de alimento que consome em cada refeição e os intervalos entre as refeições, segundo suas necessidades. Posteriormente esse autocontrole sofrerá influência em fatores como o cultural e social (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

No entanto, a capacidade gástrica limitada da criança pequena pode impedi-la de alcançar as suas necessidades se a alimentação oferecida for de baixa densidade energética (WHO, 1998). A quantidade necessária de energia nos alimentos complementares para suprir as necessidades das crianças varia de acordo com o volume e a densidade energética do leite materno consumido por ela. Em países em desenvolvimento, o conteúdo energético do leite humano varia de 0,53 a 0,70kcal/g, enquanto nos países desenvolvidos ele é maior, variando de 0,60 a 0,83kcal/g (WHO, 1998). A consistência dos alimentos complementares garante a densidade energética adequada, e a introdução de preparações espessas ou alimentos amassados grosseiramente estimulam a lateralização da língua e o reflexo da mastigação, facilitando a aceitação dos alimentos (BRASIL, 2010b). Assim, preparações líquidas (inclusive suco de frutas, mesmo que natural) ou liquidificadas (sopas batidas em liquidificador) não são recomendadas.

Do ponto de vista das necessidades nutricionais, as recomendações brasileiras preconizam que após os seis meses de idade, a criança deve receber três refeições ao dia, sendo duas “papas de frutas” e uma “papa salgada” (ou “papa de vegetais com carne” ou “comida de sal”, variando a denominação). Após completar sete meses de vida, respeitando-se a evolução da criança, a segunda papa salgada deve ser introduzida (BRASIL, 2009b).

É importante ressaltar que estas recomendações se destinam a crianças em AM. No entanto, sabe-se que o desmame precoce é frequente e que em muitos casos não há a possibilidade de reverter essa situação. Também existem situações em que o AM não é recomendado, como, por exemplo, em caso de mães portadoras de HIV positivo. Na impossibilidade de a criança ser amamentada deve ser escolhida a melhor alternativa, de acordo com a situação, como leite materno extraído da própria mãe, de um banco de leite, ou ainda, um substituto formulado oferecido em copo (BRASIL, 2010b).

O leite de vaca integral fluido ou em pó não é recomendado para criança menor de um ano por sua elevada quantidade de proteínas, inadequada relação de caseína e proteínas do soro, elevados teores de sódio, cloretos, potássio, fósforo e quantidades insuficientes de carboidratos, ácidos graxos essenciais, vitaminas e minerais para essa faixa etária. Além de ser nutricionalmente inadequado, o leite de vaca é um alimento muito alergênico para crianças e seu consumo tem sido associado à anemia, obesidade e atopias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Para as crianças que usam fórmulas infantis, a introdução de alimentos não lácteos deverá seguir o mesmo padrão preconizado para aquelas que estão em AME (a partir dos 6 meses) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Caso a criança esteja recebendo leite de vaca integral fluido ou em pó, a orientação é que até os quatro meses ele seja diluído adequadamente ($\frac{2}{3}$ de leite e $\frac{1}{3}$ de água fervida) para evitar excesso de proteínas e eletrólitos, e que seja acrescido de 3% de óleo vegetal (para corrigir deficiência de energia e ácido linoleico). Além disso, a AC deve ser antecipada e iniciada aos quatro meses, sendo que de quatro a oito meses a criança deve consumir duas papas salgadas e duas de frutas por dia e, no mínimo, duas refeições lácteas sem adição de açúcar. A composição, forma de introdução e consistência seguem as mesmas orientações para as crianças amamentadas (BRASIL, 2010b).

As recomendações de frequência e idade de introdução da AC para crianças amamentadas e não amamentadas estão resumidas no Quadro 1.

Quadro 1 - Esquema alimentar para crianças menores de um ano amamentadas e não amamentadas.

	Até 6 meses de idade	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Amamentadas exclusivamente com leite materno	Aleitamento materno exclusivo	Leite materno sob livre demanda 2 papas de fruta 1 papa salgada	Leite materno sob livre demanda 2 papas de fruta 2 papas salgadas	Leite materno sob livre demanda 2 lanches (frutas ou cereal ou tubérculo) 2 refeições básicas
Não amamentadas em uso de fórmulas infantis	Alimentação láctea (respeitando a diluição correta indicada pelo fabricante e o volume por idade)	Fórmula Infantil 2 papas de fruta 1 papa salgada	Fórmula Infantil 2 papas de fruta 2 papas salgadas	Fórmula Infantil 2 lanches (frutas ou cereal ou tubérculo) 2 refeições básicas
	Até 4 meses de idade	De 4 a 8 meses	Após completar 8 meses	Após completar 12 meses
Não amamentadas em uso de leite de vaca fluido ou em pó	Alimentação láctea (respeitando a diluição adequada, acréscimo de óleo vegetal e o volume por idade)	Leite 2 papas de fruta 2 papas salgadas	Leite 2 frutas 2 papas salgadas ou refeições básicas	Leite 1 fruta 2 lanches (frutas ou cereal ou tubérculo) 2 refeições básicas

Fontes: BRASIL, 2010b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012

Recentemente, difunde-se mundialmente um método de introdução de alimentos denominado BLW (*Baby-Led Weaning*) ou, em tradução livre, “o bebê aprendendo a desmamar”. Trata-se de uma abordagem de introdução de alimentos sólidos na alimentação de bebês, que dá o controle do processo à própria criança, pressupondo sua capacidade de se alimentar sozinha, isto é, pegar, mastigar e engolir pequenos pedaços de alimentos, em oposição às tradicionais abordagens que utilizam colheres e outros utensílios manuseados pelos pais/cuidadores, que iniciam com alimentos pastosos e gradativamente progridem para alimentos amassados grosseiramente e depois picados (RAPLEY 2003, 2011, 2013; RAPLEY&MURKETT 2008 apud ARDEN & ABBOTT, 2015). Esse método tem sido comumente adotado

por pessoas com alto nível de escolaridade e com ocupação profissional (BROWN, 2015).

Entre os benefícios apontados pelo método estão: transição para alimentos sólidos em ritmo próprio e de uma forma que leva a um menor Índice de Massa Corporal (IMC); autocontrole na quantidade e no tipo de alimento consumido (o que poderia reduzir o risco de obesidade infantil), participação frequente nas refeições familiares e desenvolvimento da preferência por alimentos saudáveis, como fontes de carboidratos. Quanto aos riscos citados, baixo consumo de alimentos ricos em ferro, zinco e vitamina B12, maior consumo de gorduras totais e de gordura saturada, menor consumo de energia e atraso no efetivo consumo de quantidades adequadas da AC, além de maior risco de asfixia. No entanto, ainda são poucos os estudos que analisam os potenciais benefícios e riscos do método BLW, mas os que o fizeram concluíram que são necessários estudos clínicos controlados, antes que recomendações para que profissionais da saúde o indiquem (ALVISI et al., 2015; ARDEN&ABBOTT, 2015; CAMERON et al., 2015; DANIELS et al., 2015; MORISON et al, 2016).

Considerando a complexidade das recomendações, para subsidiar a avaliação das práticas de alimentação infantil, a OMS publicou em 2008 o documento *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*, completando a lacuna que havia em publicação anterior no que se refere à avaliação da AC de crianças de 6 a 24 meses. O documento apresenta oito indicadores centrais para serem aferidos (início precoce do AM; AME em menores de seis meses; AM continuação do aleitamento até um ano de idade; introdução de alimentos sólidos, semissólidos e pastosos; diversidade mínima; frequência mínima de refeições; dieta mínima aceitável e consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados com ferro) e sete opcionais (crianças que foram amamentadas alguma vez na vida; AM continuado até dois anos; AM adequado segundo a idade; AM predominante em menores de seis meses; duração do AM; alimentação com mamadeira e frequência de alimentação láctea para crianças não amamentadas). O foco é na avaliação da alimentação de crianças de zero a 24 meses, no que se refere tanto ao aleitamento quanto à qualidade e frequência de alimentos complementares consumidos e à idade em que isso ocorre (WHO, 2008).

Esses indicadores têm sido utilizados mundialmente para avaliar a alimentação de crianças pequenas. No Sri Lanka (país que tem notáveis índices na área social, da saúde e educação), Bandara et al. (2015) encontraram situação não

satisfatória da AC em crianças de seis a doze meses. Observaram o consumo de cereais infantis, chocolates, chás simples, sorvetes e salgadinhos. Os alimentos mais consumidos pelos lactentes foram arroz (42,6%), sal (58,6%) e açúcar (42,3%) e o óleo tinha sido introduzido a 84,9% deles até ao final do primeiro ano. Além disso, 62,3% das crianças eram alimentadas na mamadeira. No Kwait, Scott et al. (2015) verificaram que todas as crianças de uma coorte prospectiva receberam alimentos complementares antes dos 6 meses de idade, sendo 30,4% antes de 17 semanas de idade.

No leste da África, apenas 30-40% das crianças no Quênia, Tanzânia e Uganda consumiam dietas com adequada diversidade segundo Gewa e Leslie (2015). Na África Ocidental, Issaka et al. (2015), estudando dados de onze países, encontraram indicadores de alimentação aquém dos requisitos da OMS. Já a introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos em crianças de 6-23 meses em países anglófonos variou de 55,3% (Libéria) a 72,6% (Gana); em países francófonos variou de 29,7% (Mali) a 65,9% (Senegal). A taxa de diversidade mínima para os países anglófonos foi de 32,0%, enquanto que nos países francófonos foi de apenas 10,6%. As taxas de frequência mínima de refeições variaram entre 42,0% (Serra Leoa) e 55,3% (Nigéria) para os países anglófonos. As taxas correspondentes para os países francófonos variaram entre 25,1% (Mali) e 52,4% (Níger). Todos os países estudados apresentaram taxas alarmantes da dieta mínima aceitável: 19,9% (anglófona) e 5,5% (francófono).

Lutter (2012), estudando dados nacionais da América Latina e Caribe, encontrou que em 14, dos 19 países estudados, menos da metade das crianças são exclusivamente amamentadas durante os primeiros seis meses de vida, o que indica uma introdução precoce de líquidos e alimentos complementares. Entre os cinco países com dados sobre a ingestão de alimentos açucarados, a ingestão no dia anterior à entrevista entre crianças de seis a 23 meses de idade variou de 14% a 79%.

Na Argentina, Abeldaño, et al. (2015), ao estudarem uma amostra de representatividade nacional, encontraram que 58,5% das crianças já haviam consumido água, 43,1% fórmulas infantis e 33,5% alimentos semissólidos antes dos seis meses de idade.

No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre a situação da AC, especialmente com uso desses indicadores, e todos concluíram que há necessidade

de mais pesquisas para que se esclareça a tendência dos indicadores e prevalências dos marcadores de AC saudável e não saudável.

No Rio de Janeiro-RJ, Oliveira et al. (2014) encontraram redução significativa da proporção de crianças com seis meses ou mais de idade que recebiam alimentação com consistência adequada para a idade, das que consumiam alimentos ricos em ferro e daquelas que apresentaram adequação global da dieta. Foi observada diminuição na introdução precoce dos alimentos complementares entre crianças menores de seis meses e, em geral, uma piora das práticas de AC em crianças com idade entre seis e doze meses de idade. Marinho et al. (2016), analisando a situação da AC de crianças entre 6-24 meses assistidas na Atenção Básica de Saúde de Macaé-RJ, encontraram o consumo de 72,3% de verduras/legumes, 75,3% de frutas e 63,4% de carnes em lactentes entre 6-12 meses (considerados indicadores de AC saudável). Em contrapartida, 23,8% delas já consumiam alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), 34,7% suco industrializado e 17,8% refrigerantes.

Em Registro-SP, Tamasia et al. (2015) encontraram 62,1% de crianças de seis a nove meses que consumiam fruta e refeição de sal e em relação aos alimentos ricos em ferro, 93% das crianças de seis a doze meses os consumiam. No entanto, entre as crianças de seis a doze meses, 75% haviam recebido (no dia anterior à entrevista) pelo menos um alimento não saudável, destacando-se 22,4% suco industrializado, 7,1% refrigerante, 8,2% café, 40,4% alimentos adoçado e 63,7% bolacha, biscoito ou salgadinho.

Sabe-se que programas eficazes para melhoria das práticas alimentares na infância exigem uma boa compreensão da situação local (DAELMANS et al., 2013). Com diretrizes nacionais e internacionais amplamente divulgadas sobre a AC (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010b; WHO, 1998; WHO, 2001b, WHO, 2003a; WHO, 2003b) e políticas públicas nacionais sobre o tema, faz-se necessário o monitoramento de indicadores referentes às práticas alimentares no início da vida para subsidiar o desenvolvimento, a avaliação e o redirecionamento de ações (OLIVEIRA, et al., 2015).

A diversidade regional nas práticas de alimentação infantil, detectada pelas pesquisas nacionais mais recentes, sugere que existam também diferenças inter-regionais e entre municípios, como entre aqueles de pequeno e grande porte. Há também plausíveis diferenças entre os diversos estratos sociais, de modo que a

existência de dados nacionais não supre a demanda por informações confiáveis em nível local.

Assim, com vistas a monitorar dados de AM e AC em um município paulista de médio porte e oferecer resultados que poderão subsidiar políticas públicas para a melhoria da alimentação infantil nesta cidade e em outras semelhantes, e para prevenção de agravos e doenças da infância, o presente estudo foca a avaliação da evolução da alimentação infantil até 12 meses de idade e busca oferecer um panorama dessas práticas em um período de 10 anos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a tendência temporal (2001-2011) de indicadores das práticas alimentares em crianças menores de um ano de idade no município de Assis-SP.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a tendência temporal (2001-2011) de indicadores de AM – Aleitamento Materno, Início do Aleitamento Materno na Primeira Hora de vida, Aleitamento Materno Exclusivo, Presença de Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Adequado para Idade e do indicador Oportunidade da AC.
- Avaliar a tendência temporal (2001-2011) do consumo de outro tipo de leite, água e chá, em crianças menores de quatro meses de idade no primeiro dia em casa após a alta da maternidade.
- Avaliar a tendência temporal (2001-2011) do consumo, no dia anterior à entrevista, de outro tipo de leite, água, chá, mingau, fruta, suco de fruta natural/água de coco *in natura* e comida de sal.
- Avaliar a tendência temporal (2001-2011) do uso de mamadeira e chupeta.
- Avaliar características da refeição de sal, o consumo de alimentos industrializados, alimentos adoçados e indicadores de qualidade da alimentação infantil – Variedade, Frequência Mínima de Refeições, Dieta Mínima Aceitável, Consumo de Alimentos Ricos em Ferro e Consumo de Alimentos Industrializados nos anos de 2008 e 2011.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo com dados secundários do Projeto Amamentação nos Municípios (AMAMUNIC), o qual era uma pesquisa de corte transversal periódica, ou seja, uma série histórica. Resumidamente, o AMAMUNIC era um projeto estadual de monitoramento de indicadores de AM e da alimentação infantil com a finalidade de guiar políticas locais e a política estadual para a alimentação infantil. Foi desenvolvido de 1998 até 2012 pelo Instituto de Saúde – órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que o concebeu a partir dos resultados positivos de um pioneiro inquérito, que coletou dados sobre a alimentação no dia anterior de crianças menores de um ano em dia de campanha de vacinação, realizado em 1995 no município de Botucatu-SP (CARVALHAES et al., 1998) e de dois outros estudos semelhantes, realizados em 1996 nas capitais João Pessoa-PB e Florianópolis-SC (KITOKO et al., 2000).

Com sete inquéritos realizados até 2008, Assis foi um dos municípios que se destacou pela maior participação no AMAMUNIC nos dez primeiros anos do projeto (1998-2008), juntamente com Guarulhos, Santa Cruz do Rio Pardo e Tupã (com oito participações), Fernão (com sete), Brotas, Jundiaí e Registro (com seis) (VENÂNCIO et al., 2010a). Em Assis, o primeiro inquérito foi realizado em 1999 e posteriormente foram realizadas mais sete aplicações, sendo a última em 13 de agosto de 2011.

3.2 Local do Estudo

Assis é um município brasileiro situado na região centro-oeste do estado de São Paulo, fundado em 1.º de julho de 1905, a partir de terras doadas pelo Capitão Francisco de Assis Nogueira, explorador da região. Seu desenvolvimento se deu a partir do cultivo de café e da expansão da estrada de ferro Sorocabana e hoje é a maior cidade de sua microrregião. Tem sua economia voltada para a agroindústria (cana-de-açúcar) e para o comércio, além de universidades (CÂMARA MUNICIPAL DE ASSIS, 2015).

Com uma população estimada de 100.911 habitantes em 2014 e predominantemente urbana (95,6%), o município possuía no ano 2000, 1023 crianças

menores de um ano de idade e no ano de 2010, 1154 crianças menores de um ano, segundo os censos demográficos realizados nestes anos (IBGE, 2015).

A cidade possui quatro maternidades: a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Regional, que atendem somente ao SUS; o Instituto de Atendimento da Mulher e o Hospital e Maternidade de Assis, que atendem também a convênios. Porém, nenhuma possui o título Hospital Amigo da Criança. A rede básica de saúde conta com doze Unidades da Estratégia Saúde da Família e sete Unidades Básicas de Saúde; nenhuma delas recebeu capacitação para integrar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Todavia, as gestões municipais do período em estudo ofertaram breves capacitações e discussões sobre temas relativos à alimentação infantil, como amamentação e AC, aos profissionais de saúde que atuam na rede básica, que conduziram ações educativas dirigidas à população atendida nestas unidades. As principais ações desenvolvidas no período foram as contempladas no Projeto Germinar, criado em 2002, com o objetivo de amparar a criança e sua mãe, desde a concepção até cinco anos de idade, garantindo acesso de todas as gestantes a um acompanhamento pré-natal de qualidade e a um conjunto articulado de ações, envolvendo especialistas de diferentes áreas. O Projeto Germinar, ainda vigente, tem como metas: redução da morbimortalidade materna e infantil; prevenção da transmissão vertical do vírus HIV e outras doenças infectocontagiosas; aumento da prevalência de AM– com ações educativas junto às mães; diminuição da taxa de cesárea; aumento da cobertura vacinal em crianças (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS, 2015). Conforme visto, esse projeto pode impactar os indicadores de qualidade da alimentação de menores de um ano de idade, foco de interesse da presente pesquisa.

Outras ações que merecem destaque são a criação do Comitê Municipal de Aleitamento Materno (COMAM) em dezembro de 2004 e a implantação do Banco de Leite Humano no Hospital Regional de Assis. O Comitê tem a função, em caráter participativo, preventivo e de mobilização social, de condução da Política municipal de AM Humano (Lei 4510/04) e conta com representantes dos hospitais/maternidades das redes privada e pública; da Rede Internacional de Defesa do Direito de Alimentação do Lactente (IBFAN) e da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA); de outras Organizações não governamentais (ONGs) que atuam na Política Municipal de AM; das Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e

Educação e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Dentre as ações realizadas com a liderança do COMAM estão: eventos que promoveram o AM (Semana Municipal de Aleitamento Materno, Campanhas Educativas), projetos de capacitação de pessoas para a difusão educativa da política de AM, ações em prol do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância: bicos, chupetas e mamadeiras (ANVISA – RDC 221 e RDC 222); campanhas educativas estimulando a doação de Leite Materno Humano; incentivo à implementação de ações previstas na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS, 2015).

3.3 População de Estudo e Amostra

O público-alvo foram crianças menores de um ano de idade que participaram da pesquisa AMAMUNIC no período de 2001 a 2011 no município de Assis-SP. De acordo com os procedimentos metodológicos adotados pelo AMAMUNIC, municípios de médio e grande porte realizavam o inquérito utilizando amostras por conglomerados, com sorteio em dois estágios. Nos municípios com população de menores de um ano de até aproximadamente 1.900 crianças, como é o caso de Assis, os inquéritos eram realizados em caráter universal, isto é, a meta era entrevistar todos os acompanhantes das crianças menores de um ano que comparecessem aos postos de vacinação (VENÂNCIO et al., 2002).

O número de crianças estudadas nos inquéritos de 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008 e 2011, respectivamente, foi: 1086, 986, 981, 891, 821, 619 e 766. Com base na estimativa de crianças nascidas vivas, a cobertura de cada inquérito variou, sendo de 88,0%, 81,6%, 85,2%, 75,7%, 67,1%, 50,5% e 60,6%, respectivamente ao ano de estudo.

3.4 Fonte e Coleta dos Dados

Anualmente, a proposta de realização do inquérito AMAMUNIC era apresentada a todos os municípios paulistas por meio de comunicados aos Departamentos Regionais de Saúde do Estado e ao Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS), sendo a adesão espontânea. A operacionalização do inquérito tinha início com a participação da equipe responsável

pela coleta de dados em um treinamento de 8h, no Instituto de Saúde. Nesse evento, os participantes conheciam e debatiam todos os passos para a organização da pesquisa, incluindo o conhecimento detalhado do questionário. Além disso, recebiam os manuais de apoio à coleta de dados, contendo as orientações para coordenadores municipais, supervisores de campo, entrevistadores e digitadores (VENÂNCIO et al., 2002). Em todos os inquéritos realizados em Assis, o município teve pelo menos um representante no treinamento prévio, sendo este responsável pela coordenação da pesquisa, selecionando entrevistadores, treinando-os, supervisionando a coleta e posteriormente a digitação dos dados.

O instrumento de coleta de dados era suficientemente simples para ser aplicado por pessoal não especializado, incluindo trabalhadores da rede de saúde sem escolaridade de nível superior, estudantes universitários ou mesmo estudantes de nível médio (VENÂNCIO et al., 2002). Cada município escolhia e qualificava a equipe de entrevistadores em número necessário para cobrir todos os postos de vacinação. No caso de Assis, em todos os anos os entrevistadores foram estudantes de cursos de Nutrição e Enfermagem (de nível técnico e de graduação) e funcionários da rede básica de saúde.

O questionário utilizado, com pequenas alterações no período, contém questões sobre alimentos (líquidos e sólidos) consumidos pela criança no dia anterior à entrevista (*current status*) e gera dados qualitativos (sim ou não) sobre a frequência do consumo de leite materno, água, chá, outro tipo de leite, mingau, frutas, comida de sal, carnes, feijão, hortaliças, suco de fruta natural ou água de coco, suco industrializado ou água de coco em caixinha, refrigerante, café, alimento adoçado, bolacha, biscoito ou salgadinhos industrializados. Questões simples sobre as características das crianças e de suas mães permitem, ainda, identificar grupos mais vulneráveis à interrupção precoce da amamentação exclusiva, ao desmame precoce, à introdução precoce ou tardia de alimentos complementares e outros eventos desfavoráveis à saúde (VENÂNCIO et al., 2010b).

Os dados coletados eram digitados em uma plataforma *online* disponível no site da Fundação Osvaldo Cruz, com uso de senha recebida pelo responsável pela pesquisa no momento do treinamento e estão à disposição da coordenação estadual da pesquisa, no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da saúde, para processamento e posteriores discussões com o município, além de contribuir para um banco de dados nacional. Outras tabulações, análises de tendência e determinantes

podem ser processadas, de acordo com o interesse do município ou de pesquisadores externos, desde que autorizados pelos responsáveis locais e pela coordenação geral do Projeto AMAMUNIC (PARIZOTO, 2008).

Partindo desta possibilidade os dados utilizados no presente estudo foram conseguidos a partir da autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Assis-SP e enviados pelas pesquisadoras do Instituto de Saúde.

Desde o início do projeto, seu questionário passou por adequações aos objetivos propostos. A primeira versão foi utilizada até 2000, uma segunda versão de 2001 até 2007, uma terceira de 2008 até 2012 e houve uma quarta versão, construída em 2013. As versões dos questionários utilizadas no período do presente estudo são a 2.^a e 3.^a e estão disponíveis em anexo (ANEXOS A e B).

As questões utilizadas no presente estudo, numeradas de acordo com a versão adotada em 2008/2011, foram:

- Data de Nascimento da Criança (Q07);
- Sexo da Criança (Q08);
- Grau de parentesco com a criança (Q09);
- Local de Moradia da Criança (Q10);
- Leite do peito (Q11);
- Água (Q13);
- Chá (Q14);
- Outro leite (Q15); (incluindo fórmulas infantis)
- Horário de recebimento do outro leite (Q16);
- Mingau doce ou salgado (Q17);
- Fruta (em pedaço ou amassada) (Q18);
- Comida de sal (de panela, papa, sopa) (Q19);
- Frequência de consumo de comida (Q20);
- Preparo da comida (Q21;)
- Consistência da comida (Q22);
- Comida com carne de boi, frango, peixe ou miúdos (Q23);
- Comida com feijão, em caldo ou grão (Q24);
- Comida com legumes e verduras (Q25);
- Suco de fruta natural ou água de coco (Q26);
- Suco industrializado ou água de coco em caixinha (Q27);

- Refrigerante (Q28);
- Café (Q29);
- Alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante (Q30);
- Bolacha, biscoito ou salgadinho (Q31);
- Outros alimentos (Q32);
- Uso de mamadeira e chuquinha (Q33);
- Chupeta (Q34);
- Local de Nascimento da criança (Q35);
- Tipo de parto (Q37);
- AM na primeira hora de vida (Q38);
- Peso de nascimento da criança (Q43);
- Local de costume para as consultas de rotina da criança (Q44);
- AM no primeiro dia em casa (Q46);
- Consumo de outro leite no primeiro dia em casa (Q47);
- Consumo de água no primeiro dia em casa (Q48);
- Consumo de chá no primeiro dia em casa (Q49);
- Idade materna (Q50);
- Primiparidade (Q51);
- Escolaridade Materna (Q53 e Q54);
- Situação de trabalho materno (Q55);
- Água com açúcar (Q20 da versão 2001 a 2007).

Sendo as duas versões do questionário diferentes em alguns itens, para permitir a análise comparativa da qualidade da alimentação dos lactentes de Assis-SP de 2001 a 2011, foi necessário normatizar a equivalência de várias questões e os procedimentos para cálculo dos indicadores de qualidade da alimentação. O Quadro 2 apresenta as perguntas das duas versões do questionário, descreve e identifica a questão que foi utilizada para a construção de cada variável e dos indicadores de qualidade utilizados nesta pesquisa. As respostas foram padronizadas para todas as questões, de acordo com a versão mais recente, adotada em 2008/2011, exceto para a Q55, a qual foi padronizada como (1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE, de acordo com as respostas do primeiro questionário, sendo essa a única possibilidade de equivalência.

Quadro 2 - Equivalência das questões nos questionários utilizados no período deste estudo.

Questionário 2001 a 2007	Questionário 2008 e 2011	Respostas padronizadas
Q06 Data de nascimento desta criança	Q07 Data de nascimento desta criança	< 6 meses 6a 12 meses
Q06a Sexo	Q08 Sexo da criança	(1) feminino (2) masculino
Q07 A Sra. é a mãe desta criança?	Q09 Qual o seu parentesco com a criança?	(1) SIM (2) NÃO
Q07a A criança mora neste município?	Q10 A criança mora nesta cidade?	(1) SIM (2) NÃO
Q08 Tomou leite de peito?	Q11 Tomou leite de peito?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q19 Tomou água pura? Q20 tomou água com açúcar?	Q13 Tomou água? ^a	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q20 Tomou água com açúcar?	não tem equivalente	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q21 Tomou chá?	Q14 Tomou chá?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q10 Tomou outro leite que não o leite do peito?	Q15 Tomou outro leite?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
não tem equivalente	Q16 A criança recebeu esse outro leite:	(1) só durante o dia (2) só à noite (3) de dia e de noite (9) Não sabe
Q13 Tomou mingau ou leite engrossado com farinha?	Q17 Tomou mingau doce ou salgado?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q23 Comeu fruta em pedaço ou amassada?	Q18 Comeu fruta em pedaço ou amassada?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE

Q14 Tomou sopa ou papa de legumes? Q16 Comeu comida de panela, ou seja, comeu a mesma comida oferecida para o restante da família?	Q19 Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)? ^a	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
não tem equivalente	Q20 Quantas vezes?	(1) uma vez (2) duas vezes (3) três vezes ou mais (9) Não sabe
não tem equivalente	Q21 A comida oferecida foi:	(1) igual à da família (2) preparada só para a criança (3) industrializada (de potinho) (9) Não sabe
Q14a Se tomou sopa, ou papa, esta sopa ou papa estava:	Q22 Essa comida foi?	(1) em pedaços? (2) amassada? (3) passada na peneira? (4) liquidificada? (9) Não sabe
Q15a Se tomou sopa ou papa de legumes, tinha algum tipo de carne: frango, boi, peixe ou outros? Q17 Se comeu comida de panela, tinha algum tipo de carne: frango, boi, peixe ou outros?	Q23 A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe, miúdos? ^a	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q15b Se tomou sopa ou papa de legumes, tinha feijão, caldo ou grão? Q18 Se comeu comida de panela, tinha feijão, caldo ou grão?	Q24 A comida tinha feijão, em caldo ou grão? ^a	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q14 Tomou sopa ou papa de legumes?	Q25 A comida tinha legumes e/ou verduras? ^b	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q22 Tomou suco de fruta natural?	Q26 Tomou suco de fruta natural ou água de coco?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
não tem equivalente	Q27 Tomou suco industrializado ou água de coco em caixinha?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE

não tem equivalente	Q28 Tomou refrigerante?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
não tem equivalente	Q29 Tomou café?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
não tem equivalente	Q30 Recebeu algum alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
não tem equivalente	Q31 Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
não tem equivalente	Q32 Tomou ou comeu outros alimentos?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q24 Algum desses alimentos foi dado por mamadeira ou chuquinha?	Q33 Usou mamadeira ou chuquinha?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q25 A criança usou chupeta?	Q34 Usou chupeta?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q27 Em que município esta criança nasceu?	Q35 Em que município esta criança nasceu?	Assis Outras cidades
Q29 Qual foi o tipo de parto?	Q37 Qual foi o tipo de parto? ^c	(1) Normal (2) Cesárea
não tem equivalente	Q38 A criança mamou na primeira hora de vida, logo após o parto?	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q28 Qual o peso desta criança ao nascer?	Q43 Qual peso desta criança ao nascer?	Peso em gramas
Q30 Onde costuma levar a criança para consulta médica com mais frequência?	Q44 Onde costuma levar a criança para as consultas de rotina?	(1) Serviço Particular ou Convênio (2) UBS (3) PSF (4) Outros (9) Não sabe/ Não se aplica
Q32 Mamou no peito? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)	Q46 Mamou no peito? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE

Q33 Tomou outro leite que não o leite de peito? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)	Q47 Tomou outro leite? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q34 Tomou água? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)	Q48 Tomou água? ^a (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q35 Tomou água com açúcar? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)		
Q36 Tomou chá? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)	Q49 Tomou chá? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade e apenas para as crianças menores de 4 meses)	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE
Q37 Qual a idade da Sra.?	Q50 Qual a idade da Sra.?	< 20 anos 20 a 34 anos ≥ 35 anos
Q38 Esta criança é o primeiro filho?	Q51 Esta criança é seu primeiro filho?	(1) SIM (2) NÃO
Q42 Qual a última série que completou? Q43 E o grau?	Q53 Qual a última série que cursou com aprovação? Q54 E grau? ^d	Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior
Q46 Atualmente a Sra. está trabalhando fora de casa?	Q55 Sobre o trabalho, neste momento a Sra.? ^e 1. está trabalhando fora 2. não está trabalhando fora 3. está sob licença maternidade	(1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE

^ana “soma” das questões (versão 2001 a 2007) para equivalência da questão correspondente (versão 2008 a 2011) foi considerado: sem informação e sem informação = sem informação; sim e sem informação ou sem informação e sim = sim; não e sem informação ou sem informação e não = não sabe; sim e sim = sim; sim e não ou não e sim = sim; sim e não sabe ou não sabe e sim = sim; não e não = não; não e não sabe ou não sabe e não = não; não sabe e não sabe ou não sabe e sem informação ou sem informação e não sabe = não sabe.

^b Para a questão Q14 (versão 2001 a 2007) a resposta “não” foi considerada como “não sabe” na questão Q25 (versão 2008 a 2011).

^c Para a questão Q37 (versão 2008 a 2011) os partos fórceps foram considerados como parto normal.

^d As questões referentes à escolaridade foram agrupadas de maneira a considerar como “Ensino fundamental” as séries e grau correspondentes ao Ensino fundamental completo ou incompleto e sucessivamente até Ensino Superior.

^ePara a Q55 (versão 2008 a 2011) as respostas (3) “Está sob licença maternidade” foram consideradas como (1) “está trabalhando fora”.

Como descrito no Quadro 2, o questionário utilizado nos anos 2001/2007 não continha questões equivalentes às seguintes, da versão 2008/2011:

- Q16 A criança recebeu esse outro leite?;
- Q20 Quantas vezes?;
- Q21 A comida oferecida foi: (forma de preparo);
- Q27 Tomou suco industrializado ou água de coco em caixinha?;
- Q28 Tomou refrigerante?;
- Q29 Tomou café?;
- Q30 Recebeu algum alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?;
- Q31 Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho?;
- Q32 Tomou ou comeu outros alimentos?;
- Q38 A criança mamou na primeira hora de vida, logo após o parto?

Assim, quando da apresentação dos resultados, adotou-se a terminologia Sem Equivalentes (SE) para os anos nos quais estas informações não puderam ser obtidas. Portanto, para as variáveis e os indicadores decorrentes de informações presentes em 2008 e 2011 e sem equivalentes nos anos anteriores (Início do AM, Frequência Mínima de Refeições e Consumo de alimentos Industrializados), as análises contemplam apenas os anos 2008 e 2011.

A única exceção foi para a questão “Tomou água com açúcar?”, Q20 da primeira versão do questionário (2001/2007) e sem equivalente na segunda versão (2008/2011). Neste caso, a análise foi restrita aos cinco primeiros inquéritos.

Outro detalhe que merece atenção é o fato do indicador AME ter sido calculado para os anos de 2001 a 2007 considerando-se as questões Q11, Q13, Q14, Q15, Q17, Q18, Q19 e Q26 (disponíveis para todos os anos) e para os anos 2008 e 2011, além destas, foram incluídas as questões Q27, Q28, Q29, Q30, Q31 e Q32 (disponíveis apenas para esses últimos anos).

Cabe apontar que para alguns dados, apesar das questões estarem presentes em ambas as versões do questionário, houve problemas na digitação, levando a sua indisponibilidade nos bancos de dados. Todos os esforços realizados pela coordenação

geral do Projeto AMAMUNIC no Instituto de Saúde e pela autora desta tese não lograram recuperá-los. São eles:

- Q06a (equivalente à Q08, Sexo) para o ano 2001;
- Q07a (equivalente à Q10, a criança mora nesta cidade?) para os anos 2001 a 2005;
- Q14a (equivalente à Q22, Essa comida foi: em pedaços, amassada, passada na peneira, liquidificada) para os anos 2001 a 2005;
- Q15a (que iria compor a Q23, A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe, miúdos?) para os anos 2003 a 2005;
- Q15b (que iria compor a Q24, Se tomou sopa ou papa de legumes, tinha feijão, caldo ou grão?) para os anos 2001 a 2005.

Assim, as variáveis e os indicadores decorrentes delas (Variedade, Dieta Mínima Aceitável e Consumo de alimentos ricos em ferro) foram descritos apenas para os anos 2008 e 2011.

Considerando a coerência da descrição, optou-se por descrever a variável Q25 – A comida tinha legumes e/ou verduras? – apenas para os anos 2008 e 2011.

Os valores ausentes ou as respostas "não sei" foram considerados como "não resposta" e não foram incluídos no numerador e nem no denominador para nenhum indicador, conforme orientação da OMS para pesquisas em pequena escala (WHO,2008).

A principal ausência de dados sobre alimentos consumidos (respostas em branco) aconteceu na questão referente ao consumo de fruta (Q18, cuja maior taxa de perda foi 10,4%, em 2003). Para as questões referentes ao consumo no primeiro dia em casa após alta da maternidade (Q46, Q47, Q48 e Q49) ocorreram ausências em torno de 15% no ano 2008 e em torno de 8% em 2011.

Houve também variadas taxas de informações em branco em questões sobre características maternas, como Idade materna (Q50, 19,2% em 2005), primiparidade (Q51, 19,1% em 2005), escolaridade materna (Q53 e Q54, 19,9% em 2005) e situação de trabalho materno (Q55, 73,6% em 2005).

Todos os percentuais de *missings* e as indicações do motivo das perdas (SE e ND) podem ser observados no APÊNDICE A.

3.5 Indicadores de Qualidade da Alimentação Infantil

Levando-se em conta as diferenças entre os questionários e os dados disponíveis/não disponíveis, os indicadores de qualidade da alimentação utilizados no presente estudo foram construídos. A base teórica foram duas referências: a publicação da Organização Mundial da Saúde de 2008 com indicadores propostos para estudos transversais, constando de 15 indicadores para a avaliação da adequação das práticas alimentares em crianças de 0 a 23 meses de idade, sendo oito deles considerados principais e sete opcionais (WHO, 2008); recente publicação brasileira que apresenta proposta de novos indicadores para o monitoramento da AC entre crianças menores de dois anos (Oliveira et al., 2015).

O Quadro 3 apresenta as definições e fórmulas dos indicadores preconizados nas duas referências consultadas e aqueles que foram efetivamente adotados neste estudo.

Quadro 3 - Definições e fórmulas dos indicadores de qualidade da alimentação infantil em duas referências e os adotados neste estudo.

OMS	OLIVEIRA, et al., 2015	Utilizados neste estudo
Sem correspondente	Sem correspondente	1. Aleitamento Materno Crianças de 0 a 12 meses que receberam leite materno no dia anterior à entrevista Crianças de 0 a 12 meses de idade (que responderam à questão referente ao indicador)
Início do Aleitamento materno Crianças menores de 24 meses que foram amamentadas na primeira hora de vida Crianças menores de 24 meses de idade	Sem correspondente	2. Início do Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida Crianças de 0 a 12 meses que foram amamentadas na primeira hora de vida Crianças de 0 a 12 meses de idade (que responderam à questão referente ao indicador)
Aleitamento Materno Exclusivo Crianças menores 6 meses que receberam somente leite materno no dia anterior à entrevista Crianças menores de 6 meses de idade	Sem correspondente	3. Aleitamento Materno Exclusivo Crianças menores 6 meses que receberam somente leite materno no dia anterior à entrevista Crianças menores de 6 meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador) Nas seguintes faixas etárias: Entre crianças de 0 a 1,9 meses de idade Entre crianças de 2 a 3,9 meses de idade Entre crianças de 4 a 5,9 meses de idade

Presença de Aleitamento Materno: Crianças menores 2 anos que receberam leite materno em algum dia da vida Crianças menores de 2 anos	Sem correspondente	4. Presença de Aleitamento Materno: Crianças de 0 a 12 meses que receberam leite materno em algum dia da vida Crianças de 0 a 12 meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador)
Idade apropriada de Aleitamento Crianças de 0 a 5 meses que receberam somente leite materno no dia anterior à entrevista Crianças menores de 0 a 5 meses e Crianças de 6 a 23 meses que receberam leite materno, bem como sólidos, semissólidos ou pastosos no dia anterior à entrevista Crianças menores de 6 a 23 meses	Sem correspondente	5. Aleitamento Materno Adequado para Idade: 5a. Aleitamento Materno Adequado em menores de 6 meses: idem indicador n.º3 5b. Aleitamento Materno Adequado em maiores de 6 meses: Crianças de 6 a 12 meses que receberam leite materno e que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos no dia anterior à entrevista Crianças 6 a 12 meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador)

Introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos: Crianças de 6 a 8 meses de idade que consumiram alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 8 meses de idade	Oportunidade Número de crianças de 6 meses a 8 meses e 29 dias que receberam fruta e refeição de sal Total de crianças de 6 meses a 8 meses e 29 dias	6. Oportunidade: 6a. Oportunidade em crianças de 6 a 8 meses Crianças de 6 a 8 meses que consumiram comida de sal e/ou fruta no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 8 meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador) 6b. Oportunidade em crianças de 9 a 12 meses Crianças de 9 a 12 meses que consumiram comida de sal e/ou fruta no dia anterior à entrevista Crianças de 9 a 12 meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador)
Diversidade Alimentar Mínima: Crianças de 6 a 23 meses de idade que consumiram alimentos, de pelo menos 4 dos 7 grupos de alimentos avaliados no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 23 meses de idade Grupos: 1. Cereais, raízes, tubérculos 2. Legumes e verduras 3. Leite 4. Carnes 5. Ovos 6. Frutas e verduras ricas em vitamina A 7. Outras frutas e verduras	Variedade Número de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias que receberam alimentos de todos os seis grupos Total de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias Grupos: 1. Cereais, raízes, tubérculos 2. Hortaliças 3. Frutas 4. Carnes ou Ovos 5. Leguminosas 6. Leites (incluindo materno)	7. Variedade: Crianças de 6 a 12 meses que consumiram alimentos de todos os 5 grupos de alimentos avaliados no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 12 meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador) Grupos: 1. Hortaliças 2. Leguminosas 3. Carnes 4. Frutas 5. Leites (incluindo materno)

Frequência Mínima de Refeições Crianças de 6 a 8 ($\leq 7,9$) meses de idade amamentadas que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos pelo menos 2 vezes no dia anterior à entrevista	Densidade Energética Número de crianças de 6 meses a 7 meses e 29 dias que receberam pelo menos 1 refeição de sal com consistência sólida, semissólida ou pastosa	8. Frequência Mínima de Refeições: 8a. Frequência Mínima de Refeições em crianças de 6 a 8 meses amamentadas Crianças de 6 a 8 ($\leq 7,9$) meses, amamentadas, que receberam comida de sal pelo menos 1 vez no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 8 ($\leq 7,9$) meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador) 8b. Frequência Mínima de Refeições, maiores de 8 meses, amamentadas Crianças de 8 meses ou mais, amamentadas, que receberam comida de sal pelo menos 2 vezes no dia anterior à entrevista Crianças de 8 meses ou mais de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador) 8c. Frequência Mínima de Refeições, 6 a 8 meses, não amamentadas Crianças de 6 a 8 ($\leq 7,9$) meses, não amamentadas, que receberam comida de sal pelo menos 2 vezes no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 8 ($\leq 7,9$) meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador) 8d. Frequência Mínima de Refeições, maiores de 8 meses, não amamentadas Crianças de 8 meses ou mais, não amamentadas, que receberam comida de sal pelo menos 3 vezes no dia anterior à entrevista Crianças de 8 meses ou mais de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador)
Crianças de 6 a 8 ($\leq 7,9$) meses de idade amamentadas ou	Total de crianças de 6 meses a 7 meses e 29 dias ou	
Crianças de 9 a 23 meses de idade amamentadas que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos pelo menos 3 vezes no dia anterior à entrevista	Número de crianças de 8 meses a 11 meses e 29 dias que receberam pelo menos 2 refeições de sal com consistência sólida, semissólida	
Crianças de 9 a 23 meses de idade amamentadas e Crianças de 6 a 23 meses de idade não amamentadas que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos ou alimentos lácteos pelo menos 4 vezes no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 23 meses de idade não amamentadas	Total de crianças de 8 meses a 11 meses e 29 dias ou Número de crianças de 12 meses a 23 meses e 29 dias que receberam pelo menos 2 refeições de sal com consistência sólida, semissólida Total de crianças de 12 meses a 23 meses e 29 dias	

Dieta Mínima Aceitável Crianças de 6 a 23 meses de idade amamentadas que tiveram pelo menos a diversidade mínima aceitável e a frequência mínima de refeições no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 23 meses de idade amamentadas e Crianças de 6 a 23 meses de idade não amamentadas que tiveram pelo menos 2 mamadas e tiveram a diversidade mínima aceitável (não incluindo lácteos) e a frequência mínima de refeições no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 23 meses de idade não amamentadas	Indicador Síntese da dieta Minimamente aceitável Número de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias que receberam alimentos de todos os 6 grupos e receberam refeição de sal com frequência e consistência adequados para a idade Total de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias	9. Dieta Mínima Aceitável: Crianças de 6 a 12 meses de idade que alcançaram a variedade e a frequência mínima de refeições no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 12 meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador)
Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados com ferro:	Oferta de alimentos fonte de nutrientes específicos Número de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias	10. Consumo de Alimentos Ricos em Ferro: Crianças de 6 a 12 meses de idade que consumiram alimentos ricos em ferro no dia anterior à entrevista

Crianças de 6 a 23 meses de idade que consumiram alimentos ricos em ferro ou alimentos fortificados com ferro especialmente desenvolvido para crianças ou um alimento fortificado com ferro no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 23 meses de idade	que receberam alimentos ricos em ferro Número de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias	Crianças de 6 a 12 meses de idade (que responderam todas as questões referentes ao indicador)
Alimentação com Mamadeira: Crianças de 0 a 23 meses que foram alimentados com mamadeira no dia anterior à entrevista Crianças 0 a 23 meses de idade	Inocuidade Microbiológica Número de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias que usaram mamadeiras ou “chuquinha” e/ou chupeta Número de crianças de 0 a 23 meses e 29 dias	11. Alimentação com Mamadeira: 11a. Menores de 6 meses Crianças de 0 a 6 meses que foram alimentadas com mamadeiras no dia anterior à entrevista Crianças 0 a 6 meses de idade (que responderam à questão referente ao indicador) 11b. Maiores de 6 meses Crianças de 6 a 12 meses que foram alimentadas com mamadeiras no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 12 meses de idade (que responderam à questão referente ao indicador)
Sem correspondente	Presença de Aditivos Alimentares Proporção de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias que consumiram pelo menos um dos produtos ultraprocessados	12. Consumo de Alimentos Industrializados: 12a. Menores de 6 meses Crianças de 0 a 6 meses que consumiram produtos ultraprocessados no dia anterior à entrevista Crianças 0 a 6 meses de idade

	Número de crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias	(que responderam à questão referente ao indicador) 12b. Maiores de 6 meses Crianças de 6 a 12 meses que consumiram produtos ultraprocessados no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 12 meses de idade (que responderam à questão referente ao indicador)
Sem correspondente	Sem correspondente	13. Uso de Chupetas: 13a. Menores de 6 meses Crianças de 0 a 6 meses que usaram chupeta no dia anterior à entrevista Crianças 0 a 6 meses de idade (que responderam à questão referente ao indicador) 13b. Maiores de 6 meses Crianças de 6 a 12 meses que usaram chupeta no dia anterior à entrevista Crianças de 6 a 12 meses de idade (que responderam à questão referente ao indicador)

Os indicadores Início do Aleitamento Materno (2), Aleitamento Materno Exclusivo em menores de 6 meses (3), Alimentação com Mamadeira (11) e Oportunidade em crianças de 6 a 8 meses (6) foram comparados aos parâmetros estabelecidos pela OMS (WHO, 2003a) seguindo os pontos de corte apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 - Pontos de corte recomendados pela OMS para análise dos Indicadores de qualidade da alimentação infantil.

Pontos de corte	Início do Aleitamento Materno	Aleitamento Materno Exclusivo (em menores de 6 meses)	Alimentação com Mamadeira	Oportunidade (em crianças de 6 a 8 meses)
Muito Ruim	0 a 29%	0 a 11%	30 a 100%	0 a 59%
Ruim	30 a 49%	12 a 49%	5 a 29%	60 a 79%
Bom	50 a 89%	50 a 89%	3 a 4%	80 a 94%
Muito Bom	90 a 100%	90 a 100%	0 a 2%	95 a 100%

3.6 Análise dos Dados

A análise descritiva foi feita com auxílio do *software* Epi-info versão 7.1.5.0 (CDC, 2015). A análise da evolução dos indicadores entre 2001 a 2011 envolveu regressão linear simples, tendo como variável resposta cada um dos indicadores e o ano do inquérito como variável independente. Essa abordagem também foi aplicada para cada uma das variáveis alimentares e para análise da tendência das características maternas e das crianças. Sua adequação foi avaliada pelo teste de normalidade dos resíduos por Shapiro-Wilk e avaliação gráfica dos resíduos *versus* predito (não apresentado), que não mostrou violação dos pressupostos de normalidade e homocedasticidade para a maioria dos modelos. Aumentos ou reduções nos indicadores foram considerados significativos se $p < 0,05$ (tendência). Estas análises foram feitas com o *software* SPSS v21.0 (IBM, 2012).

3.7 Aspectos Éticos

O AMAMUNNIC consiste em um inquérito populacional que praticamente não envolve riscos de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural. Em face à estratégia de aplicação do questionário, de forma rápida, nas filas de campanhas de vacinação, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde recomendou a aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido sem a obrigatoriedade da assinatura do mesmo, para não interferir no andamento das atividades rotineiras de vacinação. Assim, o inquérito é realizado após consentimento verbal do responsável pela criança, respeitando-se o direito de recusa e interrupção da entrevista e garantindo o sigilo das informações (VENÂNCIO et al., 2010a). O protocolo de autorização do CEP do Instituto de Saúde está em anexo (ANEXO C). Este procedimento foi adotado em todos os anos no município de Assis.

Para a utilização dos bancos de dados e condução da presente pesquisa, foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Assis-SP (autorização em anexo – ANEXO D) e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CAAE 36523914.3.0000.5411e, número do Parecer: 822.016), sendo considerado adequado à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

A análise da Tabela 1, na qual são apresentadas as características maternas e das crianças estudadas permite identificar algumas mudanças no perfil sociodemográfico dessa população ao longo dos anos de estudo, com destaque para o aumento da frequência de mães com 35 anos de idade ou mais e com mais alto nível de escolaridade. Destaca-se também que, em todos os anos, em mais de 82% dos casos a mãe foi a informante, sendo a menor taxa em 2005 (82,2%) e a maior em 2004 (88,7%) (dados não apresentados na tabela).

As mães tinham em média $24,9 \pm 6,1$ anos em 2001; $25,5 \pm 6,2$ em 2003; $26,3 \pm 6,2$ em 2004, $26,1 \pm 6,1$ em 2005; $26,5 \pm 6,2$ em 2007; $25,0 \pm 7,8$ em 2008 e $26,3 \pm 6,6$ em 2011, sem diferenças no período ($p=0,375$) (dados não mostrados na tabela). A faixa etária materna mais frequente foi a de 20 a 34 anos, ficando acima de 70% em todos os anos de estudo, havendo, tendência significativa de crescimento da faixa de mães com 35 anos de idade ou mais (0,34 pontos percentuais por inquérito), conforme citado, variando de 8% em 2001 a 11,9% em 2011. O nível de escolaridade materna mais frequente, em todos os anos de estudo, foi o Ensino Médio. Houve aumento significativo de escolaridade materna ao longo dos anos de estudo, decrescendo a frequência de Ensino Fundamental (-2,16 pontos percentuais por inquérito) e aumentando a proporção de mães com Ensino Superior (1,07 pontos percentuais por inquérito), esta variando de 10,5% em 2001 a 22,7% em 2011.

A maior parte das mães das crianças estudadas não trabalhava fora no momento da entrevista, no entanto, a frequência de mães que estavam trabalhando fora variou de 23,3% em 2001 a 37,4% em 2011 (acréscimo de 0,76 pontos percentuais), considerado sem significância.

Pode-se notar que houve estabilidade nas características das crianças. A média da idade das crianças (em meses) foi $6,0 \pm 3,3$ em 2001; $5,6 \pm 3,4$ em 2003; $5,9 \pm 3,6$ em 2004; $5,9 \pm 3,4$ em 2005; $5,8 \pm 3,4$ em 2007; $5,4 \pm 3,5$ em 2008 e $5,9 \pm 3,3$ em 2011, sem diferenças no período ($p=0,742$) (dados não mostrados na tabela). A proporção de menores de 6 meses variou entre 50,8% em 2001 e 57,3% em 2008, sem significância.

Igualmente, não houve variação na proporção de meninas e meninos, oscilando em torno de 50%. Em mais de 91% dos casos em todos os anos, tratavam-se de crianças nascidas com peso acima ou igual a 2500g. A média do peso de nascimento em cada ano do estudo foi: 3245,2±527,2g em 2001; 3157,4±544,2g em 2003; 3184,1±502,6g em 2004; 3224,4±503,3g em 2005; 3216,0±484,0g em 2007; 3195,3±542,7g em 2008 e 3186,0±494,7g em 2011, sem diferença no período ($p= 0,057$) (dados não mostrados na tabela).

Até o ano 2005 a maioria das crianças não era o primeiro filho (mães múltíparas), situação que se inverteu em 2007 e 2008 (mães primíparas), no entanto, sem variação significativa.

Quanto à informação do local de nascimento, observa-se que a menor proporção de crianças nascidas em Assis foi 87,1%, em 2004. Para os anos com dados disponíveis, o total de crianças residentes em Assis se manteve acima de 97% e variou pouco.

A cesárea foi o tipo de parto predominante, ficando acima de 60% em todos os anos, a frequência de parto normal sofreu aumento de 0,4 pontos percentuais por ano de inquérito, sem significância. Quanto ao local de costume para as consultas de rotina das crianças, apesar do decréscimo ao longo dos anos de estudo (-1,54 pontos percentuais), o mais frequente, em todos os anos foi a Unidade Básica de Saúde (UBS). Os serviços particulares aparecem como segundo local mais frequente até 2008, sendo substituído em 2011 pelo Programa de Saúde da Família (PSF), o qual apresentou um acréscimo anual de 1 ponto percentual por ano de inquérito.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde (n^a e %^b) das crianças e suas mães por ano de estudo. Assis-SP, 2001-2011.

Variáveis	Ano do Inquérito														Regressão linear		
	2001 (N=1086) ^c		2003 (N=986) ^c		2004 (N=981) ^c		2005 (N=891) ^c		2007 (N=821) ^c		2008 (N=619) ^c		2011 (N=766) ^c		β	IC95%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Faixa etária materna																	
<20 anos	174	18,8	145	17,1	126	14,5	107	14,9	95	13,6	97	18,2	101	15,0	0,24	-0,87 a 0,39	0,374
20 – 34 anos	679	73,2	618	73,0	642	73,8	538	74,7	523	74,6	376	70,4	491	73,1	0,10	-0,58 a 0,38	0,622
≥35 anos	74	8,0	84	9,9	102	11,7	75	10,4	83	11,8	61	11,4	80	11,9	0,34	0,04 a 0,63	0,033
Escolaridade Materna																	
Ensino Fundamental	410	45,1	274	35,8	243	28,6	190	26,6	163	23,3	133	25,0	144	21,7	-2,16	-3,52 a -0,81	0,009
Ensino Médio	404	44,4	369	48,2	456	53,7	408	57,1	409	58,5	291	54,6	369	55,6	1,09	-0,10 a 2,28	0,065
Ensino Superior	95	10,5	123	16,1	150	17,7	116	16,2	127	18,2	109	20,5	151	22,7	1,07	0,60 a 1,54	0,002
Mãe trabalha fora																	
Sim	215	23,3	110	38,6	121	40,5	96	40,9	200	28,6	217	41,3	244	37,4	0,76	-1,48 a 2,99	0,422
Não	707	76,7	175	61,4	178	59,5	139	59,1	499	71,4	309	58,7	408	62,6			
Faixa etária da criança																	
< 6 meses	552	50,8	553	56,1	506	51,6	462	51,9	443	54,0	354	57,2	398	52,0	0,16	-0,66 a 0,98	0,629
6 – 11,9 meses	534	49,2	433	43,9	475	48,4	429	48,1	378	46,0	265	42,8	368	48,0	-0,16	-0,98 a 0,66	0,629
Sexo																	
Masculino	ND		491	49,9	503	51,3	451	50,8	413	50,3	319	51,5	401	52,3	0,23	-0,05 a 0,50	0,082
Feminino			492	50,1	477	48,7	437	49,2	408	49,7	300	48,5	365	47,7			
Baixo Peso (<2500g)																	
Sim	73	6,9	86	8,9	77	7,9	64	7,3	49	6,0	40	6,8	54	7,9	-0,04	-0,36 a 0,27	0,731
Não	978	93,1	877	91,1	892	92,1	818	92,7	772	94,0	549	93,2	629	92,1			
Primeiro filho																	
Sim	434	46,9	416	49,2	409	47,1	351	48,7	362	51,7	293	55,1	329	49,9	0,53	-0,23 a 1,30	0,134
Não	492	53,1	429	50,8	460	52,9	370	51,3	338	48,3	239	44,9	330	50,1			

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde (n^a e %^b) das crianças e suas mães por ano de estudo. Assis-SP, 2001-2011.

Variáveis	Ano do Inquérito														Regressão linear		
	2001 (N=1086) ^c		2003 (N=986) ^c		2004 (N=981) ^c		2005 (N=891) ^c		2007 (N=821) ^c		2008 (N=619) ^c		2011 (N=766) ^c		β	IC95%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Local de nascimento																	
Assis	983	90,9	871	88,6	849	87,1	776	87,7	746	91,0	579	94,0	708	92,5	0,45	-0,25 a 1,15	0,160
Outras cidades	99	9,1	112	11,4	126	12,9	108	12,3	74	9,0	37	6,0	57	7,5			
Residentes em Assis																	
Sim	ND		ND		ND		ND		796	97,0	608	98,2	744	97,1	*	*	*
Não									25	3,0	11	1,8	22	2,9			
Tipo de parto																	
Normal	342	31,9	284	29,0	292	29,9	252	28,6	249	30,7	235	38,5	241	31,9	0,40	-0,66 a 1,45	0,379
Cesárea	730	68,1	694	71,0	683	70,1	629	71,4	563	69,3	375	61,5	514	68,1			
Local de costume para as consultas de rotina																	
Serviço particular	227	21,1	254	26,0	293	30,2	234	26,9	264	32,6	141	23,1	210	28,2	0,43	-0,83 a 1,70	0,418
UBS	637	59,2	554	56,8	486	50,1	635	73,1	437	53,9	365	59,7	290	38,9	-1,54	-4,62 a 1,54	0,256
PSF	212	19,7	168	17,2	192	19,8	0	0,0	110	13,6	102	16,7	238	31,9	1,00	-2,03 a 4,03	0,435
Outros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	7	0,9	0,09	0,02 a 0,16	0,018

^an referente à resposta da questão .

^bporcentagem referente à resposta da questão (desconsiderando *missings* e respostas “não sabe”).

^cN referente ao total de crianças estudadas no ano.

ND = informações não disponíveis no banco de dados (perda).

β = Parâmetro do modelo de regressão linear (representa a mudança em pontos percentuais a cada inquérito).

IC95% = Intervalo de Confiança da variação de β em 95%.

p = p-valor para a regressão linear.

* não foi possível ajustar a regressão linear

Quanto às práticas alimentares no primeiro dia em casa (lembrando que essas perguntas foram feitas apenas para as crianças menores de 4 meses), observou-se que mais de 92% das crianças, em todos os anos, consumiu leite materno no primeiro dia em casa. Houve, no entanto, ainda que em baixa frequência (sendo a maior em 2011 – 14,4%), consumo de outro tipo de leite no primeiro dia em casa. Destaca-se, ainda, o decréscimo significativo da frequência de consumo precoce de água ($p=0,019$) e chás ($p=0,021$). Houve redução de 0,75 pontos percentuais de um inquérito ao outro na proporção de crianças que tomaram água no primeiro dia em casa e de 1,32 pontos percentuais na das que tomaram chá (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição (n^a e %^b) das crianças menores de quatro meses segundo frequência de consumo de alimentos no primeiro dia em casa por ano de estudo. Assis-SP, 2001-2011.

Indicadores	Ano do Inquérito														Regressão linear		
	2001		2003		2004		2005		2007		2008		2011		β	IC95%	p
	(N=337) ^c		(N=361) ^c		(N=346) ^c		(N=309) ^c		(N=300) ^c		(N=248) ^c		(N=247) ^c				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Leite Materno																	
Sim	305	94,1	342	96,6	322	93,6	280	92,4	280	94,9	203	96,2	220	95,7	0,15	-0,34 a 0,63	0,478
Não	19	5,9	12	3,4	22	6,4	23	7,6	15	5,1	8	3,8	10	4,3			
Outro Leite																	
Sim	42	13,1	36	10,4	45	13,6	41	13,6	30	10,1	19	9,0	33	14,4	-0,02	- 0,74 a 0,71	0,952
Não	278	86,9	310	89,6	286	86,4	261	86,4	266	89,9	191	91,0	196	85,6			
Água																	
Sim	32	9,9	21	6,1	37	10,9	20	6,6	17	5,7	9	4,3	5	2,2	-0,75	-1,32 a -0,19	0,019
Não	292	90,1	329	93,9	304	89,1	283	93,4	279	94,3	201	95,7	222	97,8			
Chá																	
Sim	70	21,7	37	10,9	44	13,1	27	8,9	21	7,1	15	7,1	15	6,6	-1,32	-2,34 a -0,29	0,021
Não	253	78,3	303	89,1	291	86,9	275	91,1	275	92,9	195	92,9	211	93,4			

^an referente à resposta da questão.

^bporcentagem referente à resposta da questão (desconsiderando *missings* e respostas “não sabe”).

^c N referente ao total de crianças menores de 4 meses estudadas no ano.

β = Parâmetro do modelo de regressão linear (representa a mudança em pontos percentuais a cada inquérito).

IC95% = Intervalo de Confiança da variação de β em 95%.

p = p-valor para a regressão linear.

O AM esteve presente em mais de 78% das crianças menores de seis meses em todos os anos e houve acréscimo de 0,43 pontos percentuais de um inquérito ao outro. No entanto, a tendência da frequência de consumo de outro tipo de leite também foi ascendente, com acréscimo de 1,63 pontos percentuais no período e atingiu 39,6% das crianças em 2011. Dentre as crianças que tomavam outro tipo de leite, em 2008, 19,3% o faziam somente de dia e 59,7% o faziam de dia e de noite; em 2011, 21,7 e 65,6% (estas informações estão disponíveis apenas para esses dois anos e não foram expostas em tabela). Apesar de pelo menos 35% das crianças menores de seis meses terem tomado água no dia anterior à entrevista, em todos os anos, houve decréscimos significativos na frequência do consumo de água, e também de chá e fruta ao longo do período. Quanto à comida de sal, a maior proporção de menores de seis meses que a consumiram no dia anterior foi 25,5% em 2001 e a menor 15,8% em 2004 e essa variável apresentou decréscimo de 0,50 ponto percentual por ano de inquérito (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição (n^a e %^b) das crianças menores de seis meses de idade segundo frequência de consumo de alimentos no dia anterior à entrevista por ano de estudo. Assis-SP, 2001-2011.

Alimentos	Ano do inquérito												Regressão linear				
	2001		2003		2004		2005		2007		2008		2011		β	IC95%	p
	(N=552) ^c		(N=553) ^c		(N=506) ^c		(N=462) ^c		(N=443) ^c		(N=354) ^c		(N=398) ^c				
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
Leite Materno																	
Sim	435	78,9	437	79,2	431	85,3	369	80,2	364	82,2	298	84,9	329	82,8	0,43	-0,31 a 1,17	0,200
Não	116	21,1	115	20,8	74	14,7	91	19,8	79	17,8	53	15,1	68	17,1			
Outro Leite																	
Sim	185	33,5	97	17,8	96	19,1	112	24,3	173	39,1	119	33,7	157	39,6	1,63	-0,88 a 4,13	0,157
Não	367	66,5	447	82,2	407	80,9	348	75,7	269	60,9	234	66,3	239	60,4			
Água																	
Sim	318	57,7	271	49,8	209	41,7	227	49,2	183	41,6	122	34,7	139	35,1	-2,24	-3,54 a -0,93	0,007
Não	233	42,3	273	50,2	292	58,3	234	50,8	257	58,4	230	65,3	257	64,9			
Água com açúcar																	
Sim	21	3,8	14	2,6	5	1,0	11	2,4	7	1,6	SE		SE		-0,34	-0,95 a 0,26	0,171
Não	529	96,2	530	97,4	493	99,0	450	97,6	434	98,4							
Chá																	
Sim	232	42,3	187	35,2	146	30,0	120	26,6	82	18,7	87	24,6	64	16,2	-2,53	-3,64 a -1,426	0,002
Não	317	57,7	345	64,8	340	70,0	331	73,4	357	81,3	266	75,4	331	83,8			
Mingau																	
Sim	57	10,4	111	20,3	80	15,9	101	21,9	36	8,2	32	9,5	39	9,9	-0,72	-4,59 a 13,67	0,335
Não	492	89,6	437	79,7	422	84,1	361	78,1	401	91,8	305	90,5	355	90,1			
Frutas																	
Sim	137	24,9	118	24,7	90	19,8	98	21,3	80	18,1	64	18,9	70	17,8	-0,77	-1,28 a -0,27	0,011
Não	413	75,1	359	75,3	365	80,2	362	78,7	361	81,9	274	81,1	324	82,2			

Tabela 3 - Distribuição (n^a e %^b) das crianças menores de seis meses de idade segundo frequência de consumo de alimentos no dia anterior à entrevista por ano de estudo. Assis-SP, 2001-2011.

Alimentos	Ano do inquérito														Regressão linear		
	2001		2003		2004		2005		2007		2008		2011		β	IC95%	p
	(N=552) ^c		(N=553) ^c		(N=506) ^c		(N=462) ^c		(N=443) ^c		(N=354) ^c		(N=398) ^c				
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
Suco de fruta natural ou água de coco																	
Sim	157	28,5	151	27,7	92	18,4	120	26,0	85	19,2	78	23,5	65	16,9	-1,01	-2,13 a 0,10	0,067
Não	394	71,5	395	72,3	409	81,6	341	74,0	357	80,8	254	76,5	319	83,1			
Comida de sal																	
Sim	141	25,5	110	19,9	80	15,8	95	20,6	78	17,6	62	17,5	76	19,1			
Não	406	73,6	420	75,9	414	81,8	363	78,6	358	80,8	276	78,0	320	80,4	-0,50	-1,38 a 0,37	0,198

^an referente ao número de resposta da questão correspondente (desconsiderando *missings*).

^bporcentagem referente ao número de resposta da questão correspondente (desconsiderando *missings*).

^cN referente ao total de crianças estudadas no ano com idade menor de 6 meses.

SE = Sem equivalentes na comparação dos questionários.

β = Parâmetro do modelo de regressão linear (representa a mudança em pontos percentuais a cada inquérito).

IC95% = Intervalo de Confiança da variação de β em 95%.

p = p-valor para a regressão linear.

A frequência do consumo de leite materno no dia anterior à entrevista entre crianças com seis a 12 meses variou entre 45,3% em 2001 e 59,2% em 2008, com acréscimo significativo de 1,02 pontos percentuais por ano de inquérito ($p=0,046$). A frequência de consumo de outro tipo de leite nesse grupo etário variou bastante no período e teve um acréscimo 4,54 pontos percentuais por ano de inquérito, mas sem alcançar significância estatística. Dentre as crianças que tomavam outro tipo de leite, 23,0% o faziam somente de dia e 69,3% o faziam de dia e de noite, em 2008; esses valores em 2011 foram próximos: 23,5 e 72,4%, respectivamente (dados não mostrados em tabela). Água foi consumida por mais de 90% das crianças em todos os anos, sem alterações ao longo do período e a frequência de consumo de chá, água com açúcar e suco de fruta natural/água de coco diminuiu significativamente no período. A frequência de consumo de mingau variou bastante no período e apresentou decréscimo não estatisticamente significativo. Com relação à fruta, a menor frequência de crianças que a consumiram na véspera da entrevista foi observada em 2007 (74,2%) e houve queda no período (-0,35 pontos percentuais por ano de inquérito). Comida de sal teve alta frequência de consumidores em todos os anos, variando entre 90,2 e 95,7% (Tabela 4), sem tendência ascendente ou descendente.

Tabela 4 - Distribuição (n^a e %^b) das crianças com idade de seis a 12 meses de idade segundo frequência de consumo de alimentos no dia anterior à entrevista por ano de estudo. Assis-SP, 2001-2011.

Alimentos	Ano do inquérito										Regressão linear						
	2001 (N=534) ^c		2003 (N=433) ^c		2004 (N=475) ^c		2005 (N=429) ^c		2007 (N=378) ^c		2008 (N=265) ^c		2011 (N=368) ^c		β	IC95%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
Leite Materno																	
Sim	241	45,3	204	47,3	233	49,1	213	50,2	188	50,1	155	59,2	194	53,2	1,02	0,03 a 2,01	0,046
Não	291	54,7	227	52,7	242	50,9	211	49,8	187	49,9	107	40,8	171	46,8			
Outro Leite																	
Sim	368	69,8	47	11,1	101	21,4	73	17,3	284	75,5	192	73,3	279	76,0	4,54	-4,59 a 13,67	0,257
Não	159	30,2	378	88,9	372	78,6	350	82,7	92	24,5	70	26,7	88	24,0			
Água																	
Sim	518	97,6	420	97,7	465	97,9	422	98,4	369	97,9	235	90,0	346	94,5	-0,52	-1,36 a 0,32	0,171
Não	13	2,4	10	2,3	10	2,1	7	1,6	8	2,1	26	10,0	20	5,5			
Água com açúcar																	
Sim	41	7,8	28	6,6	28	5,9	22	5,2	15	4,0	SE		SE		-0,64	-0,68 a -0,59	<0,001
Não	484	92,2	399	93,4	444	94,1	405	94,8	359	96,0							
Chá																	
Sim	225	42,9	175	41,8	150	32,4	141	34,2	83	22,0	71	27,2	79	21,6	-2,35	-3,56 a -1,13	0,004
Não	300	57,1	244	58,2	313	67,6	271	65,8	294	78,0	190	72,8	286	78,4			
Mingau																	
Sim	172	32,5	280	65,7	306	65,2	277	64,9	114	30,6	96	36,5	126	34,9			
Não	357	67,5	146	34,3	163	34,8	150	35,1	258	69,4	167	63,5	235	65,1	-2,00	-7,35 a 3,35	0,381
Fruta																	
Sim	431	81,9	347	86,5	367	81,4	331	77,7	276	74,2	206	79,5	297	82,3			
Não	95	18,1	54	13,5	84	18,6	95	22,3	96	25,8	53	20,5	64	17,7	-0,35	-1,61 a 0,92	0,512

Tabela 4 - Distribuição (n^a e %^b) das crianças com idade de seis a 12 meses de idade segundo frequência de consumo de alimentos no dia anterior à entrevista por ano de estudo. Assis-SP, 2001-2011.

Alimentos	Ano do inquérito														Regressão linear		
	2001 (N=534) ^c		2003 (N=433) ^c		2004 (N=475) ^c		2005 (N=429) ^c		2007 (N=378) ^c		2008 (N=265) ^c		2011 (N=368) ^c		β	IC95%	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
Suco de fruta natural ou água de coco																	
Sim	426	80,8	366	85,1	361	76,5	336	78,7	276	73,8	169	65,3	254	70,2	-1,61	-2,95 a -0,25	0,028
Não	101	19,2	64	14,9	111	23,5	91	21,3	98	26,2	90	34,7	108	29,8			
Comida de sal																	
Sim	511	95,7	396	91,5	453	95,4	393	91,6	341	90,2	243	91,7	344	93,5	-0,23	-0,87 a 0,40	0,389
Não	21	3,9	33	7,6	21	4,4	35	8,2	36	9,5	19	7,2	23	6,3			

^an referente ao número de resposta da questão correspondente (desconsiderando *missings*).

^bporcentagem referente ao número de resposta da questão correspondente (desconsiderando *missings*).

^cN referente ao total de crianças estudadas no ano com idade maior ou igual a 6 meses.

SE = Sem Equivalentes na comparação dos questionários.

β = Parâmetro do modelo de regressão linear (representa a mudança em pontos percentuais a cada inquérito).

IC95% = Intervalo de Confiança da variação de β em 95%.

p = p-valor para a regressão linear.

Dentre as características da comida de sal consumida pelas crianças com idade entre seis e 12 meses, observa-se que a maioria delas comia duas refeições por dia, com comida preparada somente para a criança ou igual à da família (raramente industrializada), oferecida amassada ou em pedaços. No entanto, mais de 10% consumiram comida peneirada ou liquidificada. Quanto à composição, mais de 90% das crianças receberam comida que continha legumes e/ou verduras e para mais de 84% houve feijão. O destaque foi que para aproximadamente 23% a comida não continha nenhum tipo de carne (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição (n^a e %^b) das crianças com idade de seis a 12 meses de idade segundo características da comida de sal por ano de estudo. Assis-SP, 2008-2011.

Características	Ano do inquérito			
	2008 (N=265) ^c		2011 (N=368) ^c	
	N	%	n	%
Quantas vezes comeu comida de sal				
Uma vez	46	18,9	42	12,2
Duas vezes	148	60,9	231	67,2
Três vezes ou mais	37	15,2	53	15,4
A comida oferecida foi:				
Igual à da família	77	31,7	108	31,4
Preparada só para a criança	159	65,4	232	67,4
Industrializada (de potinho)	3	1,2	3	0,9
Consistência da comida de sal				
Em pedaços	58	23,9	79	23,0
Amassada	149	61,3	210	61,0
Passada na peneira	18	7,4	29	8,4
Liquidificada	13	5,3	25	7,3
Presença de carne na comida				
Sim	183	75,3	261	75,9
Não	56	23,0	78	22,7
Presença de feijão na comida				
Sim	204	84,0	306	89,0
Não	37	15,2	35	10,2
Presença de hortaliças na comida				
Sim	223	91,8	318	92,4
Não	18	7,4	22	6,4

^an referente ao número de resposta da questão correspondente (desconsiderando *missings*)

^bporcentagem referente ao número de resposta da questão correspondente (desconsiderando *missings*)

^cN referente ao total de crianças estudadas no ano com idade maior ou igual a 6 meses

Os dados de frequência de consumo de suco/água de coco industrializados, refrigerante, café, alimentos adoçados, biscoito/salgadinho industrializados estão apresentados na Tabela 6 para ambas as faixas etárias. Observa-se que, ainda que num percentual pequeno, estes produtos foram consumidos pelas crianças menores de seis meses. E entre as crianças com idade de seis a 12 meses o percentual de consumidores foi maior, chegando, no caso do consumo de suco/água de coco industrializados, a 19,1% em 2011. Refrigerante e café foram tomados, respectivamente, por 15,2 e 12,9% das crianças dessa faixa etária em 2008. Nesse mesmo ano, 38,2% consumiu algum alimento adoçado com açúcar, mel, melado ou adoçante. Chama mais ainda a atenção, a proporção dessas crianças que comeu biscoito/salgadinho industrializados: 76% em 2008 e 65,5% em 2011.

Tabela 6 - Distribuição (n^a e %^b) das crianças segundo frequência de consumo de alimentos industrializados por ano de estudo e faixa etária. Assis-SP, 2008-2011.

Alimentos	<6 meses			
	Ano do Inquérito			
	2008 (N=354) ^c		2011 (N=398) ^c	
	n	%	n	%
Suco/Água de coco industrializados				
Sim	9	2,7	8	2,0
Não	324	97,3	387	98,0
Refrigerante				
Sim	2	0,6	4	1,0
Não	328	99,4	391	99,0
Café				
Sim	5	1,5	4	1,0
Não	325	98,5	391	99,0
Alimento adoçado				
Sim	30	9,0	25	6,4
Não	303	91,0	368	93,6
Bolacha/Salgadinho industrializados				
Sim	28	8,5	32	8,1
Não	303	91,5	362	91,9
	≥ 6 meses			
	Ano do Inquérito			
	2008 (N=265) ^c		2011 (N=368) ^c	
	n	%	n	%
Suco/Água de coco industrializados				
Sim	47	18,0	70	19,1
Não	214	82,0	296	80,9
Refrigerante				
Sim	40	15,2	44	12,0
Não	224	84,8	323	88,0
Café				
Sim	34	12,9	41	11,2
Não	229	87,1	326	88,8
Alimento adoçado				
Sim	100	38,2	125	34,3
Não	162	61,8	239	65,7
Bolacha/Salgadinho industrializados				
Sim	200	76,0	239	65,5
Não	63	24,0	126	34,5

^an referente ao número de resposta da questão correspondente (desconsiderando *missings*)

^bporcentagem referente ao número de resposta da questão correspondente (desconsiderando *missings*)

^cN referente ao total de crianças estudadas no ano com idade menor de 6 meses

Todos os indicadores referentes ao AM apresentaram aumento positivo (em pontos percentuais por ano de inquérito), sendo a tendência temporal estatisticamente significativa para Aleitamento Materno Exclusivo em menores de seis meses (e em todas as faixas etárias derivadas) e para Aleitamento Materno Adequado para Idade para o conjunto de menores de um ano (Tabela 7).

O indicador Início do Aleitamento Materno na primeira hora de vida apresentou percentuais que se classificam como bom, segundo a OMS (WHO, 2003a) nos dois anos.

O AME, porém, apresentou índices considerados ruins em todos os anos de estudo, apesar da tendência significativa de aumento de 1,77 pontos percentuais por ano de inquérito. Ao subdividir a faixa etária de menores de seis meses, as frequências são também crescentes no período todo para as sub faixas, porém, no grupo de crianças de quatro a seis meses de idade o crescimento da frequência de AME ocorre apenas em 2007, 2008 e 2011, ou seja, no final do período. Observa-se ainda que a queda na frequência de AME da faixa etária de zero a dois meses, para a de dois a quatro meses, é menos intensa do que a queda de dois a quatro meses para quatro a seis meses, em todos os anos, especialmente em 2004, 2008 e 2011, quando a magnitude da redução ultrapassa 30 pontos percentuais.

O indicador Aleitamento Adequado para Idade apresenta, na síntese, tendência de crescimento de 1,18 pontos percentuais por ano de inquérito durante todo o período, com pico de frequência em 2008 (43,5%), mas apenas 41,5% das crianças em 2011 com adequação desse indicador. E entre as crianças com idade entre seis e 12 meses, apesar de não significativo, houve crescimento de 0,55 pontos percentuais por ano de inquérito.

A avaliação da Oportunidade da Alimentação Complementar foi positiva para mais de 80% das crianças, nível considerado bom para a OMS(WHO, 2003a), apenas para os anos 2001, 2003 e 2011. Nos demais anos os valores foram classificados como ruins, e ainda apresentaram tendência de queda de 0,34 pontos percentuais por ano de inquérito. Assim, há crianças deixando de receber AC quando já o deveriam fazer, apesar de também existir um percentual expressivo recebendo AC antes da idade recomendada.

O indicador Alimentação com Mamadeira apresentou-se acima do ponto de corte de 30% em todos os anos, portanto, classificado como muito ruins, e com tendência de crescimento, apesar de não significativa, e mais frequente na faixa etária de seis a 12

meses. O uso de chupeta foi observado em aproximadamente metade das crianças em todos os anos em ambas faixas etárias, com pouca variação e sem tendência significativa.

Tabela 7 -Tendência temporal dos indicadores de práticas alimentares. Assis-SP, 2001-2011.

Indicadores	Ano do Inquérito							Regressão linear		
	2001 % ^a (n ^b)	2003 % ^a (n ^b)	2004 % ^a (n ^b)	2005 % ^a (n ^b)	2007 % ^a (n ^b)	2008 % ^a (n ^b)	2011 % ^a (n ^b)	β	IC95%	p
Aleitamento Materno (Crianças menores de 12 meses que receberam leite materno no dia anterior à entrevista)	62,4 (1083)	65,2 (983)	67,8 (980)	65,8 (884)	67,5 (818)	73,9 (613)	68,6 (762)	0,76	-0,09 a 1,61	0,070
Início do Aleitamento Materno na primeira hora de vida (Crianças menores 12 meses que foram amamentadas na primeira hora de vida)	SE	SE	SE	SE	SE	85,6 (578)	87,4 (720)	*	*	*
Aleitamento Materno Exclusivo (Crianças menores 6 meses que receberam somente leite materno no dia anterior à entrevista)	24,7 (551)	32,2 (552)	37,2 (505)	32,2 (460)	39,3 (443)	42,7 (351)	42,8 (397)	1,77	0,79 a 2,75	0,006
0 a 1,9 meses de idade	41,0 (144)	56,2 (169)	56,7 (171)	51,7 (143)	67,4 (135)	61,0 (136)	64,2 (106)	2,10	0,32 a 3,88	0,029
2 a 3,9 meses de idade	27,6 (196)	32,3 (195)	43,3 (178)	36,1 (166)	38,9 (167)	48,2 (110)	52,1 (142)	2,33	1,03 a 3,63	0,006
4 a 5,9 meses de idade	10,9 (211)	10,6 (188)	9,0 (156)	9,3 (151)	12,8 (141)	13,3 (105)	18,8 (149)	0,83	0,18 a 1,48	0,022
Presença de Aleitamento Materno (Crianças menores de 12 meses que receberam leite materno em algum dia da vida)	65,7 (1083)	69,9 (984)	70,4 (980)	69,3 (886)	71,4 (818)	81,1 (615)	71,6 (763)	0,85	-0,46 a 2,15	0,155

Tabela 7 -Tendência temporal dos indicadores de práticas alimentares. Assis-SP, 2001-2011.

Indicadores	Ano do Inquérito							Regressão linear		
	2001 % ^a (n ^b)	2003 % ^a (n ^b)	2004 % ^a (n ^b)	2005 % ^a (n ^b)	2007 % ^a (n ^b)	2008 % ^a (n ^b)	2011 % ^a (n ^b)	β	IC95%	p
Aleitamento Materno										
Adequado para idade										
<i>(Crianças menores 6 meses que receberam somente leite materno no dia anterior à entrevista e crianças de 6 a 12 meses que receberam leite materno e que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos no dia anterior à entrevista)</i>										
	30,2 (1085)	33,5 (985)	36,9 (980)	33,3 (889)	35,3 (821)	43,5 (616)	41,5 (764)	1,18	0,30 a 2,06	0,018
menores de 6 meses de idade	24,7 (551)	32,2 (552)	37,2 (505)	32,2 (460)	39,3 (443)	42,7 (351)	42,8 (397)	1,77	0,79 a 2,75	0,006
6 a 12 meses de idade	36,0 (534)	35,1 (433)	36,6 (475)	34,5 (429)	30,7 (378)	44,5 (265)	40,1 (367)	0,55	-0,81 a 1,92	0,345
Oportunidade										
<i>(Crianças de seis a 12 meses de idade que consumiram alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos no dia anterior à entrevista)</i>										
	80,1 (527)	81,7 (404)	77,9 (452)	73,7 (426)	69,4 (372)	75,9 (261)	80,1 (361)	-0,34	-1,76 a 1,09	0,572
6 a 8 meses de idade	75,6 (270)	78,4 (236)	76,1 (230)	69,7 (218)	64,4 (191)	74,1 (139)	76,2 (185)	-0,31	-1,92 a 1,31	0,647
9 a 12 meses de idade	84,8 (257)	86,3 (168)	79,7 (222)	77,9 (208)	74,6 (181)	77,9 (122)	84,1 (176)	-0,40	-1,82 a 1,02	0,497
Alimentação com Mamadeira										
<i>(Crianças menores de 12 meses que foram alimentados com mamadeiras no dia anterior à entrevista)</i>										
	55,9 (1075)	51,8 (958)	48,3 (966)	58,4 (889)	50,5 (820)	58,3 (600)	58,7 (755)	0,51	-0,84 a 1,86	0,379
menores de 6 meses de idade	48,3 (549)	44,0 (532)	35,6 (497)	47,2 (462)	40,9 (443)	44,7 (338)	41,2 (391)	-0,38	-1,79 a 1,02	0,512
6 a 12 meses de idade	63,9 (526)	61,5 (426)	61,8 (469)	70,5 (427)	61,8 (377)	76,0 (262)	77,5 (364)	1,56	-0,26 a 3,15	0,053

Tabela 7 -Tendência temporal dos indicadores de práticas alimentares. Assis-SP, 2001-2011.

Indicadores	Ano do Inquérito							Regressão linear		
	2001 % ^a (n ^b)	2003 % ^a (n ^b)	2004 % ^a (n ^b)	2005 % ^a (n ^b)	2007 % ^a (n ^b)	2008 % ^a (n ^b)	2011 % ^a (n ^b)	β	IC95%	p
Uso de Chupeta										
<i>(Crianças de menores de 12 meses que usaram chupeta no dia anterior à entrevista)</i>	55,3 (1084)	49,1 (976)	47,3 (980)	48,8 (890)	47,7 (820)	49,3 (601)	47,4 (756)	-0,53	-1,26 a 0,20	0,119
menores de 6 meses de idade	53,9 (551)	49,0 (545)	44,6 (505)	49,8 (462)	44,8 (442)	46,6 (337)	46,4 (392)	-0,62	-1,49 a 0,26	0,129
6 a 12 meses de idade	56,7 (533)	49,2 (431)	50,1 (475)	47,7 (428)	51,1 (378)	52,7 (264)	48,4 (364)	-0,41	-1,35 a 0,52	0,310

^a Porcentagem referente ao número de resposta do Indicador (frequência).

^b n referente ao número de crianças avaliadas para o Indicador.

β = Parâmetro do modelo de regressão linear (representa a mudança em pontos percentuais a cada inquérito).

IC95% = Intervalo de Confiança da variação de β em 95%.

p = p-valor para a regressão linear.

Entre os demais indicadores de qualidade da AC para crianças de seis a 12 meses de idade observa-se que, apesar do frequente consumo dos grupos alimentares que o compõe, o indicador Variedade foi alcançado por apenas cerca de metade das crianças tanto entre as amamentadas como entre as não amamentadas. Destaca-se a baixa proporção do Indicador Frequência Mínima de Refeições em crianças não amamentadas em todas as faixas. O indicador Dieta Mínima Aceitável, em consequência da Variedade e da Frequência Mínima de Refeições, teve baixa proporção, especialmente entre crianças não amamentadas. Em contrapartida, o indicador Consumo de Alimentos Ricos em Ferro foi alcançado por mais de 95% das crianças nos dois anos.

Quanto ao marcador de alimentação não saudável, chama a atenção a alta proporção do consumo de Alimentos Industrializados (Tabela 8).

Tabela 8 - Tendência temporal dos indicadores de qualidade da alimentação complementar. Assis-SP, 2008-2011.

Indicadores	Ano do Inquérito			
	2008		2011	
	Amamentadas % ^a (n ^b)	Não Amamentadas % ^a (n ^b)	Amamentadas % ^a (n ^b)	Não Amamentadas % ^a (n ^b)
Variedade				
<i>(Crianças de 6 a 12 meses de idade que consumiram alimentos de todos os cinco grupos de alimentos avaliados no dia anterior à entrevista)</i>	51,0 (155)	47,7 (107)	57,7 (194)	57,3 (171)
Carnes	76,3 (139)	76,3 (97)	76,1 (172)	78,2 (165)
Feijão	85,6 (139)	82,8 (99)	91,9 (173)	87,3 (166)
Hortaliças	91,4 (139)	93,9 (99)	95,3 (172)	91,5 (166)
Leite e derivados	100,0 (155)	96,3 (107)	100,0 (194)	97,6 (171)
Frutas	85,8 (155)	85,9 (107)	86,1 (194)	90,0 (171)
Frequência Mínima de Refeições				
<i>(Crianças de 6 a 12 meses de idade amamentadas e não amamentadas que receberam comida de sal na frequência recomendada)</i>	44,7 (228)	7,8 (228)	43,2(324)	9,6 (324)
6 a 8 meses	54,2 (96)	5,3 (94)	50,0 (130)	4,1 (123)
8 meses ou mais	24,1 (166)	1,8 (166)	17,9 (235)	3,0 (235)
Dieta Mínima Aceitável				
<i>(Crianças menores de 12 meses de idade que alcançaram a variedade e a frequência mínima de refeições no dia anterior à entrevista)</i>	23,4 (265)	2,3 (265)	25,5 (368)	4,9 (368)
Consumo de Alimentos Ricos em Ferro				
<i>(Crianças de 6 a 12 meses de idade que consumiram alimentos ricos em ferro no dia anterior à entrevista)</i>	96,7 (243)		97,1 (341)	
Consumo de Alimentos Industrializados				
<i>(Crianças menores de 12 meses que consumiram produtos industrializados no dia anterior à entrevista)</i>	44,3 (619)		43,6 (766)	
menores de 6 meses de idade	13,8 (354)		11,8 (398)	
6 a 12 meses de idade	84,9 (265)		78,0 (368)	

^a Porcentagem referente ao número de resposta do Indicador (frequência)

^b n referente ao número de crianças avaliadas para o Indicador

5 DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou a análise da tendência temporal de indicadores de qualidade da alimentação infantil em um município paulista a partir de sete inquéritos transversais realizados na primeira década do presente século. Os resultados apontam situação distante das recomendações do início ao final do período (2001-2011) para a maior parte dos indicadores. Entretanto, houve evolução positiva dos indicadores de AM e estabilidade nos indicadores de AC. As mudanças positivas foram:

- Aumento do AME em crianças menores de seis meses.
- Aumento do AM Adequado para idade.
- Aumento da frequência de crianças com idade de seis a 12 meses em AM.
- Diminuição do percentual de crianças menores de seis meses que tomaram água e chá, tanto no primeiro dia em casa (itens avaliados nos menores de quatro meses), como no dia anterior à entrevista.
- Redução do percentual de crianças menores de seis meses que consumiram fruta.
- Diminuição do percentual de crianças entre seis e 12 meses de idade que consumiram água com açúcar.
- Redução do percentual de crianças de seis a 12 meses de idade que tomaram suco de fruta natural ou água de coco

Quanto às características da refeição de sal, avaliadas apenas em 2008 e 2011 para crianças entre seis e 12 meses de idade, foram identificados alguns aspectos positivos, como o baixo percentual de crianças que consumiu comida industrializada – cerca de 1% – e a elevada presença de feijão e hortaliças na comida de sal, grupos alimentares consumidos por mais de 80% das crianças nos dois anos estudados. Também foi positivo o indicador Consumo de Alimentos ricos em Ferro (presença de feijão ou carne na comida de sal), alcançado por mais de 95% destas crianças. Já na avaliação de consistência, a situação em Assis pode ser considerada intermediária, pois comida liquidificada ou passada em peneira (formas de preparo não recomendadas) foi consumida por 12,7% das crianças em 2008 e 15,7% em 2011.

Considerando o indicador Frequência Mínima de Refeições, os resultados são bastante negativos, pois apenas 37,7% em 2008 e 32,3% em 2011 atenderam às

recomendações (dados não mostrados na tabela). São ainda piores para o grupo de crianças não amamentadas: no máximo 5,3% das crianças alcançaram essa recomendação. Da mesma forma, para o indicador Dieta Mínima Aceitável o resultado foi muito negativo, pois apenas um quarto das crianças amamentadas e menos de 5% das não amamentadas consumiram refeições de sal na frequência e variedade adequadas.

Como as características da refeição de sal dos lactentes só foram avaliadas nos dois inquéritos mais recentes, foi impossível avaliar a verdadeira tendência temporal destes indicadores. Entretanto, sem intervenções no sentido de promover a AC saudável, é possível supor que estes aspectos da alimentação não se modificarão. Assim, esforços dirigidos à inserção da orientação sobre o número adequado de refeições de sal nos serviços de puericultura devem ser feitos. Suspeita-se ainda que em contrapartida ao baixo número de refeições de sal observado em grande parte das crianças, seja elevado o consumo de refeições lácteas, hipótese a ser verificada em futuros estudos, já que não existem dados sobre este aspecto no questionário AMAMUNIC.

Outro resultado negativo diz respeito ao consumo de alimentos não recomendados aos lactentes e nas demais fases da vida, como sucos e água de coco industrializados, refrigerantes, alimentos adoçados e biscoitos ou salgadinhos industrializados. Já aparecem no rol de alimentos consumidos por crianças menores de seis meses, alcançando em torno de 8% no caso de biscoito/salgadinho industrializado, 9% e 6% das crianças no caso de alimentos adoçados com açúcar/mel/melado/adoçante, em 2008 e 2011, respectivamente. No grupo etário seguinte, as proporções de crianças que consumiram algum destes alimentos industrializados foram alarmantes, alcançando 84,9% e 78,0% em 2008 e 2011, respectivamente. Estes achados são preocupantes: indicam que parcelas elevadas de lactentes estão expostas às repercussões negativas em sua saúde associadas ao consumo de sucos industrializados, refrigerantes e biscoitos, seja no primeiro ou no segundo semestre de vida (VENÂNCIO et al., 2008). A introdução de alimentos altamente energéticos e com excessivos teores de açúcares simples, gorduras animais, ácidos graxos saturados, gordura *trans*, sódio e redução dos carboidratos complexos e fibras e desde o início da vida contribuem para o comprometimento do crescimento e desenvolvimento da criança, além de propiciar a diminuição da proteção imunológica e o desencadeamento de processos alérgicos,

distúrbios nutricionais e podem ser fatores responsáveis pelo surgimento precoce das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (JAHNS, 2001).

A interrupção do AME antes dos seis meses de idade tem consequências negativas tanto pela falta do leite materno, que será substituído em algumas refeições por outros alimentos, como justamente pela presença destes outros alimentos. Cresce o risco de exposição aos agentes infecciosos, às substâncias potencialmente alergênicas, especialmente pelo contato com proteínas estranhas, além de prejuízos da digestão, entre outros eventos adversos (BATISTA et al., 2009). O efeito protetor do leite materno contra diarreias pode diminuir consideravelmente quando a criança recebe, além do leite da mãe, qualquer outro alimento, incluindo água ou chá (KUMMER et al., 2000; BRASIL, 2002).

Sob o ponto de vista nutricional, a complementação precoce do AM também é desvantajosa, pois além de diminuir o volume total do leite materno ingerido, associa-se com redução da duração do AM; há ainda prejuízos à absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco. A introdução precoce de leite de vaca, por exemplo, causa impacto negativo nos estoques de ferro das crianças por causa da baixa quantidade de ferro que esse leite contém e pela sua baixa biodisponibilidade, agravado por provocar micro hemorragias no trato gastrointestinal imaturo e as consequentes perdas sanguíneas (UNICEF, 1999). Além disso, o possível uso de mamadeiras associado ao consumo de outros leites e líquidos pelas crianças é uma importante fonte de contaminação, além de reduzir o tempo de sucção das mamas e alterar a dinâmica oral e o estabelecimento da lactação (BRASIL, 2002).

É possível que os lactentes alimentados ao seio materno desenvolvam mecanismos mais eficazes para regular sua ingestão energética do que quando são alimentados com mamadeira. Há indícios da relação entre uso de mamadeira e sobrepeso, possivelmente pela ingestão excessiva de leite e/ou por prejuízos no desenvolvimento da autorregulação do apetite; dessa forma, a não continuidade do AM pode expor as crianças ao risco da obesidade. Na vida adulta, crianças amamentadas por mais tempo parecem apresentar menores níveis médios de colesterol e pressão arterial (HEDIGER et al., 2001; HORTA et al., 2007).

Em âmbito nacional, há poucos estudos sobre os tipos de leite utilizados em substituição ao materno em crianças de até dois anos. No entanto, Bortolini et al. (2013) em um estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006/2007 (BRASIL, 2009c) mostraram que 40,1% das crianças brasileiras menores de seis meses haviam consumido outro tipo de leite no dia anterior à entrevista e que destes, 62,4% consumiram leite de vaca, seguido de fórmula infantil (23%). A elevada frequência de consumo de leite de vaca em todas as idades pode ser um dos fatores que contribuam para a manutenção dos elevados índices de anemia observados no país (BRASIL, 2009c). Além de não ser recomendado para crianças menores de um ano por ser nutricionalmente inadequado, como já mencionado, o leite de vaca é um alimento alergênico e seu consumo tem sido associado ao desenvolvimento de atopia. (GREER et al., 2008).

Os índices de AME em menores de seis meses em Assis, apesar de classificados como ruins em todos os anos, de acordo com a OMS, são crescentes (1,77 pontos percentuais por ano de inquérito) e se tornam ligeiramente superiores, em 2008 e 2011, aos dados nacionais mais recentes, relativos a 2008 (41% no total do país e 39,1% na capital paulista) (BRASIL, 2009a). Do ponto de vista da prevalência e não da tendência, a situação em Assis em 2011, último ano estudado (42,8%), é superior a reportada por Passanha (2012) em Ribeirão Preto-SP (33,2%), também em 2011 e inferior à encontrada por Tamasia et al. (2015) em Registro-SP (49,9%) no mesmo ano, ou seja, condizente com a atual situação do Estado e do país. E também condizentes com dados internacionais, que mostram que em países de baixa e média renda apenas 37% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente (VICTORA et al., 2016).

Diversos outros estudos brasileiros têm demonstrado aumento nos índices de AME no país (REA, 2003; CASTRO et al., 2009; SEGALL-CORRÊA et al., 2009; RINALDI, 2015; UEMA et al., 2015; VIEIRA et al., 2015). No estado de São Paulo, Parizoto (2008) revelou taxas significativamente crescentes entre 1999 (8,5%), 2003 (17,6%) e 2006 (24,2%) em Bauru-SP.

Pode-se supor que as mães e famílias do município de Assis-SP tenham sido expostas e reagido positivamente à promoção do AM em âmbito local e às campanhas

nacionais. O aumento da escolaridade, bem como da idade materna, pode ter contribuído para melhora da frequência de AME ao longo do período, uma vez que são fatores frequentemente associados (BEZERRA et al., 2012).

Apesar de apresentar tendência crescente e aumento expressivo no período estudado, há que se ressaltar que a frequência de AME em 2011 (42,8%) ainda está muito abaixo das recomendações e que, com o incremento de 1,77 pontos percentuais, mesmo que anuais, levará mais de 25 anos para que se tenha uma frequência de AME considerada muito boa pelo critério da OMS. Comparando o ritmo de crescimento do AME em Assis com o crescimento de outras cidades, a cidade está em posição intermediária, abaixo do detectado em Botucatu-SP – aumento de 2,2 pontos percentuais/ano entre 2003 e 2006 (PARIZOTO, 2008) – e por Castro et al. (2009) no Rio de Janeiro-RJ (1,95 pontos percentuais ao ano) e acima do reportado por Vieira et al. (2015), que encontraram crescimento de 0,8 ponto percentual entre 1996 e 2009 em Feira de Santana- BA.

A grande disparidade entre municípios no que se refere ao AME (frequência e evolução) sugere que fatores locais influenciam bastante a prática e apoiam a necessidade de estudos como o presente e o potencial das ações de incentivo e apoio locais. Uma revisão sistemática, com estudos que utilizaram dados coletados com métodos semelhantes ao AMAMUNIC entre os anos 1998 e 2013, mostra grande variação do AME em diferentes cidades e estados brasileiros: 7,8% em Londrina-PR em 2008; 39,7% em Uberlândia-MG em 2008; 29,8% em Serrana-SP em 2009; 21,4% em Porto Alegre-RS em 2012 e 39,1% no município de São Paulo-SP em 2012 (UEMA et al., 2015). Os autores apontam aumento da ocorrência do AME como resultado das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento implementadas em todo o país nas últimas décadas, as quais podem ser muito diferentes nas várias regiões, estados e municípios.

A tendência crescente do AME e do AM entre as crianças maiores de seis meses de Assis pode ser resultado das ações do Projeto Germinar, implantado no município a partir de 2002, que promoveu ações de capacitação profissional e orientações em grupo para gestantes e mães, conforme relato oral de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, a adesão à IHAC, os treinamentos da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e a expansão da rede de BLH poderiam ter resultado em tendências ainda mais

crescentes e em menores frequências do uso de mamadeira e chupeta, além de melhores índices nas variáveis de AC.

As campanhas nacionais de promoção do AM coordenadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria e/ou Ministério da Saúde, lançadas juntamente com as Semanas Mundiais de Aleitamento Materno, foram realizadas localmente e podem também ter contribuído para a evolução positiva dos indicadores citados, seja diretamente, alcançando a população em geral e as mulheres jovens em particular, ou os profissionais de saúde que, após o envolvimento com as semanas, podem ter sentido mais motivação e capacidade para a promoção do aleitamento nos serviços de saúde onde atuam.

O Quadro 5 reúne as frases (*slogans*) das Campanhas do período do estudo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016). As mensagens das Campanhas enfatizam a importância do aleitamento e o AME e não abordaram nenhum aspecto da AC. Com essas Campanhas, seriam esperadas melhorias nos índices de AM e AME, mas não na qualidade da AC, já que não foi tema de nenhuma delas. Na opinião de alguns especialistas, a falta de uma política específica para a promoção da AC traz como consequência a falta de uma estratégia de comunicação social para esta finalidade, o que torna as Campanhas repetitivas e pouco abrangentes (CARVALHO, 2016)

Quadro 5- Temas das Campanhas Nacionais de Aleitamento Materno 1999 – 2011.

Ano	Tema
1999	“Amamentar é educar para a vida. Vamos reaprender!”
2000	“Aleitamento materno. Bom para a mãe. Melhor para o bebê”
2001	“Aleitamento materno. Uma forma muito especial de comunicação”
2002	”Amamentar é dar ao seu bebê saúde em forma de amor”
2003	“ Amamentação: saúde paz para um mundo melhor”
2004	“Até os seis meses, mudança na alimentação do seu bebê só se for do peito direito para o esquerdo”
2005	“Até os seis meses, seu bebê só precisa do leite materno. Depois, ofereça outros alimentos e continue amamentando”
2006	“Amamentação. Garantir esse direito é responsabilidade de todos”
2007	“Amamentação na primeira hora, proteção sem demora”
2008	“Nada mais natural que amamentar. Nada mais importante que apoiar ”
2009	“Amamentação em todos os momentos. Mais saúde, carinho e proteção”
2010	“Amamente. Dê ao seu filho o que há de melhor”
2011	“Amamentar faz bem para você e para o bebê”

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016.

Dentre os alimentos consumidos pelos menores de seis meses neste estudo, o consumo de outro leite é o único que aponta para crescimento no período. Entende-se, portanto, que o aumento nas taxas de AME em Assis-SP se deu pela diminuição do consumo de água, chás e frutas e eventualmente papas e não pela redução da oferta de outros tipos de leite. Diminuição significativa no consumo de alimentos diferentes do leite materno por crianças menores de seis meses também foi encontrada por Oliveira (2011) no Rio de Janeiro-RJ (diminuição da frequência de consumo de água ou chá, fruta ou suco de fruta e de outro leite que não materno entre 1998 e 2008) e por Rinaldi (2015) analisando uma base de dados nacionais (redução da oferta de leite/fórmulas infantis e alimentos sólidos no período entre 1996 e 2006). Assim, considerando que a amamentação exclusiva somente pode aumentar em decorrência da diminuição da introdução precoce de alimentos, pode-se afirmar que os resultados encontrados no presente estudo estão coerentes com a tendência nacional.

As taxas de Início do AM na primeira hora de vida encontradas neste estudo (85,6% em 2008 e 87,4% em 2011) demonstram que boa parte das mães inicia precocemente a amamentação e são maiores que as encontradas por Vieira et al. (2015) em Feira de Santana-BA em 2009 (68,9%); por Tamasia et al. (2015) em Registro-SP em 2011 (81,1%); por Belo et al. (2014) em Recife-PE em 2011 (31%, sendo dados coletados num Hospital Amigo da Criança) e por Saldan et al. (2015) em Guarapuava-PR (79,3%) em 2012.

Os dados nacionais de 2008 mostram que a capital brasileira com maior taxa desse índice é São Luís-MA (83,5%), sendo o da capital paulista 62,4% (BRASIL, 2009a). Na região de Assis-SP,Minharro (2012) encontrou 67,4% de crianças que mamaram na primeira hora de vida em Botucatu-SP. A proposta de se iniciar o AM logo após o nascimento, segundo informe da UNICEF (2013), mostra que no conjunto dos 108 países avaliados, 13,9% se enquadram na classificação “muito ruim”; 35,2%na categoria “ruim”, 50,9% dos países ocupam uma classificação considerada “boa” e nenhum deles atingiu a categoria “muito boa”, ou seja, um patamar igual ou acima de 90%. Tratando-se de uma meta de saúde de recomendação relativamente recente, é compreensível que a adoção do AM na primeira hora após o nascimento não tenha alcançado os resultados esperados, no entanto há que se considerar que os dados de Assis representam resultados positivos nessa análise.

A amamentação na primeira hora de vida está associada com a maior duração do AM (RINALDI, 2015). Cesariana é o fator de risco mais consistentemente associado à não amamentação na primeira hora de vida e características como baixa renda familiar, idade materna menor que 25 anos, baixa escolaridade materna, ausência de consultas pré-natal, parto domiciliar, falta de orientação sobre amamentação no pré-natal e prematuridade foram identificadas como fatores de risco (ESTEVES et al., 2014).

Os dados de alimentação no primeiro dia em casa também demonstram hábitos positivos de início de AM. O fato positivo, bons e crescentes percentuais de crianças que iniciam precocemente a amamentação e mamam no primeiro dia em casa, não impediu que os percentuais de crianças em AM caíssem com a idade. Apesar da tendência crescente no período 2001-2011, apenas 59,2% das crianças de seis a 12 meses de idade ainda mamavam em 2008 e 53,2% em 2011.

A introdução precoce ou tardia da AC é uma prática frequente no país. A PNDS de 2006 mostrou que no primeiro mês de vida 15% dos lactentes já consumiam mingaus e aos quatro/cinco meses 20,5% já comiam comida de sal, no entanto, aos seis/sete meses (quando todos deveriam estar recebendo AC) apenas 62,8% consumiam comida de sal (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Oliveira (2011) encontrou prevalências decrescentes, porém ainda altas, de consumo de alimentos não recomendados entre crianças menores de seis meses em 2008 no Rio de Janeiro-RJ: 39,7% consumiam água ou chá; 25,1% fruta ou suco de frutas; 42,0% outro leite que não o materno e 56,3% qualquer alimento que não o leite materno. Minharro (2012) encontrou que 21,9% dos menores de seis meses consumiam comida de sal, 19,3% água/suco natural/água de coco, 21,9% frutas e 10,1% mingau no ano de 2010 em Botucatu-SP.

Nos Estados Unidos, Clayton et al. (2013) encontraram que 40,4% das mães entrevistadas já haviam introduzido alimentação sólida antes dos 4 meses de idade do bebê. As razões mais frequentes para a introdução precoce foram “meu bebê já estava grande o suficiente para comer”, “meu bebê parecia com fome a maior arte do tempo” e “meu bebê queria comer o que eu estava comendo ou se mostrava interessado no que outra pessoa comia”. Em outro estudo nos EUA, 52% das mães entrevistadas relataram que os bebês receberam fórmula no hospital e, aos quatro meses, 40% dos bebês já haviam consumido cereais infantis, 17% frutas ou verduras, sendo que, entre as crianças que ainda não haviam introduzido a AC, 70% ainda mamavam aos seis meses contra 34% das que já comiam (GRUMMER-STRAWN et al., 2008).

O consumo de alimentos industrializados tem crescido de forma intensa no Brasil e em outros países emergentes. A substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras) e preparações culinárias a base desses alimentos, por produtos industrializados prontos para consumo traz, entre outras consequências, o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias levando ao aumento da prevalência de obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, câncer e de outras doenças crônicas. São alimentos ricos em açúcares, gorduras e sódio e pobres em fibras, vitaminas e minerais; apresentam alta densidade energética, hipersabor (que gera “dependência”), são de fácil

consumo (sem necessidade de talheres), apresentam-se em embalagens em grandes quantidades e fornecem calorias líquidas (refrigerantes e sucos artificiais), sendo desaconselhados pelo Guia Alimentar para a população Brasileira que traz a recomendação de evitar o uso de alimentos ultraprocessados, que, por natureza, não são saudáveis (BRASIL, 2014).

Nesta pesquisa foram encontradas altas frequências de consumo de alimentos industrializados entre as crianças de seis a 12 meses de idade e, ainda que em menor proporção, também entre as menores de seis meses. Os dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal de 2008 (BRASIL, 2009a) também revelam pequena frequência de consumo de café, refrigerantes e bolacha/salgadinho entre menores de 6 meses e mostram que entre as crianças brasileiras entre 6 a 9 meses de idade o consumo destes alimentos foi 4,9%, 4,6% e 46,7%, respectivamente e entre as paulistas foi 4,6%, 4,3% e 47,0%. Na faixa etária subsequente (9 a 12 meses) foi 8,7%, 11,6% e 71,7, respectivamente, para o total do país e 7,3%, 12,7% e 70,3% para as paulistas. Marinho et al. (2016) encontraram consumo de refrigerantes (17,8%), suco industrializado (34,7%) e açúcar (23,8%) entre crianças de 6 a 24 meses em Macaé-RJ, em 2013. Além dos indicadores preconizados pela OMS, sugere-se continuar e ampliar o monitoramento do consumo de alimentos como suco artificial, refrigerantes, café, biscoitos, balas, bombons, embutidos e carnes processadas (salsicha, mortadela, presunto, *nuggets*), macarrão instantâneo, entre outros alimentos e preparações industrializadas inadequadas à saúde infantil, pois seu consumo tem sido crescente em adultos (IBGE, 2011; BRASIL, 2014) e frequente em crianças menores de cinco anos (AQUINO; PHILIPPI, 2002; TOLONI et al., 2011; LONGO-SILVA et al., 2015; SOTERO et al., 2015), como encontrado em Assis.

Refrigerantes e sucos artificiais, além de conterem aditivos químicos (potencialmente alergênicos), têm sido alvo de intensa preocupação, pois apresentam elevado teor de açúcar e, na sua maioria, são desprovidos de micronutrientes. Vale ressaltar ainda que os refrigerantes contêm polifenóis, que interferem na absorção de ferro não-heme, podendo contribuir para a ocorrência da anemia e, por seus teores excessivos de acidulante como ácido fosfórico, cujo consumo está associado ao aparecimento precoce de osteoporose (TOLONI et al, 2011).

O consumo de alimentos industrializados nos primeiros meses de vida é motivado por estratégias de *marketing* desenvolvidas por indústrias multinacionais, que investem fortemente na divulgação de produtos de alta densidade energética para crianças e adolescentes, contribuindo para o atual ambiente obesogênico (TOLONI et al., 2014).

O aumento da oferta de alimentos industrializados pode influenciar os padrões alimentares da população, principalmente a infantil, uma vez que os primeiros anos de vida se destacam como um período muito importante para o estabelecimento de hábitos (FAO, 1992). Não existem recomendações específicas, identificando quantidade e frequência de consumo de produtos industrializados aceitáveis na dieta infantil. As principais recomendações nutricionais atuais enfatizam o incentivo ao consumo de uma maior variedade de alimentos *in natura*, e que se evite o consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014).

A frequência de uso de mamadeira em 2008 (58,3%) e em 2011 (58,7%), resultados desta pesquisa, são compatíveis com a encontrada na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal de 2008 (BRASIL, 2009a) para o total das crianças brasileiras menores de 12 meses (58,4%), e um pouco menor do que a da região Sudeste (63,8%) e da capital paulista (64,8%). A utilização de mamadeiras, geralmente, implica no consumo de alimentos líquidos (além do leite materno), como leite não materno, água e chá (FRANÇA et al., 2008). Segundo Ruowei et al. (2012) o uso da mamadeira, independentemente do tipo de leite utilizado, pode ser um fator isolado associado ao ganho de peso infantil. Usar mamadeira foi associado ao trabalho materno fora do lar, primiparidade, baixo peso ao nascer, falta de amamentação na primeira hora de vida, uso de fórmula e chá no primeiro dia em casa (BUCCINI et al., 2014). O uso de mamadeira é desaconselhado por ser importante fonte de contaminação – pela dificuldade de limpeza e de adequada higienização – e por aumentar o risco de infecções e diarreia, além de atrapalhar o AM. Outros riscos de usar mamadeiras são o preparo de dietas muito diluídas ou concentradas, o desmame precoce e o aumento nos riscos de mortalidade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010a).

O uso de chupeta pode interferir negativamente no AME por levar à dificuldade de sucção e reduzir o tempo de sucção na mama, diminuindo assim a produção do leite, além de levar ao surgimento de otites e problemas dentários. Ademais, a chupeta é

considerada, também, uma fonte de contaminação (UNICEF, 2009). Fatores como mãe trabalhar fora, primiparidade, falta de amamentação na primeira hora e uso do chá no primeiro dia foram associados ao uso de chupetas (BUCCINI et al., 2014). Esta pesquisa mostra que cerca de metade das crianças estudadas faziam uso de chupeta e, portanto, estavam sujeitas às consequências dessa prática.

Entre as limitações deste estudo, destacam-se aquelas inerentes a pesquisas realizadas com informações autorreferidas, sujeitas a vieses de memória ou influenciadas pelo fato de os entrevistados conhecerem os comportamentos socialmente aceitos, minimizados, no entanto, pela estratégia de levantar informações referentes ao dia anterior. A validade dos resultados encontrados se apoia na utilização da mesma metodologia adotada com sucesso por outros estudos (Parizoto, 2008; Oliveira, 2011; Venâncio et al, 2010a, Venâncio et al, 2010b; Minharro, 2012; Saldan et al, 2015; Tamasia et al, 2015; Vieira et al, 2015), mas que pode ter sido afetada pela redução da cobertura dos inquéritos de 2007, 2008 e 2011. A extensão do “Dia da Vacinação” (um sábado) ao longo da semana subsequente, a partir do ano 2006, pode ter sido a causa da mais baixa cobertura da pesquisa nesse e nos demais anos, uma vez que a pesquisa não acompanhou essa prorrogação. Sugere-se, assim, que os próximos inquéritos sejam estendidos ao período todo de cada Campanha de Vacinação, o que vai exigir uma reformulação da logística utilizada até o momento.

Tendo em vista que o presente estudo se propôs a examinar a tendência temporal de indicadores de AM e AC utilizando inquéritos realizados antes que indicadores de qualidade da alimentação complementar específicos para estudos brasileiros tivessem sido propostos (Oliveira et al., 2015), não foi possível sua utilização integral. Doravante, conhecidos estes indicadores, os questionários deverão ser reformulados de modo a contemplar sua aferição em todo o país.

Outros aspectos metodológicos que merecem comentários por terem eventualmente influenciado sobre os resultados ou sobre sua interpretação são apresentados a seguir.

A análise da tendência temporal de alguns indicadores de qualidade da alimentação complementar sofreu limitações decorrentes de diferenças entre os questionários utilizados no período, especialmente para aqueles que requerem

informações provenientes de questões em que a forma de perguntar foi alterada da versão adotada até 2007 para a utilizada nos anos de 2008 e 2011: “Q17 Tomou mingau doce ou salgado?”, “Q19 Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?”, “Q25 A comida tinha legumes e/ou verduras?” e “Q26 Tomou suco de fruta natural ou água de coco?”. E também para aqueles que utilizaram dados advindos da junção de duas questões da versão anterior inicial: “Q13 Tomou água?”, “Q23 A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe, miúdos?”, “Q24 A comida tinha feijão, em caldo ou grão?” (como observado no Quadro 2). Em algum grau, essas diferenças podem ter impactado nos resultados.

Também é preciso notar que para os anos 2008 e 2011 o indicador AME foi calculado mediante mais informações do que nos anos anteriores. Até o ano 2007 para aferir a situação da criança em relação ao AME foram consideradas as questões Q13, Q14, Q15, Q17, Q18, Q19 e Q26 e para os anos seguintes, além destas, foram incluídas as Q27, Q28, Q29, Q30, Q31 e Q32 (não disponíveis na versão anterior do questionário), tornando o indicador mais refinado, exigente. Isso pode ter afetado para baixo as estimativas de AME em 2008 e 2011, ou seja, a frequência pode ser ainda maior que a descrita.

Quanto aos indicadores Variedade e Dieta Mínima Aceitável há que se considerar a possibilidade de subestimação das proporções obtidas devido ao fato de os questionários não indagarem sobre o consumo de todos os grupos alimentares de interesse: não há pergunta específica sobre consumo de hortaliças cruas, derivados de leite (queijos, iogurte), ovos, arroz, macarrão, pão, entre outros.

Como ponto positivo, o fato de quase a totalidade das crianças em todos os inquéritos residirem no próprio município. Novos inquéritos semelhantes poderão ser utilizados para a avaliação de intervenções de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida que venham a ser desenvolvidas em Assis. Questões específicas destinadas a avaliar o processo destas intervenções poderão ser adicionadas ao questionário alimentar.

Como contribuição à formulação destas intervenções, recomenda-se que, junto com o investimento na promoção da AC saudável, com ênfase na composição e frequência de refeições adequadas, sejam conduzidas ações de regulação e restrição da

promoção de alimentos que não devem fazer parte da alimentação infantil, como leite de outras espécies, refrigerantes, doces, biscoitos/salgadinhos. Além disso, os riscos à saúde associados ao consumo destes produtos nesta fase da vida precisam ser promovidos amplamente no município.

Em relação a novos estudos, recomenda-se responder à questão “Como levar as mães a aderirem às recomendações para a alimentação complementar saudável”. A experiência acumulada com estudos qualitativos sobre o comportamento das mulheres em relação ao aleitamento materno não parece suficiente para subsidiar intervenções pró-alimentação complementar saudável. Ou seja, estudos nacionais e locais sobre os condicionantes do comportamento materno e familiar em relação à alimentação complementar precisam ser feitos.

Perez-Escamilla et al (2012) propõem uma teoria denominada “Modelo Engrenagens do Aleitamento Materno” que visa auxiliar a melhorar os resultados de intervenções direcionadas a saúde das famílias em países de baixa e média renda. Essa teoria propõe que uma argumentação baseada em evidências é necessária para gerar as políticas que irão estabelecer legislação e ações para promover, proteger e apoiar o AM em nível de hospital, maternidade e comunidade. Os autores indicam oito “engrenagens” que devem girar conectadas, de maneira que uma ao rodar impulsiona a outra, sendo elas: (1) Apoio, (2) Vontade Política, (3) Legislação, Normas e Regras, (4) Recursos Financeiros, (5) Treinamento de Recursos Humanos e Oferta de Programas; (6) Promoção, Propaganda, Mídia; (7) Pesquisa e Avaliação e (8) Estabelecimento de Metas e Monitoramento. Os autores afirmam que o Brasil implementou e implementa ações que mantiveram as oito engrenagens se movendo desde os anos 1990 e, por isso, alcançou resultados positivos e melhores que outros países latino-americanos, por exemplo.

Em uma análise superficial (uma vez que nesta pesquisa não se tem dados suficientes para tais afirmações), sugere-se que as ações futuras no município de Assis-SP sejam voltadas às “engrenagens” (5) Treinamento de Recursos Humanos e Oferta de Programas; (6) Promoção, Propaganda, Mídia; (7) Pesquisa e Avaliação e (8) Estabelecimento de Metas e Monitoramento. Justificam-se essas indicações pela tendência dos indicadores de AM no período de análise, entendendo que as ações

existentes surtiram efeitos positivos, ainda que insuficientes; portanto, devem ser melhoradas, com mais capacitação de profissionais e ações de sistematização (como a implantação da IHAC e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil). Além disso, o estabelecimento de metas e o monitoramento permitirão avaliações futuras e devem ser uma das prioridades. Embora a teoria se restrinja ao AM, entende-se que todas essas “engrenagens” precisariam ser implementadas, agora com enfoque na AC, uma vez que não houve ações específicas sobre esse tema no município e que os indicadores mostram situação desfavorável e sem tendência positiva na década.

6 CONCLUSÃO

O resultado deste estudo permitiu conhecer a tendência de indicadores de AM e da qualidade de AC em crianças menores de 12 meses no município de Assis-SP entre os anos de 2001 e 2011.

A alimentação de menores de um ano em Assis-SP evoluiu favoravelmente na primeira década do presente século no que se refere aos indicadores de aleitamento materno. O AME avançou de 24,7% em 2001 para 42,8% em 2011 concomitantemente à redução da frequência de crianças menores de seis meses que tomaram água e chá, tanto no primeiro dia em casa quanto no dia anterior à entrevista e das que comeram fruta, bem como redução na frequência de crianças de seis a 12 meses de idade que tomaram água, água com açúcar e chá no dia anterior à entrevista. No entanto, não houve redução da proporção de crianças que tomaram outro tipo de leite, em nenhuma faixa etária.

Com relação à AC o indicador Oportunidade manteve-se estável e somente alcançou 80% das crianças, nível considerado “bom” para a OMS, nos anos 2001, 2003 e 2011. No entanto, metade das crianças não alcançaram a Frequência Mínima de Refeições e a Variedade recomendadas, em decorrência disto, o indicador Dieta Mínima Aceitável foi alcançado por poucas crianças, especialmente entre as não amamentadas (2,3 % em 2008 e 4,9 % em 2011). Alimentos industrializados foram frequentemente consumidos, especialmente pelas crianças com idade de seis a 12 meses, alcançando 76% em 2008 e 65,5% em 2011.

Vistos em conjunto, os resultados apontam situação distante das recomendações desde o início até o final do período para a maior parte dos indicadores, com evolução positiva dos indicadores de aleitamento materno e estabilidade nos indicadores relativos a alimentação complementar.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, S. W.; LABBOK, M. H. Breastfeeding and otitis media: a review of recent evidence. **Curr. Allergy Asthma Rep.**, v. 11, n. 6, p. 508-512, 2011. Doi: 10.1007/s11882-011-0218-3.
- ABELDAÑO, R. A.; LÓPEZ-DE-NEIRA, M.; BURRONE, M. S. Prácticas de lactancia y alimentación complementaria em menores de 6 meses em Argentina: estimaciones a partir de uma encuesta multipropósito. **Rev. Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 46-54, 2015.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr. (Rio J)**, v. 80, n. 5, supl., p. S119-S125, 2004.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei n. 16.047, de 4 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o direito ao aleitamento materno e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 5 dez. 2015. p. 3. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=176615>>. Acesso em: 14 Abr. 2015.
- ALEITAMENTO.COM. Promoção. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/promocao/default.asp?p=6&cod_conteudo_sub=36>. Acesso em: 14 Abr. 2015.
- ALVISI, P.; BRUSA, S.; ALBORESI, S.; AMARRI, S.; BOTTAU, P.; CAVAGNI, G.; CORRADINI, B.; LANDI, L.; LORONI, L.; MARANI, M.; OSTI, I. M.; POVESI-DASCOLA, C.; CAFFARELLI, C.; VALERIANI, L.; AGOSTONI, C. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. **Ital. J. Pediatr.**, v. 41, p. 36, 2015.
- AQUINO, R. C.; PHILIPPI, S. T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 655-660, 2002.
- ARDEN, M. A.; ABBOTT, R. L. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. **Matern. Child Nutr.**, v. 11, p. 829-844, 2015.
- BANDARA, T.; HETTIARACHCHI, M.; LIYANAGE, C.; AMARASENA, S. Current infant feeding practices and impact on growth in babies during the second half of infancy. **J. Hum. Nutr. Diet.**, v. 28, n. 4, p. 366-374, 2015.
- BARNESS, L. A. History of infant feeding practices. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 46, suppl. 1, p. 168-167, 1987.
- BATISTA, G. S.; FREITAS, A. M. F.; HAACK, A. Alergia alimentar e desmame precoce: uma revisão do ponto de vista nutricional. **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 351-360, 2009.
- BEMFAM Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro Internacional Inc. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde - 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, 1981. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes**. Brasília, 1989. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 28 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações pragmáticas estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Caderno de Atenção Básica, nº 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN. **ENPACS Estratégia Nacional Para**

Alimentação Complementar Saudável: caderno do tutor. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Dez passos para uma alimentação saudável:** guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil:** os primeiros passos (2007–2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:** Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROWN, A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. **Matern. Child Nutr.**, p. 1-12, 2015. doi: 10.1111/mcn.12172.

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. (Rio J)**, v. 82, n.6, p. 445-451, 2006.

CÂMARA MUNICIPAL DE ASSIS. **História da cidade.** Disponível em: <<http://www.assis.sp.leg.br/historia/historia-cidade/>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

CAMERON, S. L.; TAYLOR, R. W.; HEATH, A. M. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids: a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking **BMC Pediatr.**, v. 15, p. 99, 2015.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; MANOEL, C. M.; VENÂNCIO, S. I. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p.430-436, 1998.

CARVALHO, M. R. **Campanhas De Aleitamento Materno em Revisão.** Disponível em: <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=2112>. Acesso em: 15 mai. 2016.

CASTILHO, S. D.; BARROS-FILHO, A. A. The history of infant nutrition. **J. Pediatr. (Rio J)**, v. 86, n. 3, p. 179-188, 2010.

CASTRO, I. R. R.; ENGSTROM, E. M.; CARDOSO, L. O.; DAMIÃO, J. J.; RITO, R. V. F. V.; GOMES, M. A. S. M. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 1021-1029, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epi Info [computer program]**. Version 7.1.5.0: a data collection, management, analysis, visualization and reporting software for public health professionals. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2015.

CLAYTON, H. B.; LI, R.; PERRINE, C. G.; SCANLON, K. S. Prevalence and reasons for introducing infants early to solid foods: variations by milk feeding type. **Pediatrics**, v. 131, n. 4, p. e1108-e1114, 2013.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégia amamenta e alimenta Brasil**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

DAELMANS, B et al. Designing appropriate complementary feeding recommendations: tools for programmatic action. **Matern. Child Nutr.**, v. 9, suppl. 2, p. 116-130, 2013

DANIELS, L et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. **BMC Pediatr.**, v. 15, p. 179, 2015.

ESTEVEZ, T. M. B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 697-703, 2014.

FRANÇA, M. C. T.; GIUGLIANI, E. R. J.; OLIVEIRA, L. D.; WEIGERT, E. M. L.; ESPIRITO SANTO, L. C.; KÖHLER, C. V. BONILHA, A. L. L. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 607-614, 2008.

GEWA, C. A.; LESLIE, T. Distribution and determinants of young child feeding practices in the East African region: demographic health survey data analysis from 2008-2011. **J. Health Popul. Nutr.**, v. 34, n. 1, p. 6, 2015.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **J. Pediatr.**, v. 76, n. 3, p. S253-S262, 2000.

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

HEDIGER, M. L.; OVERPECK, M. D.; KUCZMARSKI, R. J.; RUAN, J. Association between infant breastfeeding and overweight in young children. **JAMA**, v. 285, n. 19, p. 2453-2460, 2001.

HORTA, B. L.; BAHL, R.; MARTINES, J. C.; VICTORA, C. G. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding**: systematic reviews and meta-analysis. Geneva: World Health Organization, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Informações sobre municípios brasileiros**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/236C0>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION. **IBM-SPSS Statistics for Windows** [computer program]. Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corporation, 2012.

IP, S.; CHUNG, M.; RAMAN, G.; TRIKALINOS, T.; LAU, J. A summary of the agency for healthcare research and quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. **Breastfeed Med.**, v. 4, n. 1, p. S17-S30, 2009.

ISSAKA, A. I.; AGHO, K. E.; PAGE, A. N.; BURNS, P. L.; STEVENS, G. J.; DIBLEY, M. J. Comparisons of complementary feeding indicators among children aged 6-23months in Anglophone and Francophone West African countries. **Matern. Child Nutr.**, v. 11, n. 1, p. S1-S13, 2015.

KITOKO, P. M.; RÉA, M. F.; VENANCIO, S. I.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; SANTOS, E. K. A.; MONTEIRO, C. A. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1111-1119, 2000.

KUMMER, S. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; SUSIN, L. O.; FOLLETTTO, J. L.; LERMEN, N. R.; WU, V. Y. J.; SANTOS, L.; CAETANO, M. B. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2000.

LAMBERTI, L. M.; ZAKARIJA-GRKOVI, I.; WALKER, C. L. F.; THEODORATOU, E.; NAIR, H.; CAMPBELL, H.; BLACK, R. E. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 13, suppl. 3, p. S18, 2013.

LAMBERTI, L. M.; WALKER, C. L. F.; NOIMAN, A.; VICTORA, C.; BLACK, R. E. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. **BMC Public Health**, v. 11, n. 3, p. S15-S27, 2011.

LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M. H. A.; MENEZES, R. C. E.; ASAKURA, L.; OLIVEIRA, M. A. A.; TADDEI, J. A. A. C. Alimentos ultraprocessados: consumo entre crianças em creches públicas e análise da composição nutricional segundo a ferramenta "Traffic Light Labelling". **Rev. Nutr.**, v. 28, n. 5, p. 543-553, 2015.

LUTTER, C. K. Growth and complementary feeding in the Americas. **Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.**, v. 22, n. 10, p. 806-812, 2012.

MARINHO, L. M. F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 3, p. 977-986, 2016.

MINHARRO, M. C. O. **Tendência e determinantes das práticas de alimentação complementar em crianças menores de 12 meses no município de Botucatu-SP: 2006 e 2010.** 2012. 90 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

MORGANO, M. A.; SOUZA, L. A.; NETO, J. M.; RONDÓ, P. H. C. Composição mineral do leite materno de bancos de leite. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, v. 25, n. 4, p. 819-824, 2005.

MORISON, B. J. et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. **BMJOpen**, v. 6, n. 5, p. e010665, 2016.

NISHIMURA, R. Y.; CASTRO, G. S. F.; JORDÃO-JUNIOR, A. A.; SARTORELLI, D. S. Breast milk fatty acid composition of women living far from the coastal area in Brazil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 89, n. 3, p. 263-268, 2013.

OLIVEIRA, D. A. **Alimentação complementar no primeiro ano de vida no município do Rio de Janeiro: tendência temporal 1998 – 2008.** 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, J. M.; CASTRO, I. R. R.; SILVA, G. B.; VENÂNCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 377-394, 2015.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN. **Alimentación y nutrición: creación de un mundo bien alimentado.** Roma, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis.** Genebra: OMS, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.** Brasília: OMS, 2001a.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declarações do Milênio** – 2000. Lisboa: United Nations Information Centre, 2001b. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

PARIZOTO, G. M. **Tendências e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 5 meses no município de Bauru-SP.** 2008. 86 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

PASSANHA, A. **Padrão de aleitamento materno em menores de seis meses do Município de Ribeirão Preto segundo apoio recebido em maternidades e no acompanhamento ambulatorial**. 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Toda gestação dura mil dias**. Disponível em: <https://www.pastoraldacrianca.org.br/1000-dias>. Acesso em: 13 mai. 2016.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; CURRY, L.; MINHAS, D.; TAYLOR, L.; BRADLEY, E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the "breastfeeding gear" model. **Adv Nutr.**, v. 3, n. 6, p. 790-800, 2012.

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

REA, M. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, supl. 1, p. S37-S45, 2003.

RAPLEY, G. **Can babies initiate and direct the weaning process?** Unpublished MSc Interprofessional Health and Community Studies. Kent: Canterbury Christ Church University College, 2003 apud ARDEN, M. A.; ABBOTT, R. L. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. **Matern. Child Nutr.**, v. 11, p. 829-844, 2015a.

RAPLEY, G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract.*, v. 84, p. 20–23, 2011 apud ARDEN, M. A.; ABBOTT, R. L. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. **Matern. Child Nutr.**, v. 11, p. 829-844, 2015b.

RAPLEY, G. Baby-led weaning: a developmental approach to the introduction of complementary foods. In: MORAN, V. H. (Ed.). *Maternal and infant nutrition and nurture: controversies and challenges*. London: Quay Books, 2013. p. 261-283 apud ARDEN, M. A.; ABBOTT, R. L. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. **Matern. Child Nutr.**, v. 11, p. 829-844, 2015c.

RAPLEY, G.; MURKETT, T. Baby-led weaning: helping your baby to love good food. Vermillion: London, 2008 apud ARDEN, M. A.; ABBOTT, R. L. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. **Matern. Child Nutr.**, v. 11, p. 829–844, 2015d.

RINALDI, A. E. M. **Tendência secular da alimentação de crianças brasileiras menores de cinco anos nas três últimas décadas**. 2015. 142 f. Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SALDAN, P. C.; VENÂNCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base

em indicadores da Organização Mundial da Saúde. **Rev. Nutr.**, v. 28, n. 4, p. 409-420, 2015.

SANTOS, I. S. Avaliação do impacto de programas nutricionais. **Rev. Nutr.**, v. 22, n. 1, p. 141-150, 2009.

SCOTT, J. A.; DASHTI, M.; AL-SUGHAYER, M.; EDWARDS, C. A. Timing and determinants of the introduction of complementary foods in kuwait: results of a prospective cohort study. **J. Hum. Lact.**, v. 31, n. 3, p. 467-473, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-ix-marilia>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS. **Linha de cuidado da gestante e criança**: Projeto Germinar. Disponível em: <http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=99&task=viewcategory&catid=132>. Acesso em: 29 jul. 2015.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARÍN-LEÓN, L.; PANIGASSI, G.; REA M.F. PÉREZ-ESCAMILLA, R. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 195-212.

SILVA, A. A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. 1990. 228 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVEIRA, R. B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 1. p. 35-43, 2008.

STEVENSON, R.; ALLAIRE, J.H. The development of normal feeding and swallowing. **Pediatr. Clin. North Am.**, v. 38, p. 1439-1453, 1991.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Campanha da Amamentação (SMAM)**. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/campanhas/anteriores/campanha-da-amamentacao-smam-folhetos-e-cartazes-realizados-pela-sbp-e-respectivas-madrinhas-desde-1999/>>. Acesso: 15 abr. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3. ed. Rio de Janeiro: SBP, 2012.

SOTERO, A. M.; CABRAL, P. C.; SILVA, G. A. P. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 33, n. 4, p. 445-452, 2015.

TOLONI, M. H. A.; LONGO-SILVA, G.; GOULART, R. M. M.; TADDEI, J. A. A. C. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Rev. Nutr.**, v. 24, n. 1, p. 61-70, 2011.

TOLONI, M. H. A.; LONGO-SILVA, G.; KONSTANTYNER, T.; TADDEI, J. A. A. C. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 32, n. 1, p. 37-43, 2014.

UEMA, R. T. B.; SOUZA S. N. D.H.; MELLO, D. F.; CAPELLINI, V. K. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina Ciênc. Biol. Saúde**, v. 36, n. 1, p. 349-362, supl., 2015.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Preventing iron deficiency in women and children**. Boston: International Nutrition Foundation, 1999.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

UNICEF. **Situação mundial da infância**: 2013. Crianças com deficiência. Brasília (DF): UNICEF, 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013.pdf>. Acesso em: 03 maio 2016.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 1, p. 40-49, 1998.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P.; REA, M. F.; MONTEIRO, C. A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

VENÂNCIO, S. I. et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. **BEPA**, v. 7, n. 83, p. 4-15, 2010a.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M.; GIUGLIANI, E. R. J. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199-e205, 2015.

VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J. D.; FRANÇA, G. V. A.; HORTON, S.; KRASEVEC, J.; MURCH, S.; SANKAR, M. J.; WALKER, N.; ROLLINS, N. C. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. **Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VIEIRA, G. O.; REIS, M. R.; VIEIRA, T. O.; OLIVEIRA, N. F.; SILVA, L. R.; GIUGLIANI, E. R. J. Trends in breastfeeding in a city of northeastern Brasil. **J. Pediatr.**, v. 91, n. 3, p. 270-277, 2015.

VIEIRA, T. O.; VIEIRA, G. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; MENDES, C. M.; MARTINS, C. C.; SILVA, L. R. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 10, p. 760, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The international code of marketing of breast-milk substitutes**. Geneva: WHO, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva: World Health Organization, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries**: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Nutrition for Health and Development **Complementary feeding**: family foods for breastfed children. Geneva: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Nutrition for Health and Development. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**. Geneva: World Health Organization, 2001a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Nutrition for Health and Development. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**. Geneva: World Health Organization, 2001b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: World Health Organization, 2003a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child nutrition**: global strategy on infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization, 2003b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual do Curso de Aconselhamento em Alimentação de Lactentes e Crianças de primeira infância: um curso integrado.** Guia do facilitador. Geneva: OMS, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007.** Geneva: World Health Organization, 2008.

APÊNDICE– Quadro de porcentagens de *missings* e perdas em cada umas das questões utilizadas por ano de inquérito

Questão	Ano do inquérito						
	2001 (N=1086)	2003 (N=986)	2004 (N=981)	2005 (N=891)	2007 (N=821)	2008 (N=619)	2011 (N=766)
Q07 Data de nascimento desta criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Q08 Sexo	ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Q09 Grau de parentesco	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Q10 Cidade de moradia da criança	ND	ND	ND	ND	0,0	0,0	0,0
Q11 Tomou leite de peito?	0,1	0,1	0,0	0,6	0,0	2,7	0,3
Q13 Tomou água?	0,5	0,8	0,9	0,0	0,0	0,8	0,4
Q14 Tomou chá?	0,2	0,8	0,9	0,0	0,0	0,2	0,3
Q15 Tomou outro leite?	0,2	1,5	0,2	0,0	0,0	0,6	0,4
Q17 Tomou mingau doce ou salgado?	0,1	0,8	0,7	0,0	0,0	2,9	1,0
Q18 Comeu fruta em pedaço ou amassada?	0,2	10,4	7,0	0,0	0,0	2,9	1,2
Q19 Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?	0,3	0,6	0,5	0,0	0,0	3,2	0,8
Q20 Quantas vezes?	SE	SE	SE	SE	SE	5,0	3,8
Q21 A comida oferecida foi:	SE	SE	SE	SE	SE	1,3	0,5
Q22 Essa comida foi?	ND	ND	ND	ND	12,2	1,3	0,7
Q23 A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe, miúdos?	5,7	38,0	31,8	39,8	39,4	1,3	0,5
Q24 A comida tinha feijão, em caldo ou grão?	4,3	38,0	31,8	39,8	43,2	0,3	0,5
Q25 A comida tinha legumes e/ou verduras?	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5
Q26 Tomou suco de fruta natural ou água de coco?	0,2	0,4	0,5	0,0	0,0	4,2	2,0
Q27 Tomou suco industrializado ou água de coco em caixinha?	SE	SE	SE	SE	SE	3,7	0,3
Q28 Tomou refrigerante?	SE	SE	SE	SE	SE	3,9	0,3
Q29 Tomou café?	SE	SE	SE	SE	SE	4,0	0,4
Q30 Recebeu algum alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?	SE	SE	SE	SE	SE	3,6	0,7
Q31 Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho?	SE	SE	SE	SE	SE	4,0	0,5
Q32 Tomou ou comeu outros alimentos?	SE	SE	SE	SE	SE	4,4	0,8
Q33 Usou mamadeira ou chuquinha?	0,3	2,5	0,8	0,0	0,0	3,1	1,2
Q34 Usou chupeta?	0,1	0,9	0,1	0,0	0,0	2,9	1,2

Questão	Ano do inquérito						
	2001 (N=1086)	2003 (N=986)	2004 (N=981)	2005 (N=891)	2007 (N=821)	2008 (N=619)	2011 (N=766)
Q35 Em que município esta criança nasceu?	0,4	0,3	0,6	0,8	0,1	0,5	0,1
Q37 Qual foi o tipo de parto?	0,3	0,5	0,3	0,9	0,0	1,1	1,2
Q38 A criança mamou na primeira hora de vida, logo após o parto?	SE	SE	SE	SE	SE	5,3	2,0
Q43 Qual peso desta criança ao nascer?	3,1	2,3	1,2	1,0	0,0	3,6	3,4
Q44 Onde costuma levar a criança para as consultas de rotina?	0,1	0,7	0,1	1,2	0,0	0,8	2,5
Q46 Mamou no peito? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade)	3,8	2,7	1,1	2,3	1,7	15,3	7,6
Q47 Tomou outro leite? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade)	4,4	4,9	4,3	2,6	1,7	15,7	8,0
Q48 Tomou água? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade)	4,1	2,7	1,4	2,3	1,7	15,7	8,8
Q49 Tomou chá? (referente ao primeiro dia em casa após alta maternidade)	4,1	3,0	1,4	2,3	1,7	15,7	9,2
Q50 Qual a idade da Sra.?	14,6	14,1	11,3	19,2	14,6	13,7	12,3
Q51 Esta criança é seu primeiro filho?	14,7	14,3	11,4	19,1	14,7	14,1	14,0
Q53 Qual a última série que cursou com aprovação?	16,3	22,3	13,5	19,9	14,9	13,9	13,3
Q54 E grau?							
Q55 Sobre o trabalho, neste momento a Sra.?							
1. está trabalhando fora	15,1	71,1	69,5	73,6	14,9	15	14,9
2. não está trabalhando fora							
3. está sob licença maternidade							
Q20 (versão 2001/2007) Tomou água com açúcar?	0,2	0,7	1,2	0,0	0,0	SE	SE

ANEXOS

Anexo A – Versão do questionário usada entre 2001 e 2007

INSTITUTO DE SAÚDE/SES-SP
"Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais – Ano 2007"

Nº _____ (Preenchimento exclusivo do Supervisor de Campo)	01-DATA: ____/____/____
02-ENTREVISTADOR: _____	03-MUNICÍPIO: _____
04-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____	04a-ÁREA 1 ☐ Urbana 2 ☐ Rural

05- QUAL O NOME DESTA CRIANÇA? _____	(Anote apenas o primeiro nome)
06- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____ (Anote da carteira de vacinação)	
06a- SEXO: 1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino	07-A SRA. É A MÃE DESTA CRIANÇA? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
07a- A CRIANÇA MORA NESTE MUNICÍPIO? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não BAIRRO: _____	

O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? Eu vou falando o nome de cada alimento e o(a) sr.(a) me responde SIM ou NÃO , ESTÁ BEM?	
08-TOMOU LEITE DE PEITO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe para Q. 10) 9 ☐ Não Sabe (Passe para Q. 10)
09- SE TOMOU LEITE DE PEITO: - QUANTAS VEZES?	_____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 99 ☐ Não sabe
10-TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DO PEITO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe para Q. 13) 9 ☐ Não Sabe (Passe p/ Q. 13)
11- SE TOMOU OUTRO LEITE, FOI LEITE EM PÓ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe p/Q. 12a) 9 ☐ Não Sabe (Passe p/ Q. 12a)
12-Se SIM→QUAL A MARCA DO LEITE EM PÓ? _____ 5 ☐ Não sabe	
* PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO: 1 ☐ FÓRMULA INFANTIL 2 ☐ LEITE INTEGRAL 3 ☐ LEITE ENRIQUECIDO 4 ☐ OUTROS	
12a-TOMOU LEITE DE CADUINHA, SAQUINHO OU GARRAFA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
13- TOMOU MINGAU OU LEITE ENGROSSADO COM FARINHA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
14- TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe para Q. 16) 9 ☐ Não Sabe (Passe para a 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)	1 ☐ Em pedaços 2 ☐ Amassada 3 ☐ Passada pela peneira 4 ☐ Liquidificada 9 ☐ Não Sabe
15a- SE TOMOU SOPA OU PAPA → TINHA ALGUM TIPO DE CARNE: FRANGO, BOI, PEIXE, OUTROS?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
15b- SE TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES: → TINHA FEIJÃO, CALDO OU GRÃO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
16- COMEU COMIDA DE PANELA, OU SEJA: → COMEU DA MESMA COMIDA OFERECIDA PARA O RESTANTE DA FAMÍLIA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe para a Q. 19) 9 ☐ Não Sabe (Passe para a Q. 19)
17-SE COMEU COMIDA DE PANELA → TINHA ALGUM TIPO DE CARNE: FRANGO, BOI, PEIXE, OUTROS?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
18- SE COMEU COMIDA DE PANELA → TINHA FEIJÃO CALDO OU GRÃO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
19-TOMOU ÁGUA PURA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
20- TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
21- TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
22- TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
23- COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
23a-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS OU SUCOS ARTIFICIAIS?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
24-ALGUM DESSES ALIMENTOS FOI DADO POR MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
25-A CRIANÇA CHUPOU CHUPETA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO (Q.26 à Q.30c)

INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO:	
26- EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? (Anotar o nome) _____	998 ☐ Nasceu em casa 999 ☐ Não Sabe
27- EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? (Anotar o nome) _____	9 ☐ Não Sabe
28- QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? _____ gramas (Anotar da carteira de vacinação) 9999 ☐ Não sabe	
29- QUAL FOI O TIPO DE PARTO:	1 ☐ Normal 2 ☐ Fórceps 3 ☐ Cesárea 9 ☐ Não Sabe
30- ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA COM MAIS FREQUÊNCIA? (Assinale apenas uma alternativa)	1 ☐ Serviço Particular ou Convênio ☐ Rede Pública: _____ (Anotar o nome) 9 ☐ Não Sabe
➤ PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO: SE REDE PÚBLICA, ESPECIFICAR: 2 ☐ Unidade Básica de Saúde 3 ☐ Unidade de Saúde da Família	
30 a- ESTA CRIANÇA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ?	1 ☐ Sim (Passe para a Q.30b) 2 ☐ Não (**) 9 ☐ Não Sabe (**): (** Menores de 4 meses segue p/ Q.31; Maiores de 4m segue p/ Q.37)
30 b- SE JÁ FOI INTERNADA → QUANTAS VEZES? _____	
30 c- 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 ☐ Nasceu em casa 999 ☐ Não Sabe		
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:		
32- MAMOU NO PEITO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
33- TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DE PEITO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
34- TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
35- TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
36- TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ 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) 999 ☐ Não Sabe		
38- ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos) 9 ☐ Não Sabe	
39- A SRA. SABE LER E ESCRIVER?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
40- A SRA. ESTÁ ESTUDANDO?	1 ☐ Sim (Passe para a Questão 42) 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
41- A SRA. JÁ FREQUENTOU A ESCOLA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe para a Questão 44) 9 ☐ Não Sabe (Passe p/ Q. 44)	
42- QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU? _____	43- É O GRAU? _____	
44- A SRA. TRABALHOU FORA DE CASA DURANTE A GRAVIDEZ DESTA CRIANÇA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Passe para a Questão 46) 9 ☐ Não Sabe (Passe para a Questão 46)	
45- SE TRABALHOU DURANTE A GRAVIDEZ, TEVE DIREITO À LICENÇA MATERNIDADE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	
46- ATUALMENTE A SRA. ESTÁ TRABALHANDO FORA DE CASA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe	

OBSERVAÇÃO: _____

Anexo B –Versão do questionário utilizada em 2008 e 2011

ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO / DAPES / SAS/MS - ICICT/IOC/CRUZ - SES/SP
II PESQUISA NACIONAL DE PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO – 2008

01-Nº _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		☐ RECUSA	
01-DATA: ____/____/____		02-ENTREVISTADOR: _____	
03-MUNICÍPIO: _____		04-UF: _____	
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		06-ÁREA ☐ Urbana ☐ Rural	
07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____		☐ Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)	
08- SEXO DA CRIANÇA:		1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino	
09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?		1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro ou nenhum parentesco	
10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?		1 ☐ Sim 2 ☐ 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 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q. 13) 3 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q. 13)	
12-QUANTAS VEZES?		(Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 ☐ Não sabe	
13-TOMOU ÁGUA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
14-TOMOU CHÁ?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
15-TOMOU OUTRO LEITE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/Q.17) 3 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 17)	
16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)			
1 ☐ Só durante o dia? 2 ☐ Só à noite? 3 ☐ De dia e de noite? 4 ☐ Não Sabe			
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q.26) 3 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q.26)	
20-QUANTAS VEZES? 1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes ou mais 4 ☐ Não Sabe			
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
1 ☐ Igual à da família? 2 ☐ Preparada só para a criança? 3 ☐ Industrializada (de potinho)? 4 ☐ Não Sabe			
Q.21 _____		(Código para Digitação)	
22-ESSA COMIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
1 ☐ Em pedaços? 2 ☐ Amassada? 3 ☐ Passada pela peneira? 4 ☐ Liquidificada? 5 ☐ Não Sabe			
Q.22 _____		(Código para Digitação)	
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: "- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA":			
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CACHINHA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
28-TOMOU REFRIGERANTE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
29-TOMOU CAFÉ?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
33-USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	
34-USOU CHUPETA?		1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não Sabe	

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anotar o nome) 9 ☐ Não Sabe	
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anotar o nome)	
998 ☐ Nasceu em casa 9 ☐ Não Sabe	
Q.36 ☐ HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)	
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 ☐ Normal 2 ☐ Fórceps 3 ☐ Cesárea 9 ☐ Não Sabe
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ 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 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE p/ Q.43)
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 ☐ Sim, inteira 2 ☐ Sim, algumas partes 3 ☐ Não leu [Outros acompanhantes]: 9 ☐ 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 ☐ Sim 2 ☐ Não	PARA MENINO (página 56 e 57) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
42-NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 48 e 49) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	PARA MENINO (página 58 e 59) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? g (Se necessário, anote da Caderneta) 9999 ☐ Não Sabe	
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)	
1 ☐ Serviço Particular ou Convênio	
2 ☐ Rede Pública _____ (Anotar o nome)	
9 ☐ Não Sabe/Não se aplica	
Q.44 → Se REDE PÚBLICA especificar: 2 ☐ UBS 3 ☐ PACS/PSF 4 ☐ 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?	
____ Anotar em dias. (PASSE p/ Q.46) 998 ☐ Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE p/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
999 ☐ 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 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ 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 ☐ Sim 2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
52-A SRA. SABE LER E ESCRIVER?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo) 54-E GRAU? (Assinale abaixo)	
0 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
6 ☐ SEM ESCOLARIDADE	1 ☐ ENSINO FUNDAMENTAL 2 ☐ ENSINO MÉDIO 3 ☐ SUPERIOR
Q.53 _____ Q.54 _____ (Código para Digitação)	
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	
1 ☐ Está trabalhando fora 2 ☐ Não está trabalhando fora 3 ☐ Está sob Licença Maternidade	
Observações:	

Anexo C – Aprovação do projeto AMAMUNIC pelo CEP do Instituto de Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSJMS ESTRATÉGICOS EM
SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA

Protocolo: 001/08 2º Parecer

I. Identificação

Título: Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida.

Pesquisador(es): Sônia Isoyama Venâncio, Maria Mercedes Loureiro Escuder, Maria Cecília Dias Miranda, Jerônimo Gerolin, Elsa Regina Justo Giugliani.

Instituição onde se realizará o campo: Postos de vacinação das capitais brasileiras e de alguns municípios definidos pelas SES, priorizando aqueles com alta taxa de mortalidade infantil.

Instituição responsável: Instituto de Saúde – SES/SP.

Data de entrada no CEPIS: 3/03/08.

II. Parecer:

Acusamos o recebimento do projeto de pesquisa acima mencionado, em que as alterações sugeridas por este Comitê em 10.04.2008, foram acatadas. Desta forma considero o projeto **APROVADO**.

Data: 06.05.2008

SILVIA REGINA DIAS MEDICI SALDIVA
COORDENADOR DO COMITÊ DE ÉTICA

Anexo D – Autorização da Secretaria Municipal de Assis-SP**DECLARAÇÃO**

AUTORIZO a pesquisadora **MARINA MANDUCA FERREIRA MARIM**, nutricionista, doutoranda do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB - UNESP a utilizar os dados da pesquisa AMAMUNIC realizadas no município de Assis.

Essa autorização permite que a pesquisadora entre em contato com o Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo em nome do município e tenha acesso aos dados da pesquisa de todos os anos em que a mesma foi realizada.

Assis, 08 de agosto de 2013.

DENISE FERNANDES CARVALHO
Secretária Municipal de Saúde de Assis