

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

Maiara Aparecida Mialich

**ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS MENORES DE 12
MESES NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU:UM ESTUDO
DE COORTE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes
Coorientadora: Prof(a). Dr(a). Sinara Laurini Rossato

**Botucatu
2017**

Maiara Aparecida Mialich

ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS MENORES DE 12
MESES NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU:UM
ESTUDO DE COORTE

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes
Coorientadora: Prof(a). Dr(a). Sinara Laurini Rossato

Botucatu
2017

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

Mialich, Maiara Aparecida.

Introdução de alimentos nos primeiros seis meses de vida :
estudo prospectivo de base populacional / Maiara Aparecida
Mialich. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Maria Antonieta Barros Leite Carvalhaes
Coorientador: Sinara Laurini Rossato
Capes: 40403009

1. Amamentação. 2. Suplementos dietéticos. 3. Lactente -
Nutrição. 4. Levantamentos nutricionais. 5. Estudos de coortes.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Alimentação complementar;
Consumo de alimentos; Nutrição do lactente; Práticas
alimentares.

*"Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!"*

Mario Quintana

Dedico, primeiramente, este trabalho à Santíssima Trindade- Pai, Filho e Espírito Santo- que é a razão da minha existência e meu eterno sustentáculo e minha capacidade diária.

Ao meu avô Antônio Mialich – Nim – que infelizmente já não habita entre nós, mas que sua lembrança é viva em meu coração, e que seria o primeiro a vibrar com minhas conquistas. Amor que não tem fim!

E a todas as crianças que fizeram parte do estudo, que a vida seja lhes sorria e lhes seja gentil.

Agradecimentos

Minha eterna gratidão ao Divino Pai Eterno, por me contemplar com sua bondade, amor, presença e amizade em todos os momentos da minha vida.

À Prof.^a Maria Antonieta, querida Neneca, por toda sua generosidade, doçura, humildade, carinho, paciência e principalmente por ter me incentivado tanto neste caminho.

À Sinara, querida Co-orientadora, que está compartilhando um pouco de seu vasto conhecimento comigo, por ser tão doce e meiga e ter me ajudado com minhas análises.

Aos meus pais, Denilson e Maria por todo incentivo, amparo, amor, carinho e amizade que vocês dão pra mim. Obrigada por serem meus exemplos e por terem me apresentado e ensinado a fé e o amor.

Ao meu noivo e futuro marido Carlos, por todo amor, carinho, incentivo e compreensão, por ser meu melhor amigo e companheiro, e por compartilhar comigo a vida e seus sonhos, obrigada por me fazer tão feliz!.

À Isabela, Bela, minha querida irmã, por sua amizade, companheirismo e principalmente competência. Obrigada por sua contribuição tão preciosa neste estudo.

À Anna Paula Ferrari, por ser sempre tão doce e solícita, por toda sua competência e humildade.

À toda equipe envolvida na coleta e digitação de dados, às alunas de graduação em nutrição, à UPESC, e as entrevistadoras.

À Marcelli, por sua amizade e carinho em todos os momentos, a pós não seria a mesma sem sua amizade e nossas risadas.

À Stéphanie e Jéssica, por serem tão presentes e especiais na minha vida, principalmente por estarmos compartilhando de um momento tão maravilhoso!

Aos meus sogros Fernando e Marli pela amizade e risadas, principalmente por me fazerem parte de suas vidas.

À CAPES pela bolsa a mim concedida.

Sumário

1	Introdução.....	10
1.1	Alimentação, nutrição e a saúde humana	11
1.2	Práticas de introdução da AC no Brasil e no mundo	18
1.3	Justificativa do Estudo	23
2	Objetivos.....	25
2.1	Geral.....	25
2.2	Específicos	25
3	Métodos.....	26
3.1	Delineamento	26
3.2	Local de realização e participantes do estudo.....	27
3.2.1	Captação	29
4	Variáveis do estudo	30
5	Análise Estatística.....	36
6	Análise de sensibilidade.....	40
7	Aspectos éticos	41
8	Resultados	42
9	Discussão	78
10	Considerações finais	94
11	Referências.....	96
12	APÊNDICES	101

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a introdução de alimentos nos primeiros seis meses de vida de uma coorte populacional de lactentes. Trata-se de um estudo de coorte, com amostragem intencional. O foco de interesse (três desfechos) das análises apresentadas neste texto foi a introdução precoce – em menores de dois meses, entre dois e quatro meses e entre quatro e seis meses de vida da criança – de outros leites, outros líquidos e sólidos/semissólidos. Foram processadas estatísticas descritivas e teste de associação entre variáveis socioeconômicas, demográficas, biológicas e referentes à atenção à saúde e cada um dos desfechos, mediante regressão de Cox uni e multivariada. As análises multivariadas apontaram fatores que se associaram com os desfechos nos diferentes períodos estudados, sendo eles: em menores de dois meses de vida, quanto à introdução de outros leites, os fatores que se associaram aumentando o risco foram mães com menos escolaridade (HR=1,75 P=0,04), com menor renda (HR=1,54 P=0,04) e nascimento por cesárea (HR=1,42 P=0,02). Em crianças cuja introdução ocorreu entre dois e quatro meses, o risco foi maior nas que eram filhas de mães não brancas (HR=1,55 P=0,01), as mães de menor renda tiveram proteção (HR=0,61 p=0,03) e cujas mães não tiveram a devida orientação no pré-natal sobre a idade de início da AC possuíam risco aumentado (HR=1,66 P=0,01). No período de quatro a seis meses o fato da mãe trabalhar porém não estar de licença foi um fator fortemente associado com a introdução de outros leites (HR= 2,42 P=0,001). No que tange a introdução de outros líquidos, nenhum fator associado. Entre dois e quatro meses, mais uma vez a cor da pele foi fator associado, porém, desta vez como aumentando o risco (HR=1,30 P=0,04) e também o uso de chupeta (HR=1,36 P=0,02). No período que compreende entre quatro e seis meses o trabalho materno também teve associação, sendo que as mães que não trabalhavam possuíam menor probabilidade (HR=0,55 P=0,003) de ofertar outros líquidos aos bebês nessa idade. Nas análises para se investigar fatores associados com introdução de semissólidos em menores de dois meses, as que eram filhas de mães menos escolarizadas tinham menor risco de que esse evento ocorresse (HR=0,12 P=0,01), entre dois e quatro meses não houve fatores que se associaram. Entre quatro e seis meses, o fato de a mãe não trabalhar reduziu o risco (HR=0,71 P=0,01) de introdução de semissólidos neste período. Pode-se afirmar que a introdução precoce de alimentos na dieta infantil é problema importante no município brasileiro onde o presente estudo foi realizado. Os determinantes variam, embora muitos sejam comuns, como o parto cesárea e uso de chupeta, cor da pele da mãe, escolaridade, renda, trabalho e orientação recebida no pré-natal. Assim, cabe somar ao esforço mundial pelo aumento do aleitamento materno ações voltadas a desencorajar a oferta de outros alimentos aos lactentes, concomitantemente ou não ao aleitamento materno.

Descritores: Nutrição Do Lactente. Aleitamento Materno. Práticas Alimentares, Alimentação Complementar. Consumo de Alimentos

Abstract

The objective of this study was to evaluate the introduction of food in the first six months of life of a population cohort of infants. This is a cohort study, with intentional sampling. The focus of interest (three outcomes) of the analyzes presented in this text was the early introduction - in children under two months, between two and four months and between four and six months of the child's life - from other milks, other liquids and solids / semisolids . Descriptive statistics and test of the association between socioeconomic, demographic, biological and health care variables and each outcome were processed using Cox uni and multivariate regression. The multivariate analyzes indicated factors that were associated with the outcomes in the different periods studied, being: in less than two months of life, in relation to the introduction of other milks, the factors that were associated with increased risk were mothers with less schooling (HR = 1.75 P = 0.04), with lower income (HR = 1.54 P = 0.04) and cesarean birth (HR = 1.42 P = 0.02). In children whose introduction occurred between two and four months, the risk was higher in those who were daughters of non-white mothers (HR = 1.55 P = 0.01), the lower income mothers had protection (HR = 0.61 p = 0.03) and whose mothers did not receive adequate prenatal guidance on the age at onset of CA had an increased risk (HR = 1.66 P = 0.01). In the period of four to six months, the fact that the mother worked but not being on leave was a factor strongly associated with the introduction of other milks (HR = 2.42 P = 0.001). Regarding the introduction of other liquids, no associated factor. Between two and four months, once again the skin color was associated factor, however, this time as increasing the risk (HR = 1.30 P = 0.04) and also the use of pacifiers (HR = 1.36 P = 0.02). In the period between four and six months, maternal work was also associated, and mothers who did not work were less likely (HR = 0.55 P = 0.003) to offer other liquids to the babies at that age. In the analyzes to investigate factors associated with introduction of semisolids in children under two months, those who were daughters of less educated mothers had a lower risk of this event occurring (HR = 0.12 P = 0.01), between two and four Months there were no associated factors. Between four and six months, the fact that the mother did not work reduced the risk (HR = 0.71 P = 0.01) of introduction of semisolids in this period. It can be affirmed that the early introduction of foods in the infant diet is an important problem in the Brazilian municipality where the present study was performed. The determinants vary, although many are common, such as cesarean delivery and pacifier use, mother's skin color, schooling, income, work, and orientation received during prenatal care. Thus, it is possible to add to the worldwide effort to increase breastfeeding actions aimed at discouraging the supply of other foods to infants, concomitantly or not to breastfeeding.

Key words: Infant Nutrition. Breastfeeding. Feeding Practices, Complementary Feeding. Food Consumption

1 Introdução

A alimentação no começo da vida, desde a fase intrauterina, tem papel fundamental na mortalidade, crescimento e desenvolvimento infantil, tendo repercussões em todo ciclo da vida, incluindo a adolescência, a vida adulta e a velhice (Shrimpton, 2012).

Os primeiros 500 dias de vida é o período da concepção até cerca de 6 meses de idade, quando a criança é inteiramente dependente para a sua nutrição na mãe, quer pela placenta ou amamentação exclusiva (MASON, 2014).

Com base em ampla revisão das evidências científicas disponíveis até então, em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a recomendar aleitamento materno exclusivo até a criança completar seis meses de idade e a partir dessa idade a introdução gradativa da alimentação semissólida/sólida, com a manutenção do aleitamento materno até dois anos ou mais de vida (WHO, 2001).

Desde então, outras organizações, paulatinamente, revisaram suas recomendações, como a American Academy of Pediatrics, a European Society of Pediatric (ESPGHAN) e o Departamento de Saúde do Reino Unido, compondo quase um consenso sobre seis meses como o período ideal no qual apenas a amamentação, sem nenhum outro alimento, líquido ou sólido, tem vantagens para a saúde da criança, da mãe e do futuro adulto (ESPGHAN, 2008; ESPGHAN, 2009).

Entretanto, apesar de crescentes, as taxas de aleitamento são insatisfatórias em todo o mundo e substitutos do leite materno são considerados seguros, modernos e valorizados por parcelas imensas da

população mundial (Victora et al., 2016). Igualmente insatisfatório é o padrão de introdução de novos alimentos, avolumando-se em anos recentes a literatura sobre consumo precoce de alimentos em geral, inclusive processados e ultraprocessados nos primeiros meses de vida (Siega-Riz, 2010).

1.1 Alimentação, nutrição e a saúde humana

Amamentar é uma ação que compreende uma profunda interação de fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos e, para encorajar este ato, os serviços materno-infantis tem notável papel de promoção e apoio a essa ação, devendo ser priorizados no contexto das políticas de saúde (Caldeira, 2008).

A amamentação é fundamental para crianças e para as mães, tanto em sociedades pobres quanto ricas. Vários estudos sugerem que a amamentação traz claros benefícios a curto prazo, particularmente a redução da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas na infância, especialmente respiratórias e diarréicas. Para as mães, ela auxilia na perda de peso pós-parto e na involução uterina, além de promover vínculo entre mãe e filho. Tais benefícios foram relatados em países de alta e baixa renda (Lamberti, 2011, 2013; Victora, 2016).

Dentre os efeitos no longo prazo para o lactente, de modo especial, se destacam: aumento da inteligência, o que por decorrência, afeta positivamente a economia, no que se refere ao aumento do ganho financeiro, e uma possível redução nos riscos de diabetes e obesidade na vida adulta (Victora, 2016). Essas vantagens se estendem para as mães e para a família, pois a amamentação além de ser uma opção barata, prática e segura está associada com efeito protetor consistente contra o câncer de mama - em revisão de em

47 estudos bem delineados, demonstrou-se que reduz em 26% as chances para cada doze meses de amamentação, além de proteção contra o câncer de ovário, reduzindo em 37% seu risco (Chowdhury et al., 2015). Há também estudos indicando que a prática do aleitamento materno pode conferir proteção contra osteoporose.

Assim, é fácil compreender porque, dentre as ações para promoção da saúde humana, o aleitamento materno apareça como uma prioridade para o século XXI (Victora et al., 2016).

Desde o começo do presente século, a promoção do aleitamento materno foi considerada a prioridade para saúde infantil, com potencial para prevenir 1.301.000 ou 13% de todas as mortes. A promoção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e a ampla divulgação das contra-indicações da introdução precoce de outros alimentos, incluindo líquidos e semissólidos e, em particular, do leite de outras espécies e seus derivados, além de mingaus, chás, sucos de frutas naturais ou artificiais, biscoitos, dentre outros, tem sido enfaticamente defendida pelas políticas públicas de saúde. A promoção da alimentação complementar saudável e na idade oportuna é considerada a terceira das ações efetivas para redução da mortalidade infantil, tendo o potencial de prevenir 587.000 ou 6% de todas as mortes (Jones et al., 2003).

No Brasil, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno têm sido implementadas desde meados da década de 1970, com resultados bastante satisfatórios. No conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, referente ao aleitamento materno exclusivo, constatou-se aumento de sua prevalência em menores de quatro meses, de 35,5% em 1999, para 51,2%

em 2008; a prevalência em menores de seis meses foi 41% em 2008. A comparação do percentual de crianças entre nove e doze meses amamentadas, entre 1999 e 2008, também mostrou aumento, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008 (Brasil, 2012).

Mas no que se refere à introdução da alimentação complementar e de outros leites e líquidos, a situação brasileira é bastante insatisfatória. Em 2008, constatou-se a vigência de práticas alimentares negativas, como 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. E nesse mesmo ano, um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia comida salgada e frutas (Brasil, 2012).

O balanço da última pesquisa de abrangência nacional realizada no país indicou evolução positiva da duração do aleitamento materno exclusivo e total, mas situação negativa e sem melhorias no que se refere à alimentação complementar, levando ao reconhecimento da importância de monitoramento das práticas de alimentação infantil como um todo, incluindo tanto o aleitamento materno quanto a alimentação complementar. E assim, ações mais abrangentes para a promoção de hábitos alimentares saudáveis nos primeiros dois anos de vida passaram a ser vistas como necessárias e prioritárias (Brasil, 2012).

Dados de 2010 do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) apontaram que 48% das crianças de seis meses a dois anos que frequentavam Unidades Básicas de Saúde já consumiam leites de outras espécies ou leites com farinhas lácteas (Brasil, 2012).

As práticas alimentares no primeiro ano de vida integram ponto importante na construção dos hábitos alimentares da criança. Esse período pode ser dividido em duas fases: antes dos seis meses e após os seis meses. No primeiro semestre de vida a recomendação é que a criança receba leite materno por seis meses exclusivamente, a partir daí a criança deve receber outros alimentos, além do leite materno, para atender às necessidades nutricionais e de crescimento e desenvolvimento (WHO,2003).

Esses outros alimentos são chamados de complementares e entende-se que possam ser qualquer alimento seguro, nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite humano, oferecido à criança que está em aleitamento materno, e que devem ser introduzidos de forma progressiva na rotina alimentar da criança. Assim, é importante que as mães e a família, nesse período, recebam orientações para que façam a introdução de novos alimentos satisfatoriamente (Brasil, 2009).

Do ponto de vista nutricional, a introdução precoce de alimentos pode ser prejudicial, pois diminui a duração do aleitamento materno, interfere negativamente na absorção de nutrientes importantes do leite materno, além de aumentar o risco de contaminação e de reações alérgicas (Saldiva, 2007).

Prover à criança alimentos que não o leite materno precocemente pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, que a sua vez podem levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Por outro lado, a introdução tardia de novos alimentos é desfavorável na medida em que o aleitamento materno exclusivo não atende integralmente às necessidades energéticas e de alguns nutrientes do lactente com mais de seis meses de idade, podendo assim ocorrer

desaceleração/deficiência do crescimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes, como ferro, zinco, cálcio, vitamina A vitamina C e os folatos (Giugliane, 2000; Simon, 2003; Saldiva, 2007).

Ainda são insuficientes as evidências sobre a relação entre a idade da criança de início da alimentação complementar e a saúde infantil, em curto e especialmente em longo prazo. Há estudos indicando que o início da alimentação complementar antes de quinze semanas em bebês amamentados aumenta significativamente o risco de obesidade; a introdução entre doze e quinze semanas aumenta o risco de infecções; a introdução tardia (após 26 semanas) aumenta o risco de futuro de alergias e doenças auto imunes, incluindo doença celíaca, especialmente se a criança não estiver sendo amamentada (Black, 2013).

Ainda que persistam algumas controvérsias, é consenso que lactentes não devem consumir sólidos antes de quatro meses (dezessete semanas), preferencialmente não antes dos seis meses (Agostoni, 2008), pelo maior risco de doenças respiratórias, otites em particular, gastrointestinais, alergias e obesidade futuras e pela imaturidade fisiológica do sistema digestivo que não está apto para receber estes alimentos que não o leite materno (Brown, 2016).

Recente revisão sistemática da literatura concluiu que não há evidências de benefícios da oferta precoce de água, soro glicosado ou fórmula lácteas concomitantemente ao aleitamento materno, apesar destas serem práticas ainda vigentes. Também não foram encontrados benefícios da introdução da alimentação complementar entre quatro e seis meses, embora também não tenham sido detectados riscos aumentados com relação à morbidade ou ganho

de peso. Porém, ressaltam que os estudos tem problemas metodológicos e alguns alto risco de vieses, de modo que ainda não é possível concluir, com alto nível de evidência, sobre os benefícios ou danos associados com a idade de início da alimentação complementar. Como não foram encontradas evidências contrariando as recomendações vigentes, concluem por sua manutenção, ou seja, aleitamento materno exclusivo até seis meses (Smith, 2016).

Considerando o conhecimento científico sobre nutrição infantil, as práticas culturais e o contexto de saúde e vida dos lactentes nos diferentes países, guias alimentares para essa fase apresentam variações entre países e regiões, sendo estas maiores no que diz respeito à idade de introdução e aos tipos de alimentos complementares.

As propostas para alimentação infantil adequada foram apresentadas pela OMS em dez diretrizes, destacando-se o leite materno como o primeiro e único alimento a ser oferecido até o sexto mês de vida da criança (WHO, 2003). Para ser adequada, a alimentação complementar deve abarcar quatro elementos primordiais: 1- adequação ao tempo de introdução: quando esta é iniciada a partir do sexto mês; 2- adequação às recomendações nutricionais: quando os alimentos são ofertados em quantidade suficiente para assegurar o crescimento; 3- adequação às normas de higiene: quando os alimentos são preparados e armazenados em locais e recipientes apropriadamente higienizados; 4- adequação à forma de oferta: quando os alimentos são oferecidos de acordo com os sinais de fome e saciedade da criança (WHO, 2003).

A promoção da alimentação saudável voltada para as crianças menores de dois anos já foi iniciada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro desde 2002, com a publicação do guia “Dez Passos para uma Alimentação Saudável – Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos”, elaborado a partir de pesquisas nacionais e internacionais, com a identificação dos principais problemas e intervenções necessárias, originando um conjunto de recomendações para alimentação infantil com mais ênfase na alimentação complementar saudável, de forma a subsidiar e nortear práticas clínicas e educativas dos profissionais da saúde (Brasil, 2002).

Resumidamente, as recomendações do guia brasileiro para alimentação saudável são: dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento; ao completar seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais; ao completar seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes/hortaliças) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno, ou ao completar quatro meses se não houver mais aleitamento materno.

Essas refeições devem ser oferecidas de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança; além disso, a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; deve-se iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família. Recomenda-se ainda oferecer à criança diferentes alimentos ao dia - uma alimentação variada é uma alimentação colorida;

estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida; usar sal com moderação; cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados; estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (Brasil,2014).

1.2 Práticas de introdução da AC no Brasil e no mundo

Apesar da disponibilidade de guias e diretrizes desde o início do presente século, apenas em anos recentes surgiram políticas e programas brasileiros especificamente focados na alimentação complementar saudável. Em 2011, foi apresentada a primeira estratégia brasileira para promoção de práticas adequadas de alimentação complementar dentro dos serviços públicos de saúde. A Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável ENPACS – propunha e organizava ações para capacitação das unidades básicas de saúde para promoção da alimentação complementar saudável. O objetivo era inserir a orientação alimentar para os primeiros anos de vida como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, respeitando-se a identidade cultural e de saúde dos diferentes contextos loco-regionais brasileiros. E ainda, adequando-se à realidade do processo de trabalho dos diferentes serviços de saúde (Brasil, 2012).

A ENPACS foi posteriormente integrada à Rede Amamenta Brasil, em 2012, quando ambas passaram a ser uma só intervenção, recebendo o nome

de Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, ainda em vigor. O objetivo é qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos (Brasil, 2012).

Estudos recentes investigaram a implantação da Rede Amamenta Brasil e seu impacto sobre indicadores de aleitamento materno, revelando que a prevalência da amamentação exclusiva em menores de seis meses foi de 38%, inferior à obtida na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, que foi de 41% dos brasileiros em 2008 como já citados anteriormente. Concluem que é importante que os municípios intensifiquem as ações para expandir essa prática, pois parece estar havendo algum retrocesso (Brasil, 2012; Venâncio, 2016).

É importante ressaltar que a amamentação não é influenciada apenas pelas características, sejam biológicas ou sócio-demográficas, das mães e bebês, mas também pela presença de programas e ações que incentivem e protejam a amamentação em nível municipal (Venâncio, 2006, 2011). Uma investigação sobre o assunto no município do Rio de Janeiro destacou o papel desse nível de atenção sobre a prática da amamentação exclusiva (Pereira, 2016).

Sobre o impacto da Rede Alimenta Brasil, as pesquisas ainda são inaugurais. Um estudo realizado em município do interior paulista (Ribeirão Preto) comparou crianças acompanhadas em serviços públicos certificados pela Rede Amamenta Brasil, ou que haviam feito a oficina recomendada pela Rede, com crianças acompanhadas em serviços públicos que não aderiram a

essa proposta, além de serviços privados. A prevalência de amamentação exclusiva em menores de seis meses foi significativamente maior (razão de prevalência – RP = 1,41; intervalo de 95% de confiança – IC95%: 1,01;1,95) nas crianças acompanhadas em unidades de saúde certificadas na Rede, sugerindo que essa pode ser uma estratégia efetiva para aumentar os índices de AME (Passanha, 2013).

No município de Bento Gonçalves da região Sul do país, um estudo realizado sobre o impacto desta Rede não constatou diferença estatisticamente significativa nas prevalências de AME e de AM entre as crianças acompanhadas por serviços que aderiram a ela (certificados e não certificados) e as que frequentavam serviços que não foram expostos às ações da estratégia certificadas (Brandão, 2015). Esses achados contraditórios reforçam a recomendação de realização de mais estudos de avaliação do impacto dessa estratégia, que explorem seu efeito, controlando a influência de outras variáveis individuais e contextuais.

Estudos locais brasileiros também vêm demonstrando situação preocupante quanto aos indicadores de qualidade da alimentação de lactentes (Oliveira, 2011, Marinho, 2016).

Na cidade do Rio de Janeiro, um estudo de tendência temporal (dez anos) demonstrou redução significativa da proporção de crianças com seis meses ou mais de idade que recebiam alimentação com consistência adequada para a idade, que consumiam alimentos ricos em ferro e 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 aleitamento complementar em crianças com idade entre seis e doze meses de idade (Oliveira, 2011).

Marinho et al. (2016), analisando a situação da AC de crianças entre seis a doze meses assistidas na atenção básica à saúde de Macaé-RJ, encontraram que 72,3% consumiam verduras/legumes, 75,3% frutas e 63,4% carnes em lactentes entre seis - doze meses de idade, todos alimentos considerados indicadores de alimentação 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.

A situação de inadequação da alimentação infantil que alguns estudos brasileiros mostraram recentemente não é restrita a esse país. No Sri Lanka, crianças entre seis a doze meses consomem cereais “infantis”, chocolates, chás, sorvetes e salgadinhos. Altas proporções de crianças nesta faixa etária comiam alimentos com sal (58,6%) e açúcar (42,3%). Além disso, 62,3% eram alimentadas com mamadeira (Bandara et al., 2015).

Todos os lactentes de uma coorte prospectiva no Kwait receberam alimentos complementares antes dos seis meses de idade, sendo 30,4% antes de dezessete semanas de idade (Scott et al., 2015).

Apenas 30 a 40% das crianças do Quênia, Tanzânia e Uganda consumiam dietas com adequada diversidade (Gewa, 2015). Na África Ocidental, onze países, indicadores de alimentação abaixo dos requisitos da OMS. No que refere ao consumo de alimentos semissólidos ou pastosos na idade oportuna (seis a vinte e três meses), em países anglófonos, a proporção variou de 55,3% (Libéria) a 72,6% (Gana); em países francófonos, de 29,7% (Mali) a 65,9% (Senegal) (Issaka et al., 2015). A taxa de diversidade mínima

para os países anglófonos foi de 32,0%, enquanto que nos países francófonos foi de apenas 10,6%. Quanto à frequência mínima de refeições, os resultados situaram-se 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 alarmantemente baixas do indicador global “dieta mínima aceitável”: 19,9% (países anglófonos) e 5,5% (francófonos) (Issaka et al., 2015).

Estudo realizado em 2012, com dados da América Latina e Caribe, encontrou que, em catorze dos dezenove países estudados, menos da metade das crianças era exclusivamente amamentada durante os primeiros seis meses de vida, o que indica 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% (Lutter, 2012).

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

Programas que visem a melhor qualidade das práticas alimentares no período da infância exigem boa compreensão da situação local (Daelmans et al., 2013). Com diretrizes nacionais e internacionais divulgadas com grande amplitude (WHO, 1998, 2001, 2003; Brasil, 2002, 2009, 2010) e políticas públicas nacionais sobre o tema, faz-se imprescindível o acompanhamento e monitoramento de indicadores referentes à qualidade da alimentação

complementar que subsidiem o desenvolvimento, a avaliação e o redirecionamento de ações, como preconiza (Oliveira et al, 2015).

Estudos com mulheres de origem latina vivendo nos EUA demonstraram que o uso concomitante de leite materno e fórmula láctea é frequente e tem início muito precocemente, possivelmente porque há a crença de que essa combinação é a melhor forma de nutrir a criança (Bunik et al., 2006; Cartagena et al., 2015). Porém, a prática do aleitamento misto está associada com menor duração do aleitamento materno e introdução precoce da alimentação complementar, que a sua vez pode aumentar o risco de obesidade na infância e vida adulta (Pearce et al., 2013; Yan et al., 2014, Cartagena et al., 2015;).

1.3 Justificativa do Estudo

Considerando a relevância para a saúde infantil e para a saúde do futuro adulto, além das lacunas do conhecimento brasileiro sobre a idade de início e determinantes das práticas alimentares nos primeiros meses de vida , estudos nacionais sobre a alimentação no começo da vida são necessários.

Esse é o propósito do presente estudo: avaliar com profundidade a qualidade da alimentação de lactentes de um município paulista, em especial conhecer a idade de introdução de cada novo alimento e identificar fatores associados a práticas adequadas ou inadequadas. A hipótese subjacente é que os determinantes da introdução de alimentos em diferentes idades da criança não seja os mesmos.

Apesar do reconhecimento da importância da alimentação complementar para a saúde da criança, estudos brasileiros sobre a idade precisa em que ocorre a introdução de cada novo alimento e os fatores que se associam são

escassos. A nosso ver, tais estudos são importantes para o estabelecimento da cronologia de introdução de cada novo alimento e para permitir a identificação de fatores que predisõem à introdução em idade inoportuna. Assim, o presente projeto pode contribuir para reduzir essa lacuna no conhecimento mediante o acompanhamento da alimentação de uma coorte populacional de lactentes, do nascimento até o final do primeiro semestre de vida, com foco na introdução precoce de novos alimentos além do leite materno.

Com vistas a superar algumas limitações próprias de estudos transversais, delineou-se um estudo de coorte. Estudos de coorte prospectiva permitem analisar eventos tempo dependentes e, assim, são particularmente adequados para se avaliar as práticas introdutórias de alimentação complementar de uma população.

2 Objetivos

2.1 Geral

- Analisar a introdução de alimentos no primeiro semestre de vida de uma coorte de lactentes.

2.2 Específicos

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos participantes do estudo;
- Identificar a média e a mediana da idade de introdução de cada novo alimento e, em particular, de três grupos alimentares: outros leites, outros líquidos e semi-sólidos/sólidos;
- Verificar a proporção de crianças em que houve introdução dos referidos três grupos alimentares nos seguintes períodos de vida: antes de dois, entre dois e quatro e entre quatro e seis meses de idade;
- Identificar fatores associados com a introdução dos três grupos de alimentos nos três períodos etários.

3 Métodos

3.1 Delineamento

Trata-se da análise de dados da alimentação de uma coorte prospectiva de lactentes. O presente estudo está inserido em um projeto maior -“Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista” - conduzido pelo grupo de pesquisa “Saúde da Mulher, Criança e Adolescente – SAMUCA” da FMB-UNESP e CNPq (n:1049616900788748), com participação de docentes, pesquisadores, graduandos e pós graduandos, sendo a autora desta dissertação uma delas. O projeto maior teve tendo apoio financeiro fornecido pela FAPESP (n. do processo: 15/03256-1).

Todos os recém-nascidos residentes no município de Botucatu/SP que compareceram para atendimento no serviço de saúde Clínica do Bebê no período de 27 de julho de 2015 a 02 de fevereiro de 2016 foram convidados a participar do estudo. A Clínica do Bebê é um serviço público, de atendimento centralizado e demanda programada, oferecido pela prefeitura a todos os recém-nascidos nas duas maternidades, pública e privada, residentes no município. Este serviço foi eleito como local de captação pela alta cobertura que tem alcançado: em torno de 80%, conforme levantamento realizado em 2014 (Mialich, 2014).

3.2 Local de realização do estudo e participantes

O município de Botucatu tem população estimada de 127.328 habitantes, situa-se na região centro-sul do estado de São Paulo, e faz parte do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), que tem como centro o município de Bauru e como componentes outros 67 municípios (SEADE, 2015).

Para atendimento ao parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o município conta atualmente com um hospital-escola e para a assistência privada, o município dispõe também de um outro hospital (SEADE, 2015).

O hospital escola, fundado em 1962, atualmente é considerado a maior instituição pública vinculada ao SUS da região. Dispõe de 385 leitos e 52 leitos de UTI (30 para adultos, 15 para unidade neonatal e 7 leitos pediátricos). a maternidade possui 40 leitos destinados às gestantes/puérperas e 24 leitos para recém-nascidos na modalidade alojamento conjunto com a mãe. É também hospital de referência para atendimento a gestantes e recém-nascidos de risco.

O hospital privado, inaugurado em 1901, conta atualmente com 111 leitos destinados a pacientes clínicos, cirúrgicos, maternidade e pediatria. A maternidade possui dezesseis leitos reservados às gestantes/puérperas, divididos entre quartos privativos e semi-privativos, seis leitos para recém-nascido, duas salas de parto normal e dois leitos de pré-parto.

Para atendimento ao recém-nascido, Botucatu conta com quatro unidades básicas de modelo tradicional, quatro policlínicas, doze unidades de saúde da família, uma unidade de pronto atendimento infantil e os dois hospitais, público e privado, anteriormente citados.

Conta, também, como já citado, com a Clínica do Bebê, cuja finalidade é assistir a mãe e o bebê na primeira consulta clínica do recém nascido. Após essa consulta, o bebê realiza os testes neonatais (olhinho, orelhinha, lingüinha, coraçãozinho, e pezinho) e é encaminhado para acompanhamento de puericultura na Unidade Básica de Saúde a qual sua residência está adstrita. (Mialich, 2014). Parte dos recém-nascidos segue para a assistência privada.

Este estudo foi baseado em amostra intencional, incluindo todas as mães e seus bebês nascidos vivos no período de 29 de junho de 2015 a 11 de janeiro de 2016. Foram utilizados como critérios de elegibilidade: residir no município de Botucatu; ser recém-nascido, não gemelar, de qualquer idade gestacional e peso ao nascer; não apresentar condições que contra-indicassem ou impedissem a alimentação por via oral e/ou o consumo de leite materno ou que impedissem a mãe de amamentar. As mães deveriam ter condições de responder a entrevistas presenciais e telefônicas.

3.2.1 Captação

Das 923 mães abordadas, 138 (15%) não eram elegíveis e 129 (14%) se recusaram a participar, resultando em 656 lactentes. Mães e bebês foram, então, acompanhadas ao longo do primeiro ano de vida do bebê. No presente estudo foram analisados os dados sobre a alimentação no primeiro semestre de vida da criança.

A coleta de informações foi realizada em quatro (4) momentos. Dados socioeconômicos, demográficos, história obstétrica, características dos recém-nascidos, aspectos da assistência pré-natal, ao parto e aspectos da alimentação, desde o nascimento até a primeira consulta clínica, foram obtidos presencialmente, na Clínica do Bebê. Foram utilizados para descrever a coorte e, também, integram o rol de fatores potencialmente associados com as práticas alimentares sob investigação.

Na figura 1 estão apresentados os momentos de coleta de dados e logo em seguida, estão sumarizadas as informações colhidas em cada um deles.



Figura 1: Momentos de coleta. Coorte populacional de recém-nascidos e mães de Botucatu. 2015-2016.

Participaram da coleta de dados acadêmicos dos cursos de nutrição e enfermagem equipe de entrevistadores domiciliares, com experiência prévia

em projetos anteriores da instituição universitária, treinados e supervisionados para garantia da qualidade dos dados. A equipe de coleta e digitação dos dados foi composta por dezenove pessoas que se dividiram nas várias atividades: uma coordenadora geral de campo; uma supervisora de coleta de dados; cinco entrevistadoras que conduziram as entrevistas na Clínica do Bebê; uma entrevistadora responsável pela coleta de dados mediante ligações telefônicas; três entrevistadoras responsáveis pelas visitas domiciliares; cinco revisoras de consistência dos dados colhidos; nove digitadoras, incluindo algumas daquelas entrevistadoras que conduziram as entrevistas na Clínica do Bebê; dois membros da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva – UPESC, vinculada a Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, que deram apoio técnico e contribuíram com a organização e logística.

Os instrumentos para a coleta e registro dos dados foram construídos pelos pesquisadores e testados através de estudos pilotos, para ajustar as questões que poderiam apresentar possíveis dificuldades. (APÊNDICES 1 - 4).

4 Variáveis do estudo

A seguir estão alocadas no quadro 1 as variáveis que serão utilizadas neste estudo, como foram aferidas e como serão expressas.

Variável	Aferição	Forma Expressa
<i>Cor da pele</i>	auto-relatada	categorizada em branca e não branca
<i>Escolaridade da mãe no momento do parto</i>	avaliada anos de estudo completos, de acordo com a última série escolar concluída	categorizada em ≥ 12 anos completos de estudo, 9 a 11 anos completos de estudo, ≤ 8 anos completos de estudo
<i>Idade da mãe no parto</i>	coletada em anos completos	Categorizada em 20 entre 34 anos, >35 anos e <19 anos
<i>Renda familiar percapita na época do parto</i>	coletada em reais (R\$), como variável contínua	categorizada em quartis de renda, sendo incluídas como nos quartis mais altos as pessoas com maior renda e nos quartis mais baixo as pessoas com menor renda
<i>Trabalho materno fora de casa</i>	coletado como variável dicotômica sim ou não	categorizada em: não trabalhava, trabalhava, porém, estava de licença maternidade e trabalhava porém não

		estava de licença maternidade
<i>Número de filhos</i>	coletado como variável categórica	expressa como primípara e múltipara
<i>Presença de companheiro materno na residência</i>		dicotômica sim ou não
<i>Local de pré-natal</i>		dicotômica: Particularou Público
<i>Se a mãe tinha sido orientada durante as consultas de pré-natal, sobre idade ideal para introduzir alimento além do leite materno</i>		dicotômica sim ou não
<i>Número de consultas de pré-natal na gestação</i>	coletada de forma contínua	dicotomizada em <7 consultas e >7 consultas
<i>Peso ao nascer</i>	coletada de forma contínua	dicotomizada em menor que 2.500g (baixo peso) ou maior ou igual a 2.500g
<i>Tipo de parto</i>		forma dicotômica cesárea ou vaginal

Quadro 1: Dados socioeconômicos, demográficos, história obstétrica, características dos recém-nascidos, aspectos da assistência a saúde coletadas no momento 1- Captação.

4.1 Alimentação (dados coletadas nos momentos 2, 3 e 4)

Todos os alimentos abaixo listados tiveram sua participação na alimentação da criança avaliada em cada entrevista (aos dois, quatro e seis meses de idade) e, em caso afirmativo, foi indagada a idade da introdução de cada um, o número de vezes por semana que o alimento foi consumido na semana anterior para confirmar a introdução (pelo menos uma vez na semana anterior) e a consistência do alimento consumido.

- Variáveis agrupadas como sendo “outros leites”: Leite de vaca líquido (longa vida, saquinho), leite de cabra ou soja, Leite em pó integral (Ninho, Glória); Fórmula láctea para lactente (Nan®, Aptamil®, Nestogeno®, etc);
- Variáveis agrupadas como sendo “outros líquidos”: água; água de coco natural; chás, sucos naturais ou industrializados, refresco em, refrigerante, café;
- Variáveis agrupada como sendo “semisólidos e sólidos”: Mingau (leite e algum espessante, Maisena®, Arrozina®, etc); Cereais ou misturas de cereais para lactente (Mucilon®, Neston®, farinha láctea, quando estas se davam em consistência de mingau); Queijos (branco, ricota, mussarela, etc); Margarina ou Requeijão ou manteiga; Iogurte ou coalhada; Danoninho® ou outro *petitesuisse*, frutas em geral em pedaços, amassadas ou em mingaus; Papa industrializada infantil doce ou de sabor de fruta ; Papa industrializada infantil salgada pronta para consumo, Legumes (crus ou cozidos) ,Hortaliças folhosas (cruas ou cozidas); Arroz, batata, inhame, mandioca; Leguminosas (feijão,

lentilha, soja, grão de bico); Macarrão (exceto miojo); Macarrão instantâneo tipo miojo; Farinhas (fubá, aveia, mandioca, farinha de trigo); Carne bovina; Carne suína; Carne de frango; Vísceras (fígado, rim, bucho); Peixe; Ovo (só clara, só gema ou clara e gema); Embutidos (salsicha, Nuggets®, linguiça, mortadela, salame, presunto); Biscoitos simples, doce ou salgado; Biscoitos recheados; Pizza, esfirra, coxinha, pastel, tortas salgadas ou outros salgados prontos; Salgadinhos de pacote tipo fandangos; Doces tipo compota, bolo, pudim, manjar, pudim, geléia, goiabada; Sorvetes, chocolate, brigadeiro, gelatina, bala, pirulito e outras guloseimas ou docinhos (doces ultraprocessados); Temperos prontos (Sazon®, e Caldo Knorr®).

Neste estudo, com seguimento até seis meses, buscou-se avaliar a introdução precoce de três grupos alimentares - outros leites, líquidos e semi-sólidos/sólidos e a idade de introdução de cada um deles. Futuramente, em outro trabalho será analisada a introdução de alimentos dos seis aos doze meses

Para a investigação de fatores associados à idade de introdução dos novos alimentos, foram definidos três períodos etários: antes do dois meses, entre dois e quatro meses e entre quatro e seis meses de idade.

Assim, foram considerados os seguintes desfechos:

- Introdução denominada ultraprecoce, ou seja, com idade inferior a dois meses, expressa como uma variável contínua (em dias) e também como uma variável dicotômica, sim/não ;
- Introdução denominada *precoce intermediária*, ou seja, com idade compreendida entre dois a quatro meses de vida, expressa como uma variável contínua (em dias) e também como uma variável dicotômica, sim/não;

- Introdução denominada *precoce tardia*, ou seja, com idade entre quatro a seis meses de vida, expressa como uma variável contínua (em dias) e também como uma variável dicotômica, sim/não.

5 Análise Estatística

A entrada de dados foi realizada no programa Excel. A codificação e a digitação dos dados foram realizadas de maneira concomitante à coleta e após análise crítica do supervisor de campo e verificação da consistência dos dados com correção de erros.

As análises foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for the Social Science*- SPSS® V.20 para Windows®, versão em português.

Foram calculadas as idades médias e medianas de início de cada novo alimento e as frequências de crianças que receberam os três grupos alimentares nas diferentes faixas etárias. As medianas foram estimadas pelas curvas de sobrevida de Kaplan-Meier. Foram também selecionadas as variáveis que, pelo modelo de regressão de Cox tiveram associação com os desfechos, após essa seleção foram realizados sobre elas o teste de Log Rank (Mantel Cox) para identificar valores significantes, sendo escolhidas aquelas que tiveram valor neste teste de $P \leq 0,05$ para traçar a curva de sobrevida.

Para testar a associação entre a introdução dos grupos de alimentos em cada faixa etária com as características sócio-econômicas e demográficas, biológicas da mãe e da criança, além de variáveis relacionadas a atenção à saúde, desde o pré-natal, foi primeiramente, realizada análise de regressão de Cox, univariada. Em seguida, análises multivariadas incluindo as co-variáveis como variáveis de efeito fixo, pelo método “Enter”. Para a aplicação desta técnica estatística transformou-se a variável resposta para gerar a censura. Primeiramente, interpretou-se o comportamento da variável resposta ao fim do

tempo de exposição, atribuindo o valor “0” para cada criança que teve os grupos de alimentos introduzidos em cada período, interpretada pelo tempo decorrido entre o nascimento até a ocorrência do evento de interesse, e atribuiu-se o valor de “1” para cada criança quando o evento não ocorreu. A medida de efeito gerada pela análise estatística foi o *hazard ratio* (HR), interpretado como risco relativo.

Como já referido, primeiro realizou-se regressão de Cox univariada para testar as variáveis que iriam entrar para o modelo múltiplo. Todas aquelas que atingiram o valor condicional de significância de $P < 0,10$, foram incluídas na análise multivariada, realizada de modo hierarquizada. Para tal, os fatores foram agrupados em blocos, organizados segundo a precedência com que influíram nos desfechos.

Assim, a entrada de fatores preditivos no modelo foi baseada em modelo hierárquico, sendo definidos para este estudo três blocos de fatores: distal, intermediário e proximal. As variáveis independentes que compuseram o blocodistal foram: cor da pele, escolaridade da mãe no momento do parto, idade da mãe no parto, renda familiar *percapita* no parto, trabalho materno, paridade, presença de companheiro materno na residência.

No nível intermediário foram incluídas as variáveis: local de pré-natal, mãe foi orientada durante o pré-natal sobre a idade em que deveria introduzir algum alimento além do leite materno, número de consultas de pré-natal. Enfim, o nível proximal incluiu: peso ao nascer, tipo de parto e uso de chupeta.

A etapa intermediária envolveu modelos múltiplos dentro de cada bloco. Assim, as variáveis de cada nível foram incluídas juntas em modelos de regressão de Cox, ajustando-se umas as outras. Em seguida, foram rodados modelos múltiplos para cada desfecho, ajustando-se as variáveis do nível intermediários pelas do nível mais distal, e as proximais pelos dois níveis precedentes.

Nesta etapa, para a seleção das variáveis de ajuste também adotou-se a seguinte condição: $P \leq 0.10$.

Para detectar uma associação entre cada variável independente e a variável resposta, utilizou-se $p < 0,05$ na análise multivariada de seu nível, ajustada apenas pelos fatores detectados nos níveis precedentes. Em outras palavras, as variáveis do nível intermediário foram ajustadas entre si, e para as variáveis que, no nível distal, alcançaram significância estatística de pelo menos 10%. O mesmo procedimento foi realizado para o nível proximal. Essa estratégia de modelagem seguiu os passos preconizados por Victora et al. (1997).

É importante mencionar que a organização das variáveis em níveis foi realizada de acordo com modelo teórico dos determinantes da introdução precoce de alimentos complementares (**Figura 2**) construído pela autora deste estudo com base na literatura (VIEIRA, 2014) e na plausibilidade biológica.

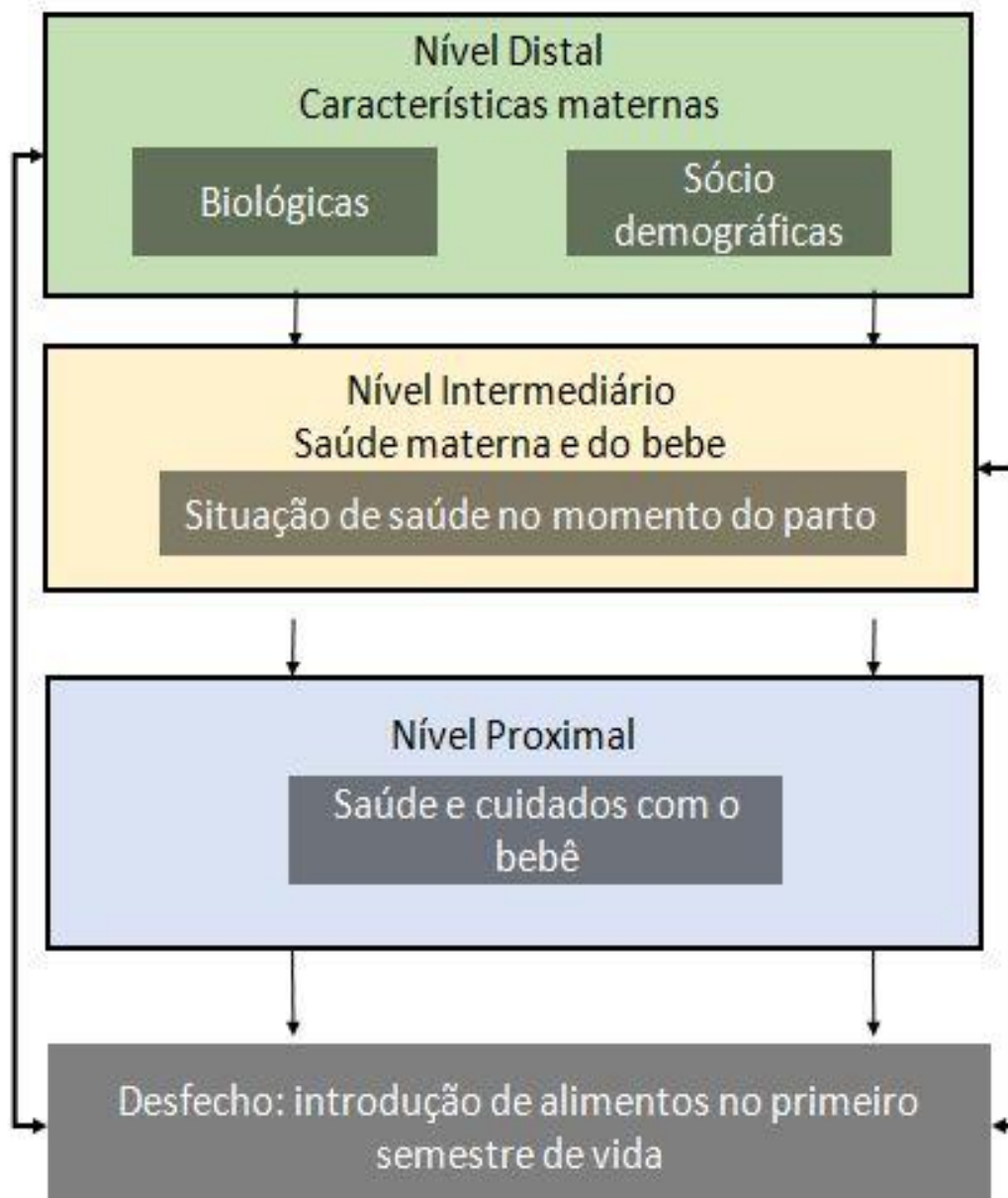


Figura 2 Modelo teórico hierárquico para os fatores determinantes da introdução de alimentos complementares no primeiro semestre de vida.

6 Análise de sensibilidade

Realizou-se análise de sensibilidade avaliando a variável “trabalho materno” testando-a em dois níveis diferentes, no que se refere às bloco distal, que incluiu as condições socioeconômicas da mãe e testada também com as variáveis do nível proximal, por também representar um fator relativo aos cuidados ao bebê. Não atingindo diferenças consideráveis no valor de significância em ambos os níveis testados, decidiu-se, então, mantê-la como sendo componente do nível distal.

7 Aspectos éticos

As mães foram abordadas na sala de espera, no momento de sua chegada para atendimento (primeira consulta clínica) na Clínica do Bebê. Após os esclarecimentos sobre objetivos e procedimentos da presente pesquisa, no caso de concordância, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 5).

Nas entrevistas telefônicas e por visita domiciliar, quando surgiram dúvidas das mães sobre o aleitamento materno e/ou sobre a alimentação da criança, o entrevistador as orientou a procurar o serviço de saúde onde a criança estivesse sendo acompanhada. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sob o parecer número 893508/2014.

8 Resultados

A amostra inicial deste estudo foi composta por 656 binômios mãe/filho, porém, destes doze crianças foram excluídas, por se serem gemelares. No total, entre perdas e recusas de seguimento (61 binômios, 9,3%) até seis meses, foram estudados 583 crianças e suas mães. Comparando-se as perdas e aquelas que permaneceram no estudo, não houve diferença significativa entre as características sócio-demográficas e de saúde entre elas. Na entrevista aos dois meses, houve dezesseis perdas: quatro mães se recusaram a continuar no estudo e um bebê faleceu. Na ocasião da entrevista aos quatro meses, tivemos vinte perdas, três por recusa em continuar na pesquisa e as demais por mudança de endereço. Aos seis meses, mais 25 perdas, sendo seis desistências/recusas.

Na tabela 1, apresenta-se a descrição das mães e bebês desta coorte: a proporção de mães que declaram ter a cor da pele não branca foi 37,7%; 12,7% eram adolescentes e 15,5 % tinham idade igual ou superior a 35 anos no momento do parto. No que tange a escolaridade, 16,9% das mães tinham até 8 anos completos na escola, o que se configura, de acordo com a base escolar brasileira, como o ensino fundamental. Quanto à situação trabalhista, 51,4% das mães tinham trabalho e estavam de licença maternidade, e 5,6% possuíam trabalho, porém não estavam de licença maternidade. A proporção de mães que não residia com companheiro foi de 12,3%.

Tabela 1. Descrição das mães e bebês da coorte (N=644). Botucatu, 2015-2016.

	N (%)
Idade mãe no parto	
20-34 anos	459 (71,3)
< = 19	82 (12,7)
>=35 anos	100 (15,5)
Sem informação	3 (0,5)
Escolaridade	
≥ 12 anos de estudo	125 (19,4)
9-11 anos de estudo	407 (63,2)
≤ 8 anos de estudo	109 (16,8)
Sem informação	3 (0,5)
Cor da pele da mãe	
Branca	398 (61,8)
Não branca	243 (37,7)
Sem informação	3 (0,5)
Renda familiar <i>per capita</i>	
1º Quartil	156 (24,2)
2º Quartil	163 (25,4)
3º Quartil	149 (23,1)
4º Quartil	172 (26,7)
Sem informação	4 (0,6)
Paridade	
Multípara	325 (50,4)
Primípara	316 (49,1)
Sem informação	3 (0,5)
Situação de trabalho fora de casa	
Não	277 (43,0)
Sim, porém está de licença maternidade	331 (51,4)
Sim, porém não está de licença maternidade	36 (5,6)
Mãe vive com companheiro	
Sim	562 (87,2)
Não	79 (12,3)
Sem informação	3 (0,5)
Local de pré-natal	
Público	366 (56,8)
Particular	190 (29,5)
Sem informação	88 (13,7)
Número de consultas do pré-natal **	
≥ 7	474 (73,6)
<7	81 (12,6)
Sem informação	89 (13,8)
Mãe foi orientada no pré-natal sobre idade de início da AC	

Sim	165 (25,6)
Não	476 (73,9)
Sem informação	3 (0,5)
Tipo de parto	
Vaginal	305 (47,3)
Cesárea	336 (52,2)
Sem informação	3 (0,5)
Peso do bebê ao nascer	
≥ 2.500g	595 (92,3)
<2.500g	39 (6,1)
Sem informação	10 (1,6)
Bebê com 2 meses usa chupeta	
Sim	361 (56,1)
Não	267(41,4)
Sem informação	16 (2,5)
Bebê com 4 meses usa chupeta	
Sim	353 (54,8)
Não	257(39,9)
Sem informação	34 (5,3)

Vale mencionar também que a média da renda familiar foi de R\$ 2.866,00 (DP=2.686,90), sendo máximo de R\$25.000,00 (0,2%) e o mínimo de R\$ 0 (zero reais no mês anterior, 3,1%).

A maior parte das mulheres usufruiu dos serviços públicos de saúde para o pré-natal (56,8%). Em relação aos bebês, a maior parte nasceu por cesárea (52,6%), 6,1% com peso considerado abaixo do ideal, ou seja, inferior a 2.500g.

Na Tabela 2 apresenta-se o percentual de crianças que recebeu alimentos complementares no primeiro semestre de vida, segundo alimento, e a idade média (e o respectivo desvio-padrão) de início do oferecimento. A água foi um dos líquidos mais consumidos, atingindo 82,8% das crianças no primeiro semestre de vida. Dentre os alimentos sólidos mais consumidos estão as frutas, que alcançou 75,8%, arroz e legumes, com respectivamente 64,0% e 60,1% das crianças nos primeiros 180 dias de vida.

Tabela 2. Frequência e idade média de introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de vida. Botucatu, 2015-2016.

Alimentos	N (%) [*]	Idade média em dias (DP) ^{**}	Idade mediana (dias) e intervalo interquartil	Mínimo e máximo de dias
Água	543 (82,8)	104 (44,1)	120(70-150)	3-179
Frutas em pedaço	497 (75,8)	135(23,3)	135(120-150)	60-177
Suco natural	448 (68,3)	133 (26,1)	135(120-150)	2-176
Arroz	420 (64,0)	147(20,9)	150(135-165)	90-177
Legumes	394 (60,1)	148(19,8)	150(150-165)	70-179
Formula láctea	341(52,0)	61(51,0)	45(15-107)	1-170
Leguminosas	263 (40,1)	143 (26,4)	150(120-160)	80-178
Carne bovina	238 (36,3)	151 (18,2)	150(150-165)	90-176
Carne de frango	225 (34,3)	149(22,1)	150(150-165)	80-177
Queijo petit suisse	178 (27,1)	138(24,8)	150(120-150)	60-175
Leite de vaca	160 (24,4)	117 (41,6)	120(120-150)	7-177
Chás	154 (23,5)	66 (45,8)	50(30-120)	3-170
Hortaliças folhosas	133 (20,3)	147(26,0)	150(150-165)	90-170
Macarrão	130 (19,8)	154(17,3)	150(150-170)	70-179
Biscoito simples	122 (18,6)	150 (21,6)	150(150-170)	90-179
Cereais	94 (14,6)	128(36,3)	150(120-150)	90-179
Farinhas	73 (11,1)	149(21,7)	150(150-160)	90-177
Pão	71 (10,8)	154(23,1)	150(150-170)	25-175
Leite em pó	49 (7,5)	119 (43,3)	135(90-150)	50-177
Ovo	40 (6,1)	145(32,5)	150(150-160)	94-179
Papa industrializada salgada	36 (5,5)	147(23,1)	150(135-165)	90-175
Mingau	21 (3,2)	126(29,4)	120(107-150)	50-175
Suco industrializado	17 (2,6)	111(59,4)	120(77-150)	20-175
Doces e guloseimas	15 (2,3)	147(27,6)	150(150-170)	90-175

* Número de crianças que tiveram alimentos introduzidos antes dos seis meses de vida;

**Idade média das crianças em dias no momento em que cada alimento foi oferecido pela primeira vez.

A idade média de início da fórmula láctea foi 61 dias e mais da metade das crianças receberam esse alimento ainda no primeiro semestre de vida. O leite de vaca foi introduzido na alimentação de um quarto dos bebês, em média aos 117 dias de vida. Mais de um quarto (27%) dos bebês passaram a consumir danoninho®, tendo a introdução deste alimento ocorrido em média aos 138 dias. Os sucos naturais, ofertados a 68,3% dos bebês, foi introduzido

em média aos 133 dias. Cereais e farinha lácteas foram introduzidos na alimentação de 14,6% e 11,1% dos lactentes, até 180 dias; as idades médias de início foram 128 e 149 dias, respectivamente. Ainda que pouco freqüente, perto de 111 dias, em média, 17 lactentes iniciaram o consumo de sucos industrializados e quinze de doces e outras guloseimas. Deve-se ainda destacar que para 154 crianças (23,5%) os chás faziam parte dos líquidos consumidos, sendo que a introdução se deu em média aos 66 dias.

Na tabela 3 descreve-se a freqüência de crianças que tiveram a introdução de outros líquidos, outros leites e semi-sólidos/sólidos em sua alimentação, segundo a faixa etária na qual ocorreu o início do consumo desses grupos alimentares.

Tabela 3. Freqüência de crianças que tiveram introdução dos três grupos de alimentos estudados, segundo faixa etária na qual houve o início do consumo. . Botucatu, 2015-2016.

Faixa etária (meses)	<de 2	2 e 4	4 e 6	0-6 N(%)
Grupo alimentar	N (%)	N (%)	N (%)	
Outros leites	208 (31,1) 628*	160 (40,0) 400*	100 (46,5) 215*	468 (80,3)
Outros líquidos	131 (20,9) 628*	263 (55,1) 477*	187 (99,0) 189*	581 (99,6)
Semissólidos/sólidos	11 (1,8) 628*	242 (40,5) 597*	315 (95,4) 330*	568 (97,4)

*número de crianças avaliadas por período

Pode-se notar a elevada proporção de crianças que estiveram expostas aos três grupos alimentares estudados ainda no primeiro semestre de vida. No caso de outros líquidos e semissólidos/sólidos os valores chegam a quase

100% e apenas 20% da coorte chegou aos seis meses de vida sem estar sendo alimentada com outros tipos de leites.

Por outro lado, também se aponta a precocidade do início do uso de outros leites, alcançando um terço da coorte antes dos dois meses de vida, de outros líquidos (20,9% da coorte antes de dois meses) e 242 (40,5%) lactentes receberam semissólidos/sólidos antes de quatro meses de idade.

As figuras a seguir mostram as curvas de Kaplan-Meier para estimar a introdução destes grupos alimentares nos primeiros seis meses de vida.

A curva abaixo ilustra a probabilidade estimada para se introduzir outros leites no primeiro semestre de vida. Sendo a mediana dessa introdução 90 dias

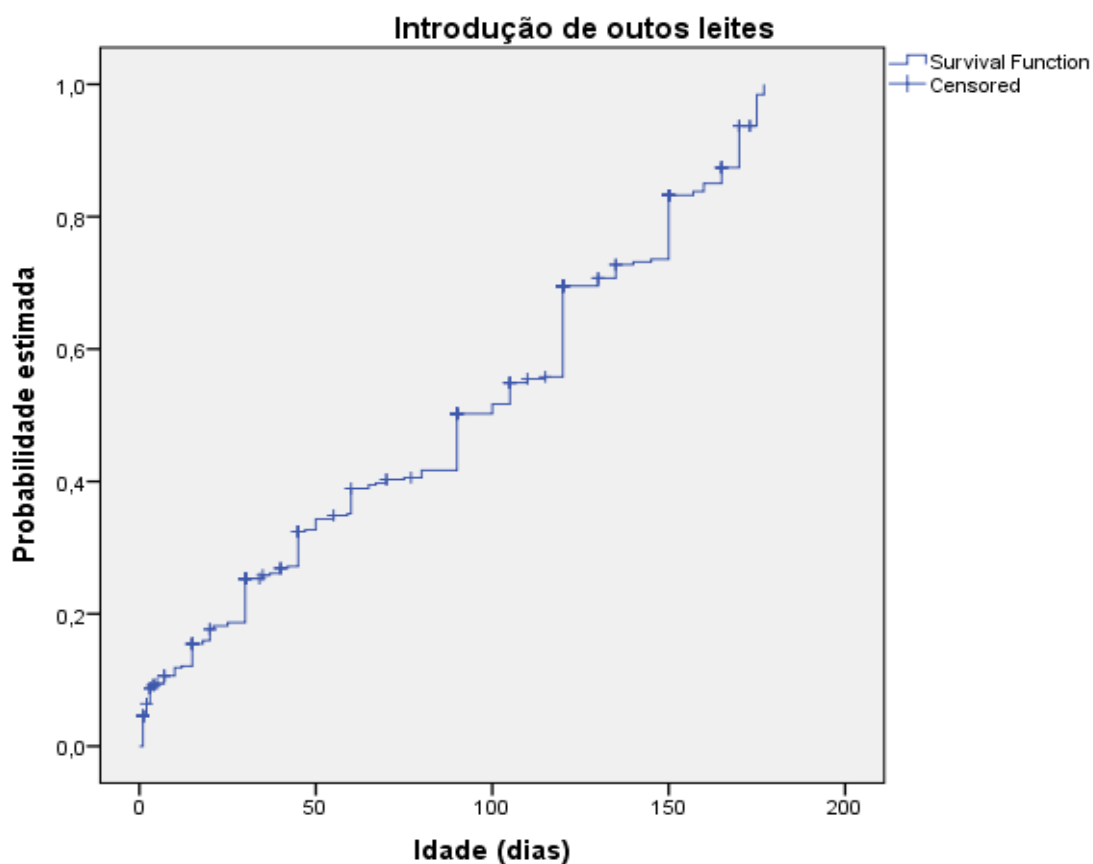


Figura 3. Curva de Kaplan Meier estimando a probabilidade de introdução de outros leites. Botucatu, 2015-2016.

A figura 4 mostra a idade mediana estimada de introdução de outros líquidos nos primeiros seis meses de vida foi de 120 dias.

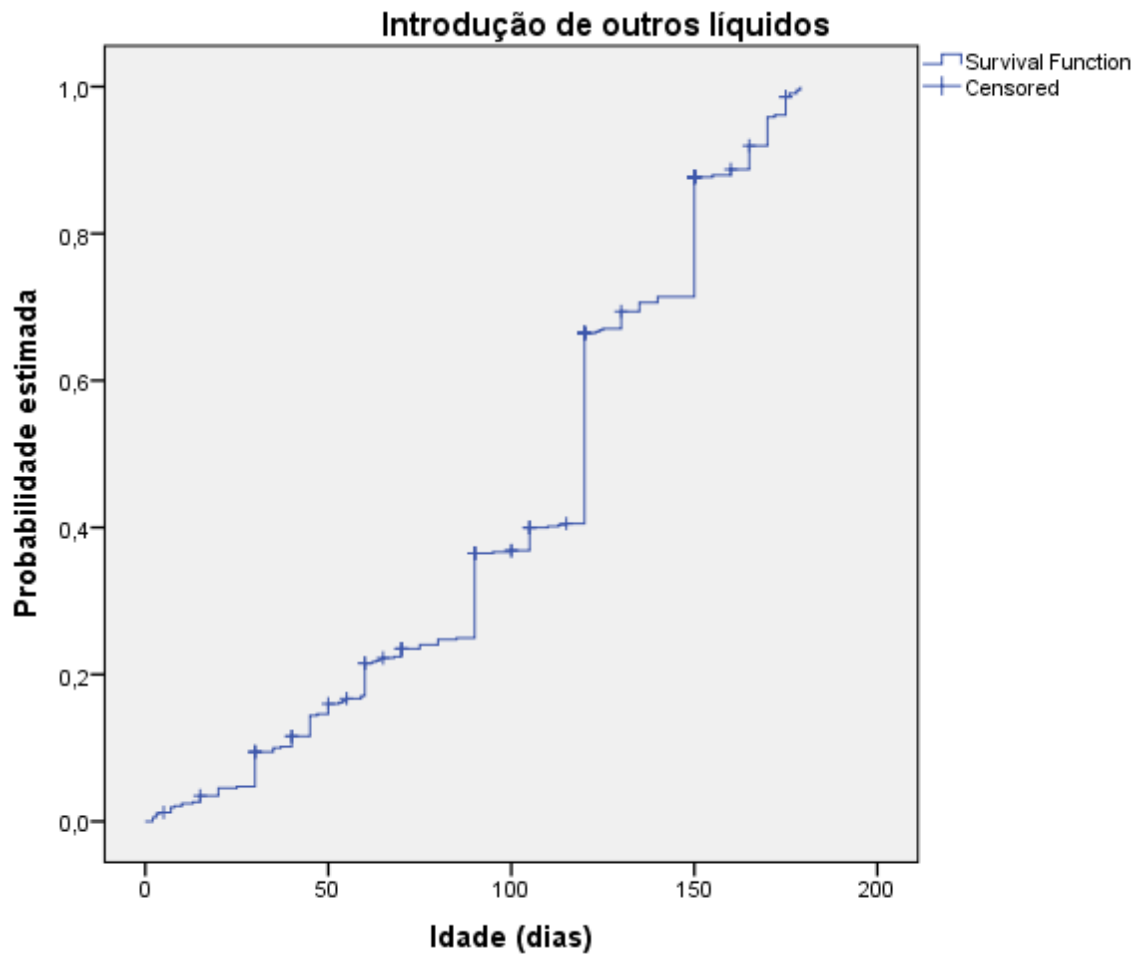


Figura 4. Curva de Kaplan Meier estimando a probabilidade de introdução de outros líquidos. Botucatu, 2015-2016.

A idade mediana para introdução de semissólidos/sólidos nos primeiros seis meses de vida foi de 135 dias como está demonstrada na figura 5 .

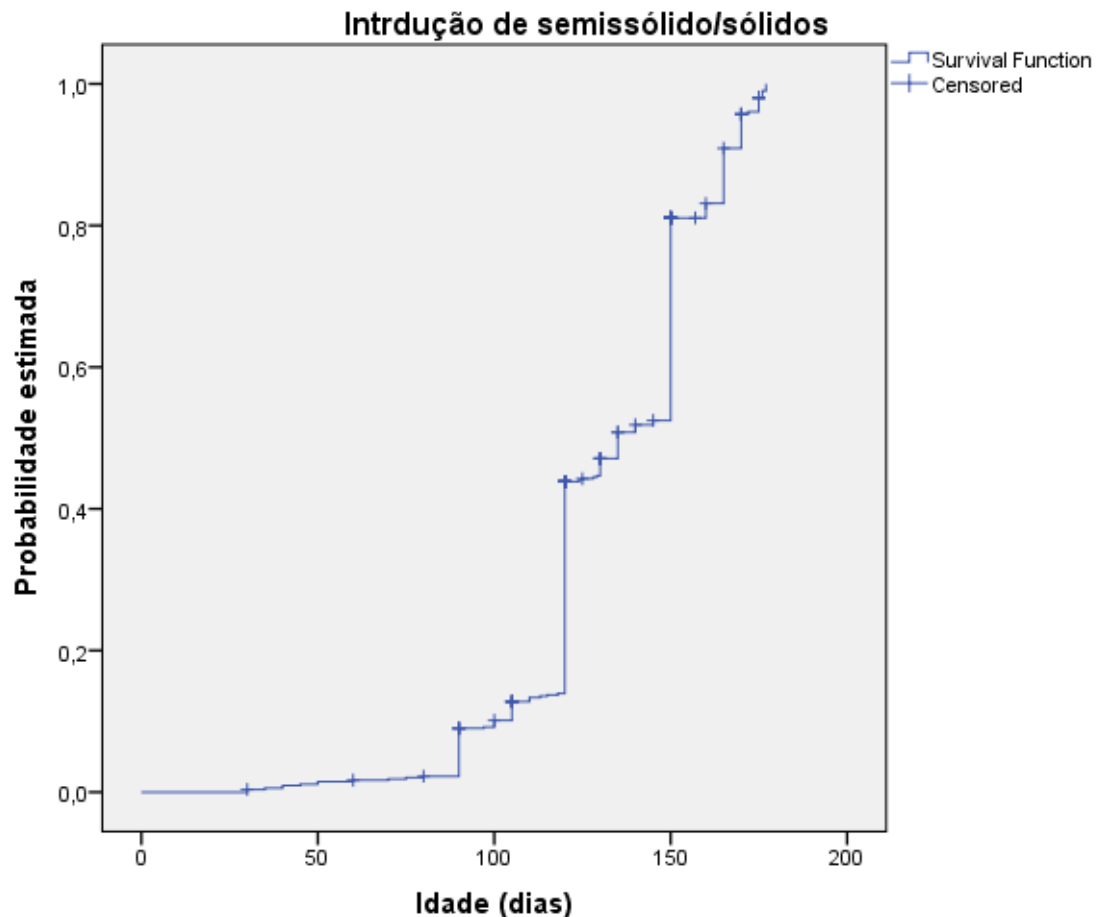


Figura 5. Curva de Kaplan Meier estimando a probabilidade de introdução de semissólidos/sólidos. Botucatu, 2015-2016.

As curvas de sobrevivência a seguir de Kaplan-Meier e as medianas estimadas para a introdução de alimentos segundo que tiveram valor estatisticamente significativo pelo teste de Log Rank (Mantel Cox), sendo elas: introdução de outros leites versus tipo de parto, $p=0,007$, uso de chupeta $p=0,0001$, renda $p=0,001$ e trabalho $p=0,01$.

Introdução de outros líquidos tendo como fator, uso de chupeta: $p=0,0001$, tipo de parto $p=0,009$. A introdução de semissólidos/sólidos não nenhum fator obteve valor significativo pelo teste de Log Rank (Cox Mantel).

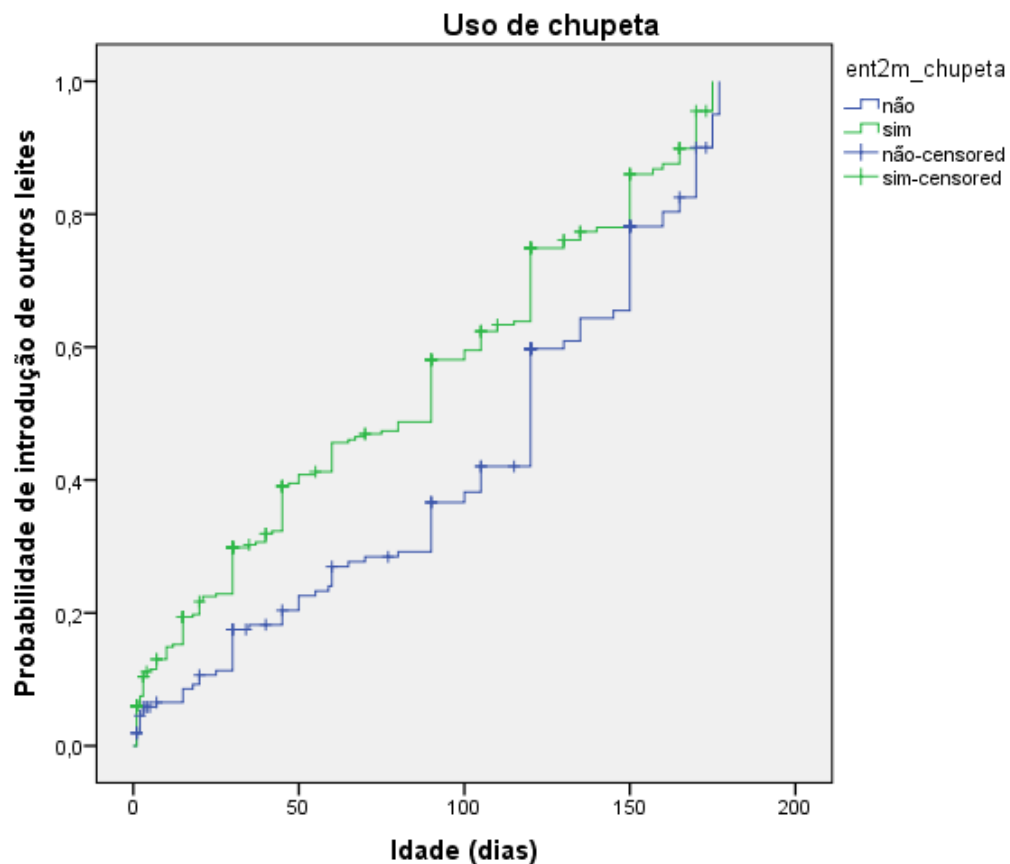


Figura 6. Curva de Kaplan Meier associando o uso de chupeta à introdução de outros leites. Botucatu, 2015-2016

A figura acima mostra que crianças que fazem uso de chupeta possuem probabilidade maior de introdução de outros leite no primeiro semestre de vida. A mediana de introdução de outros leites foi 120 dias para crianças que não faziam uso de chupeta no primeiro mês de vida e 90 para aquelas que já usavam esse artefato.

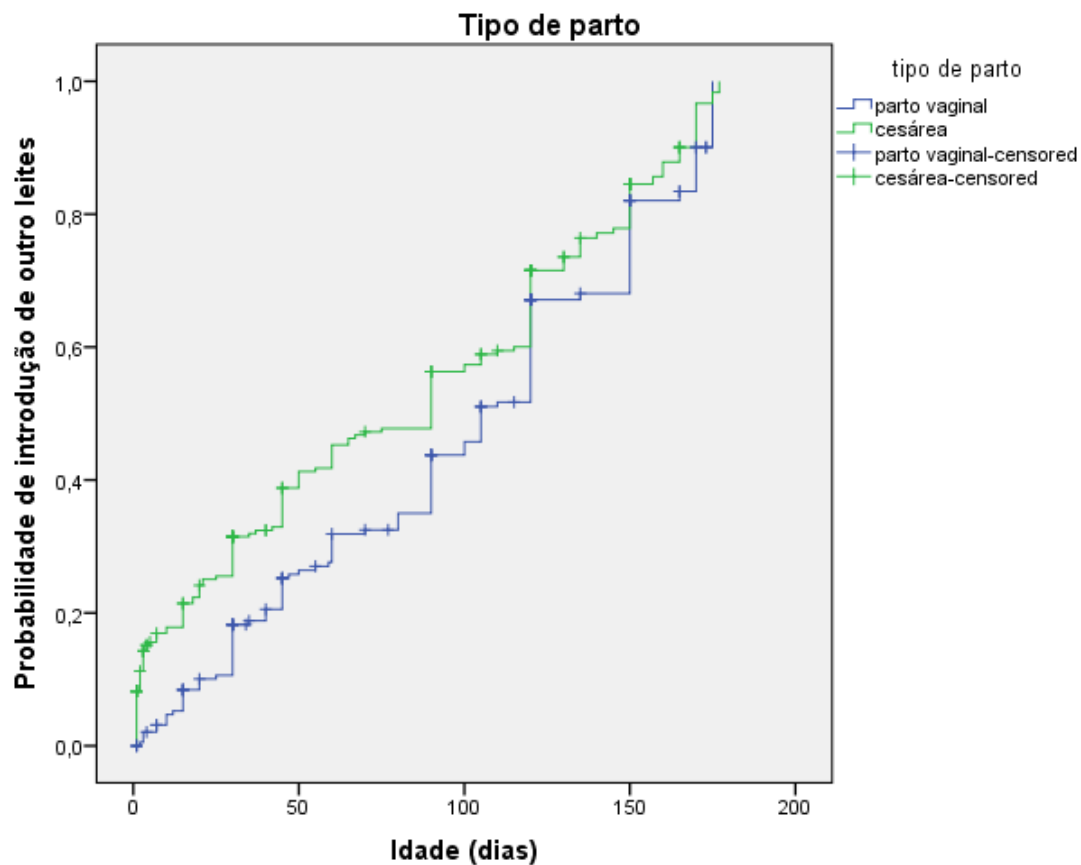


Figura 7 Curva de Kaplan Meier associando o tipo de parto à introdução de outros leites. Botucatu, 2015-2016

A ilustração mostra que crianças nascidas por cesárea tinham maior risco de introdução de outros leites, especialmente antes de dois meses de idade. A idade mediana de introdução de outros leites foi 105 dias para nascidos de parto vaginal e 90 dias para nascidos por cesárea, sempre em relação a crianças que não receberam outros leites até seis meses de vida.

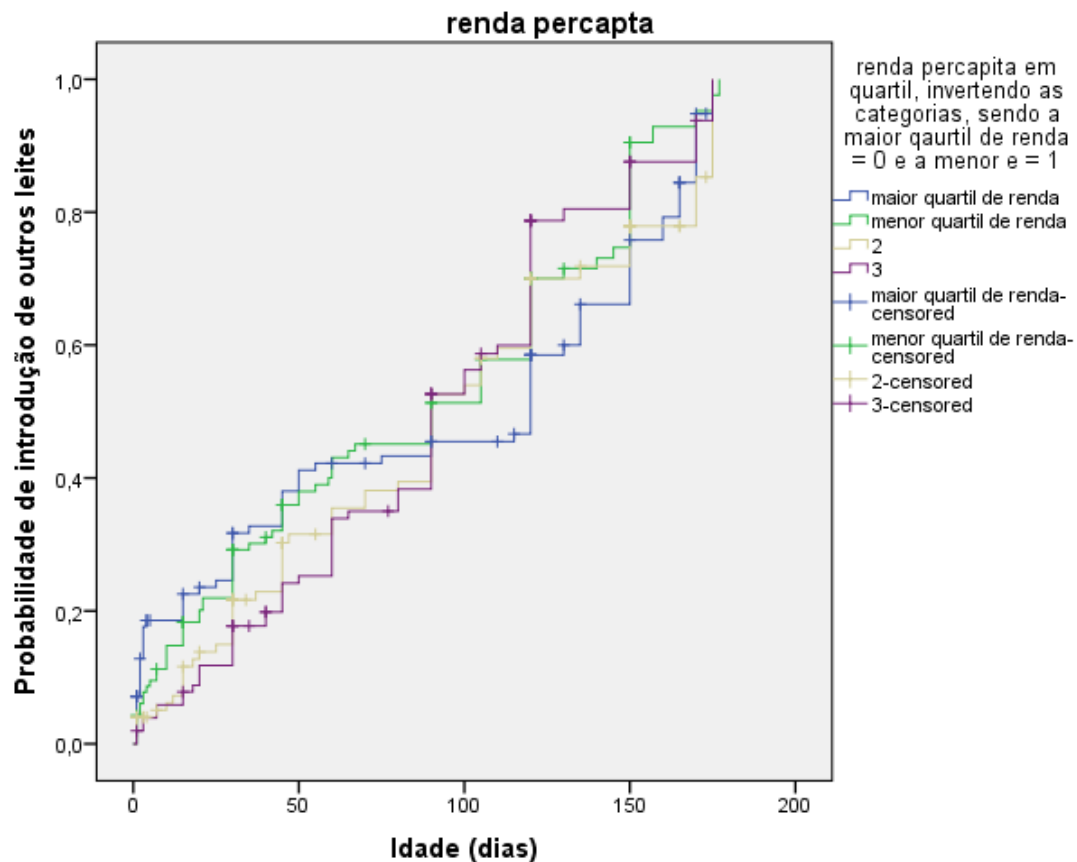


Figura 8 Curva de Kaplan Meier associando a renda à introdução de outros leites. Botucatu, 2015-2016

A figura ilustra que as mães que estavam no maior quartil de renda, ofereceram outros leites com idade mediana de 120 dias, as mais pobres ofereceram com idade mediana de 90 dias.

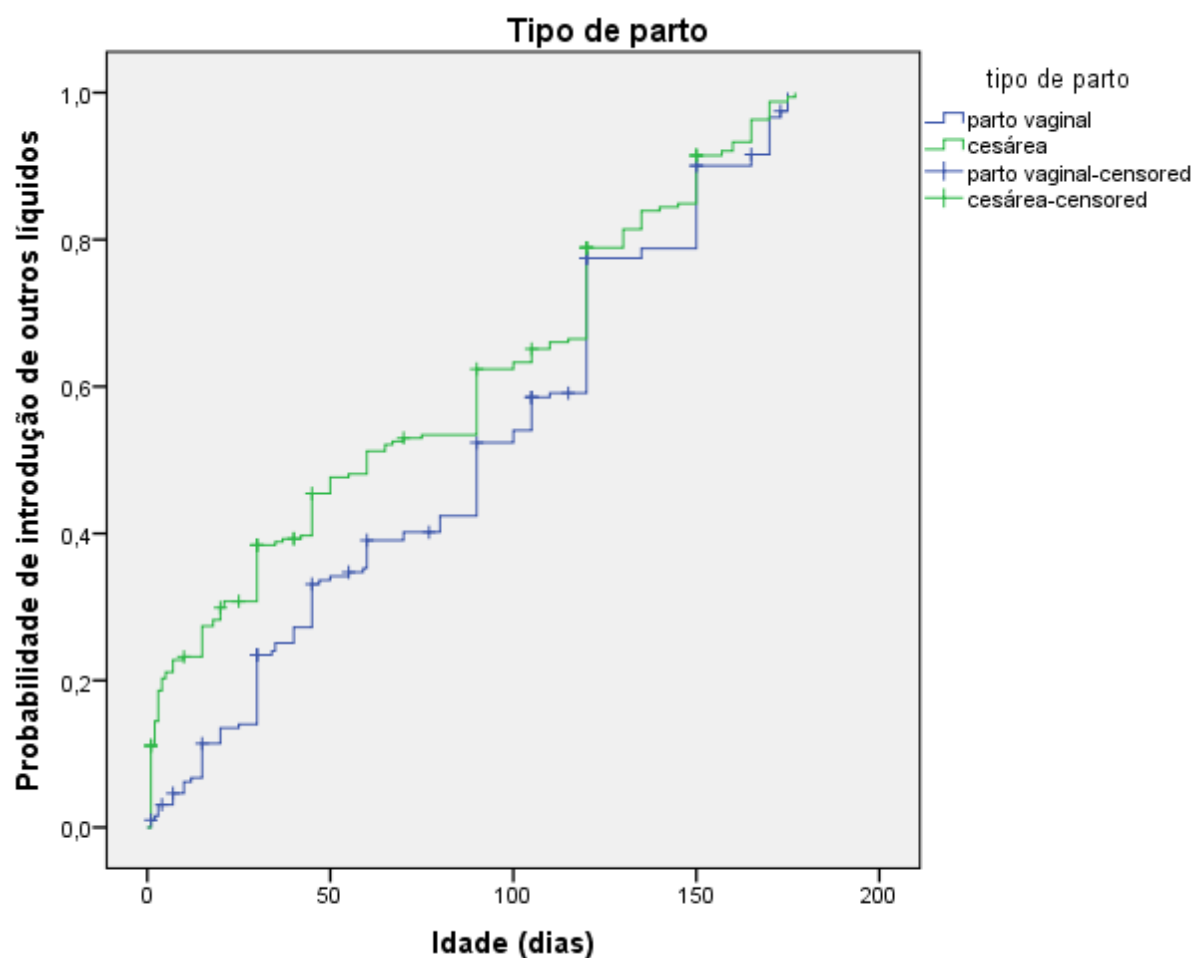


Figura 9 Curva de Kaplan Meier associando o tipo de parto à introdução de outros líquidos. Botucatu, 2015-2016

A ilustração mostra que crianças nascidas de parto vaginal têm a idade mediana de introdução de outros líquidos de 90 dias, as nascidas por cesárea têm idade mediana em torno de 60 dias.

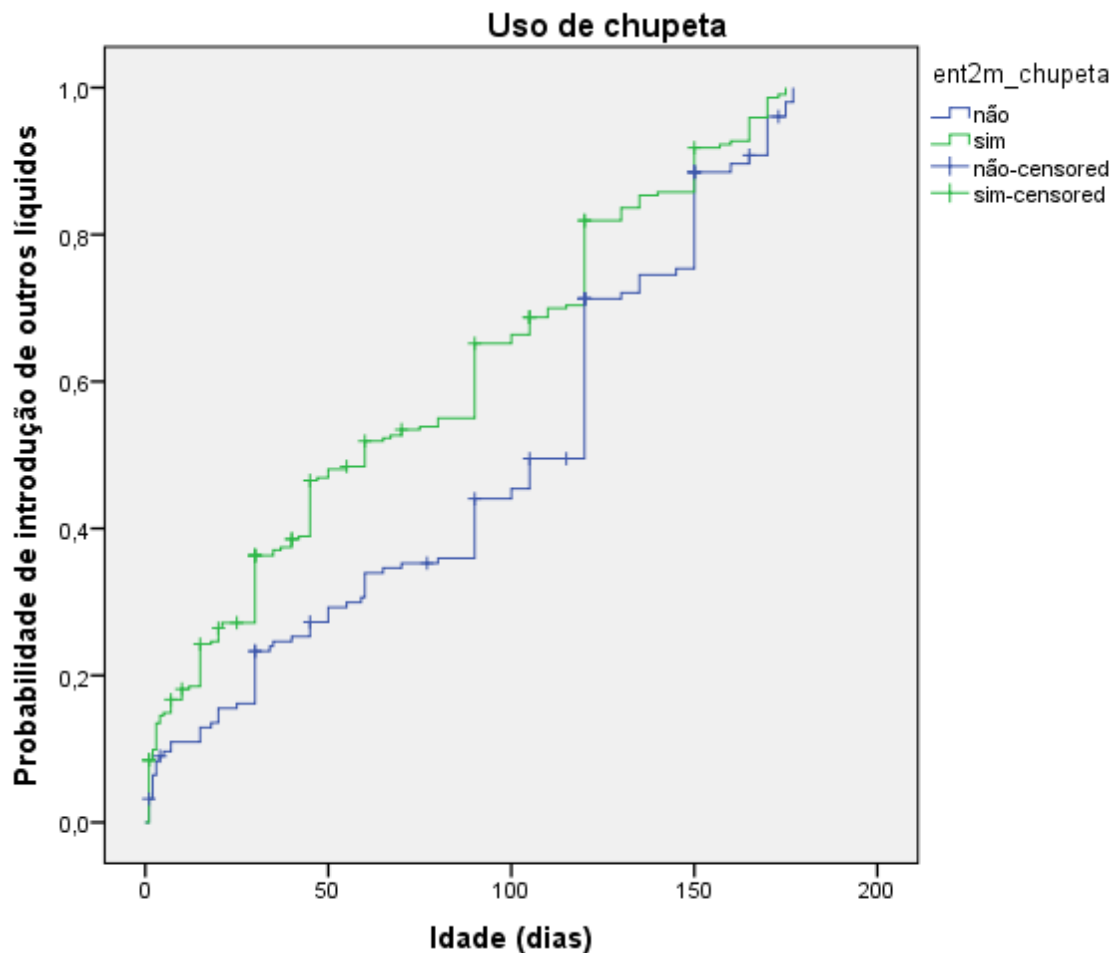


Figura 10 Curva de Kaplan Meier associando o tipo de parto à introdução de outros líquidos. Botucatu, 2015-2016

A idade mediana de introdução de outros líquidos para crianças que faziam o uso da chupeta foi de 60 dias, já as que não usavam chupeta a mediana foi de 120 dias.

Seguidamente encontram-se as tabelas do modelo hierarquizado para os fatores associados à introdução de alimentos no primeiro semestre de vida da criança.

Os resultados das análises univariadas relativas a associação entre variáveis de interesse e o desfecho introdução de outros leites antes de dois meses de vida estão na Tabela 4. Foram identificadas associações em nível de $p < 0,10$ entre as variáveis estudadas e o desfecho em questão. Tais variáveis

foram então analisadas em blocos (análises multivariadas intermediárias, por bloco) sendo então definidas aquelas que seguiram para o modelo múltiplo final. O bloco distal, associaram-se, de modo independente, com a introdução ultraprecoce de outros leites na alimentação infantil os seguintes fatores: escolaridade materna, renda percapita e tipo de parto. Comparadas com mães com 12 anos ou mais de escolaridade, aquelas que tinham entre 9 e 11 anos tiveram 75% mais risco de introduzir outros leites antes de dois meses de idade. A renda familiar também associou-se à introdução destes leites antes de dois meses, visto que as mães que possuíam menos renda (3º, 2º e 1º quartis) tiveram 47%, 54% e 42% mais probabilidade deste desfecho, na comparação com crianças de famílias no 4º quartil de renda. Entretanto, apenas a associação com renda no 2º quartil alcançou significância estatística (HR=1,75; IC 95%=3,01-1,02; p=0,04).

No nível proximal, cesárea independentemente dos fatores escolaridade, trabalho e renda per capita, associou-se com maior risco (HR=1,42; IC 95%=1,90-1,06; p=0,02) de oferta de outros leites antes de dois meses de idade.

Tabela 4. Fatores associados à introdução de outros leites antes dos dois meses de idade. Botucatu, 2015-2016.

Variáveis/Bloco	Regressão de Cox, análises univariadas P*, HR (IC95% e P**)	Regressão de Cox, análises multivariadas P*, HR (IC95%;P**)
<i>Bloco distal</i>		
Cor	P=0,99	
Branca	1,00	—
Não branca	1,00(0,75-1,31)	—
Idade	P=0,90	
20-34	1,00	—
<=19	0,98(0,67-1,42);P=0,92	—
>=35	0,90(0,54-1,48);P=0,68	—
Escolaridade (anos completos)	P=0,12	P=0,12
>=12	1,00	1,00
9 a 11	2,09(1,29-3,40)P=0,03	1,75(1,02-3,01) P=0,04
<=8	1,63(2,51-1,06) P=0,27	1,43(0,91-2,24)P=0,12
Renda percapta quartil	P=0,02	P=0,21
4º Quartil	1,00	1,00
3º Quartil	1,77(1,19-2,64)P=0,005	1,47(0,91-2,38)P=0,11
2º Quartil	1,66(1,12-2,46)P=0,012	1,54(1,01-2,35)P=0,04
1º Quartil	1,49(0,99-2,24)P=0,05	1,42(0,93-2,18)P=0,09
Paridade	P=0,31	
Múltipara	1,00	—
Primípara	1,35(1,03-1,78)	—
Trabalho materno	P=0,12	P=0,19
Sim, com licença maternidade	1,00	1,00
Sim, sem licença maternidade	1,20(0,91-1,59) P=0,20	1,63(0,37-1,89) P=0,07
Não	1,69(0,99-2,88) P=0,05	1,51(0,36-2,45) P=0,09
Presença de companheiro	P=0,37	
Sim	1,00	—
Não	1,19(0,81-1,75)	—
<i>Bloco intermediário</i>		
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P=0,33	
Sim	1,00	—

Não	1,17(0,85-1,60)	—
Número de consultas de pré natal	P=0,36	
>= 7	1,00	—
<7	1,19(0,86-1,76)	—
Local de pré-natal	P=0,78	
Público	1,00	—
Particular	1,05(0,77-1,42)	—
Bloco proximal		
Peso do bebê ao nascer	P=0,43	
>=2.500g	1,00	—
<2.500g	0,78(0,42-1,44)	—
Tipo de parto	P=0,01	P=0,02
Parto vaginal	1,00	1,00
Cesárea	1,60(1,21-2,10)	1,42(1,06-1,90)

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

No que tange a análise das variáveis associadas à introdução de outros leites entre dois e quatro meses de vida da criança como exposto na tabela 5, foram selecionadas para compor o nível distal: cor da pele, idade da mãe no parto, renda familiar per capita e trabalho materno. Após as análises multivariadas, ajustando-se umas as outras, todas permaneceram associadas a esse desfecho. Crianças filhas de mães que se declararam não brancas tiveram 55% mais risco de receberem outros leites quando tinham entre dois e quatro meses de idade, quando comparadas com crianças que não receberam esse grupo de alimentos até quatro meses. Na comparação com as crianças de famílias com maior renda (4º quartil), as demais tiveram menores probabilidades de receberem outros leites entre dois e quatro meses de idade.

A influência do trabalho materno não foi associada com o desfecho, visto que, na análise final não atingiu o valor estipulado. Permaneceu na modelagem a idade materna, como potencial fator de confusão dos fatores dos níveis seguintes.

O fato de a mãe não ter sido orientada durante o pré-natal sobre a idade ideal para se introduzir outros alimentos na dieta infantil aumentou 70% a probabilidade de introdução de outros leites ($p=0,01$), independentemente dos fatores dos níveis distal. No nível proximal apenas o uso de chupeta associou-se com o desfecho em pauta pelas análises univariadas. Após ajuste para os fatores dos níveis distal (cor da pele, idade materna, renda e trabalho materno) e intermediário (ter sido orientada no pré-natal sobre a idade ideal de introdução de novos alimentos), uso de chupeta aos dois meses aumentou o risco de introdução de outros leites entre dois e quatro meses, mas sem alcançar significância estatística ($p=,06$).

Tabela 5. Fatores associados à introdução de outros leites entre dois e quatro meses de idade. Botucatu, 2015-2016

Variáveis/Bloco	Regressão de Cox, análises univariadas P*, HR(IC95%;P**)	Regressão de Cox, análises multivariadas P*, HR(IC95%;P**)	Regressão de Cox, análises multivariadas P*, HR(IC95%;P**)
Bloco distal			
Cor	P=0,02	P=0,03	P=0,01
Branca	1,00	1,00	1,00
Não branca	1,62(1,86-2,21)	1,44(1,05-1,99)	1,55(1,12-2,14)
Idade	P=0,16	P=0,21	P=0,20
20-34	1,00	1,00	1,00
<=19	1,49(0,91-2,45)P=0,11	1,40(0,84-2,32) P=0,20	1,40(0,84-2,32)P=0,19
>=35	1,78(0,98-3,25) P=0,06	1,77(0,94-3,34) P=0,08	1,79(0,94-3,39) P=0,08
Escolaridade (anos completos)	P=0,87		
>=12	1,00	—	—
9 a 11	0,88(0,53-1,48)P=0,65	—	—
<=8	0,98(0,66-1,47-)P=0,93	—	—
Renda percapta quartil	P=0,12	P=0,03	P=0,01
4º Quartil	1,00	1,00	1,00
3º Quartil	0,57(0,36-0,90)P=0,017	0,38(0,22-0,63)P=0,0001	0,43(0,25-0,74) P=0,002
2º Quartil	0,83 (0,55-1,25)P=0,37	0,59(0,38-0,93)P=0,02	0,61 (0,39-0,96)P=0,03
1º Quartil	0,81(0,53-1,23)P=0,33	0,66(0,43-1,03) P=0,07	0,69(0,44-1,07)P=0,10
Paridade	P=0,51		
Múltípara	1,00	—	—
Primípara	0,90 (0,66-1,23)	—	—
Trabalho materno	P=0,01	P=0,02	P=0,01
Sim, com licença maternidade	1,00	1,00	1,00
Sim, sem licença maternidade	1,50(0,54-4,13)P=0,01	1,20(0,39-3,08) P=0,06	1,07(0,38-3,00) P=0,08
Não	0,66(0,84-6,19) P=0,43	0,70(0,94-7,13) 0,20	0,90(0,92-6,94) P= 0,15
Presença de companheiro	P=0,01	P=0,15	
Sim	1,00	1,00	—
Não	1,67(1,10-2,55)	1,39(0,89-2,18)	—
Bloco intermediário			
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P=0,03	P=0,01	P =0,01
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,54(1,04-2,27)	1,70(1,15-2,51)	1,66(1,12-2,47)
Número de consultas dep	P=0,87		
Pré natal			

≥ 7	1,00	—	—
< 7	0,96(0,60-1,56)	—	—
Local de pré-natal	P=0,88		
Público	1,00	—	—
Particular	0,97(0,68-1,38)	—	—
Bloco proximal			
Peso do bebê ao nascer	P= 0,49		
$\geq 2.500g$	1,00	—	—
$< 2.500g$	0,77(0,30-1,59)	—	—
Tipo de parto	P=0,63		
Parto vaginal	1,00	—	—
Cesárea	0,98(0,68-1,26)	—	—
Uso de chupeta aos 2 meses	P=0,002		
Não	1,00	—	1,00 P=0,06
Sim	1,42(1,03-1,94)	—	1,35(0,99-1,85)

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

Das variáveis estudadas, associou-se com a introdução de outros leites entre 4 e 6 meses de idade (tabela 6), na comparação com crianças que não receberam esse grupo de alimentos até seis meses, apenas o trabalho materno, sendo que as mães que trabalhavam sem ter licença maternidade tinham quase três vezes mais risco quando comparadas com aquelas que não trabalhavam ou que trabalhavam porém estavam de licença maternidade.

Escolaridade e renda e trabalho materno entraram para as análises multivariadas e ajustadas, entre si perderam a associação com tal desfecho, exceto trabalho que se manteve fortemente associado, embora tenham alcançado significância para comporem o modelo múltiplo, ajustando o efeitos dos fatores intermediários e proximais. No nível intermediário, novamente nenhuma variável associou-se com introdução de outros leites entre 4 e 6 meses de idade da criança e já nas análises univariadas. No nível proximal, pelas análises univariadas, apenas uso de chupeta aos 4 meses aumentou o risco dessa introdução alimentar, porém, após ajuste pelos fatores dos blocos

precedentes (renda e trabalho materno), essa associação perdeu a significância, ficando no limiar ($p=0,06$).

Tabela 6. Fatores associados à introdução de outros leites entre quatro e seis meses de vida. Botucatu, 2015-2016.

Variáveis/Bloco	Regressão de Cox, análises univariadas P*, HR(IC95%;P**)	Regressão de Cox, análises multivariadas P*, HR(IC95%;P**)
Bloco distal		
Cor	P=0,20	
Branca	1,00	—
Não branca	0,75(0,48-1,16)	—
Idade	P=0,83	
20-34	1,00	—
<=19	0,88(0,52-1,48)P=0,63	—
>=35	1,08(0,50-2,03)P=0,98	—
Escolaridade (anos completos)	P=0,19	
>=12	1,00	—
9 a 11	1,66(0,81-3,39) P=0,16	—
<=8	1,73(0,95-3,13)P=0,07	—
Renda percapta quartil	P=0,08	P= 0,56
4º Quartil	1,00	1,00
3º Quartil	2,44(1,37-4,34)P=0,02	1,50 (0,75-2,99)P=0,25
2º Quartil	2,18(1,21-3,92)P=0,01	1,45 (0,76-2,76) P=0,26
1º Quartil	1,35(0,71-2,57)P=0,36	1,10(0,56-2,19) P=0,76
Paridade	P=0,45	
Múltípara	1,00	—
Primípara	1,16(0,78-1,72)	—
Trabalho materno	P=0,001	P=0,0001
Sim, com licença maternidade	1,00	1,00
Sim, sem licença maternidade	2,05(0,45-4,71)P=0,01	2,42(0,43-4,65)P=0,001
Não	0,69(0,92-9,46)P=0,53	0,57(0,70-7,59)P=0,17
Presença de companheiro	P=0,15	
Sim	1,00	—
Não	0,55(0,24-1,25)	—
Bloco intermediário		
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P=0,70	
Sim	1,00	—
Não	1,09(0,70-1,68)	—
Número de consultas de pré natal	P=0,50	
>= 7	1,00	—
<7	1,23(0,68-2,28)	—
Local de pré-natal	P =0,18	
Público	1,00	—
Particular	1,30(0,88-1,92)	—
Bloco proximal		
Peso do bebê ao nascer	P=0,84	

$\geq 2.500\text{g}$	1,00	—
$< 2.500\text{g}$	1,08(0,52-2,22)	—
Tipo de parto	P=0,12	
Parto vaginal	1,00	—
Cesárea	1,37(0,92-2,04)	—
Uso de chupeta aos 4 meses	P=0,021	P=0,06
Não	1,00	1,00
Sim	1,58(1,07-2,35)	1,46(0,98-2,18)

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

Nas tabelas 7, 8 e 9 são apresentados os resultados das análises de regressão de Cox realizadas para investigar fatores associados à introdução de outros líquidos na alimentação infantil nas idades de: menores de dois meses, de dois a quatro meses e de quatro a seis meses, respectivamente.

Nenhum dos fatores investigados se associou com a introdução de outros líquidos na alimentação infantil antes de dois meses de vida (tabela 7).

Tabela 7. Fatores associados à introdução de outros líquidos antes dos dois meses de vida. Botucatu, 2015-2016.

Variáveis/Bloco	Regressão de Cox, análises univariadas P*, HR(IC95%;P**)
Bloco distal	
Cor	P=0,28
Branca	1,00
Não branca	1,21(0,86-1,71)
Idade	P=0,32
20-34	1,00
<=19	1,11(0,67-1,84) P=0,68
>=35	1,51(0,82-2,79)P=0,18
Escolaridade (anos completos)	P= 0,56
>=12	1,00
9 a 11	0,75(0,43-1,30)P=0,30
<=8	0,84(0,54-1,30)P=0,43
Renda percapta quartil	P=0,72
4º Quartil	1,00
3º Quartil	0,76(0,47-1,24)P=0,27
2º Quartil	0,86(0,54-1,37)P=0,53
1º Quartil	0,83(0,52-1,34)P=0,45
Paridade	P=0,11
Múltipara	1,00
Primípara	1,32(0,94-1,86)
Trabalho materno	P=0,63
Sim, com licença maternidade	1,00
Sim, sem licença maternidade	1,17(0,53-2,56)P=0,68
Não	0,99(0,45-2,17)P=0,99
Presença de companheiro	P=0,15
Sim	1,00
Não	1,72(1,11-2,65)
Bloco intermediário	
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P= 0,24
Sim	1,00
Não	0,80(0,55-1,16)
Número de consultas de pré natal	p= 0,20
>= 7	1,00
<7	1,37(0,85-2,19)
Local de pré-natal	P=0,41
Público	1,00

Particular	2,29(0,32-16,46)
Bloco proximal	
Peso do bebê ao nascer	P=0,11
>=2.500g	1,00
<2.500g	0,45(0,16-1,21)
Tipo de parto	P= 0,82
Parto vaginal	1,00
Cesárea	0,96(0,69-1,35)

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

As análises univariadas apontaram associação entre cor da pele e renda familiar com a introdução de outros líquidos na dieta infantil entre dois e quatro meses. Ajustadas entre si, cor da pele teve significância e a renda manteve a associação. Crianças de famílias com menor renda (1º e 2º quartis) tiveram maiores riscos de receberem esses líquidos na idade considerada, quando comparadas com crianças mais ricas (4º quartil); porém só houve significância estatística para pertencer a famílias no 2º quartil de renda ($p=0,04$). Nenhuma das variáveis do nível intermediário influenciou sobre a probabilidade de introdução de outros líquidos entre dois e quatro meses de idade já nas análises univariadas. No bloco proximal, uso de chupeta aos dois meses associou-se independentemente dos fatores socioeconômicos (nível distal) com 33% mais risco de a criança começar a receber outros líquidos nesse período.

Os fatores associados com a introdução de outros líquidos entre dois e quatro meses (tabela 8) foram: renda e cor da pele da mãe, sendo que crianças cujas mães declararam não brancas possuem risco 30% maior do que as filhas de brancas; mães mais pobres têm 44% maior risco de fazer tal introdução na alimentação de seus filhos nessa faixa etária, em comparação com mães do estrato superior de renda. O uso de chupeta aos dois meses

também se associou com início de outros líquidos, aumentando em 33% ($p=0,02$) o risco desta introdução entre dois e quatro meses.

Tabela 8. Fatores associados à introdução de outros líquidos entre dois e quatro meses de idade. Botucatu, 2015-2016.

Variáveis/Bloco	Regressão de Cox, análises univariadas P*, HR(IC95%;P**)	Regressão de Cox, análises multivariadas P*, HR(IC95%;P**)
Bloco distal		
Cor	P=0,03	P=0,04
Branca	1,00	1,00
Não branca	1,30(1,02-1,66)	1,30(1,01-1,67)
Idade	P=0,30	
20-34	1,00	—
<=19	1,28(0,90-1,82)P=0,17	—
>=35	1,41(0,88-2,23)P=0,15	—
Escolaridade (anos completos)	P=0,31	
>=12	1,00	—
9 a 11	0,85(0,56-1,29)P=0,44	—
<=8	1,09(0,78-1,52)P=0,61	—
Renda percapta quartil	P=0,004	P=0,07
4º Quartil	1,00	1,00
3º Quartil	0,78 (0,54-1,14)P=0,20	0,87(0,59-1,27)P=0,57
2º Quartil	1,37(0,99-1,92)P=0,06	1,44(1,03-2,01)P=0,03
1º Quartil	1,36(0,98-1,92)P=0,07	1,43(1,02-2,02)P=0,04
Paridade	P=0,51	
Múltipara	1,00	—
Primípara	1,08(1,38-0,85)	—
Trabalho materno	00 P=0,56	
Sim, com licença maternidade	1,00	—
Sim, sem licença maternidade	0,98(1,71-0,56)P=0,95	—
Não	1,12(1,94-0,65) P=0,68	—
Presença de companheiro	P=0,19	
Sim	1,00	—
Não	1,27(0,88-1,83)	—
Bloco intermediário		
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P=0,23	
Sim	1,00	—
Não	1,93(0,89-1,59)	—
Número de consultas de pré natal	p=0,44	
>= 7	1,00	—
<7	1,15(0,80-1,66)	—
Local de pré-natal	P=0,65	
Público	1,00	—
Particular	1,06(0,81-1,39)	—
Bloco proximal		

Peso do bebê ao nascer	P=0,26	
>=2.500g	1,00	—
<2.500g	0,74(0,43-1,26)	—
Tipo de parto	P=0,98	
Parto vaginal	1,00	—
Cesárea	1,00(0,79-1,23)	—
Uso de chupeta aos 2 meses	P=0,02	P=0,02
Não	1,00	1,00
Sim	1,33(1,04-1,71)	1,36(1,05-1,59)

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

Como pode ser notado na tabela 9, em relação à introdução de outros líquidos na dieta infantil entre quatro e seis meses de idade, dentre os fatores pesquisados, apenas o fato da mãe não trabalhar se mostrou significante $P=0,003$ ($HR=0,55$; $IC=0,81-0,36$), sendo que este fator reduz o risco em 45%.

Tabela 9. Fatores associados à introdução de outros líquidos entre quatro e seis meses. Botucatu, 2015-2016.

Variáveis/Bloco	Regressão de Cox, análises univariadas P*, HR(IC95%;P**)	Regressão de Cox, análises multivariadas P*, HR(IC95%;P**)
<i>Bloco distal</i>		
Cor	P=0,12	
Branca	1,00	—
Não branca	0,77(0,56-1,06)	—
Idade	P=0,11	P=0,21
20-34	1,00	1,00
<=19	0,68(0,48-0,98-)P=0,03	0,72(1,04-0,72)P=0,08
>=35	1,69(0,41-1,18)P=0,18	1,39(0,96-2,02)P=0,07
Escolaridade (anos completos)	P=0,10	P=0,51
>=12	1,00	1,00
9 a 11	1,56(0,95-2,57)P=0,07	1,44(0,65-2,02)P=0,65
<=8	1,60(1,03-2,49)P=0,03	1,29(0,80-2,08)P=0,30
Renda percapta quartil	P=0,24	P=0,89
4º Quartil	1,00	1,00
3º Quartil	1,41(0,97-2,06)P=0,07	0,87(0,53-1,44)P=0,60
2º Quartil	1,25(0,82-1,89)P=0,30	0,90(0,56-1,45) P=0,44
1º Quartil	1,03(0,66-1,60)P=0,89	0,82(0,50-1,34)P=0,44
Paridade	P=0,46	
Múltipara	1,00	—
Primípara	0,89(1,19-0,67)	—
Trabalho materno	P=0,001	P=0,008
Sim, com licença maternidade	1,00	1,00
Sim, sem licença maternidade	0,69(0,43-1,52)P=0,25	0,63(0,33-1,19)P=0,15
Não	0,56(0,42-0,76)P=0,0001	0,55(0,36-0,81)P=0,003
Presença de companheiro	P=0,66	
Sim	1,00	—
Não	0,89(0,53-1,49)	—
<i>Bloco intermediário</i>		
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P=0,94	
Sim	1,00	—
Não	0,99(0,72-1,36)	—
Número de Consultas De Pré Natal	P=0,72	
>= 7	1,00	—
<7	1,08(0,69-1,70)	—
Local de pré-natal	P=0,34	
Público	1,00	—
Particular	1,17(0,84-1,60)	—
<i>Bloco proximal</i>		

Peso do bebê ao nascer	P=0,36	
>=2.500g	1,00	—
<2.500g	0,77(0,45-1,34)	—
Tipo de parto	P=0,85	
Parto vaginal	1,00	—
Cesárea	1,02(0,77-1,36)	—
Uso de chupeta aos 4 meses	P=0,09	P=0,10
Não	1,00	1,00
Sim	1,28(0,96-1,70)	1,28(0,97-1,80)

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

A diante são apresentadas as tabelas (10,11 e 12) relativas aos fatores associados a introdução de semissólidos e sólidos nos respectivos períodos de: antes de dois meses, entre doze e quatro meses e entre quatro e seis meses de idade.

Em relação à introdução de semissólidos/sólidos na alimentação infantil antes de dois meses de idade (tabela 10), a escolaridade foi o único fator associado, sendo que as crianças cujas mães eram menos escolarizadas possuíam 88% menor probabilidade deste desfecho, quando comparadas com crianças cujas mães tinham mais de 12 anos de escolaridade. Esse resultado foi independente da renda familiar percapita. Todos os demais fatores investigados não se associaram à introdução ultraprecoce de semissólidos/sólidos.

Tabela 10 Fatores associados à introdução de semissólidos antes dos dois meses de vida. Botucatu, 2015-2016

Variáveis/Bloco	Regressão de Cox, análises univariadas P*, HR(IC95%;P**)	Regressão de Cox, análises multivariadas P*, HR(IC95%;P**)
Bloco distal		
Cor	P=0,27	
Branca	1,00	—
Não branca	1,94(0,59-6,37)	—
Idade	P=0,86	
20-34	1,00	—
<=19	0,73(0,15-3,67)P=0,73	—
>=35	1,12(0,15-8,00)	—
Escolaridade (anos completos)	P=0,10	P=0,03
>=12	1,00	1,00
9 a 11	0,42(0,10-1,69)P=0,22	0,93(0,19-4,55) P=0,93
<=8	0,08(0,17-0,43)P=0,03	0,12(0,02-0,60)P=0,01
Renda percapta quartil	P=0,26	P=0,44
4º Quartil	1,00	1,00
3º Quartil	0,18(1,73-0,02)P=0,10	0,16 (0,01-1,76)P=0,13
2º Quartil	0,35(0,07-1,73)P=0,19	0,52(0,09-2,77)P=0,44
1º Quartil	0,37(0,07-1,86)P=0,23	0,47(0,09-2,37) P=0,36
Paridade	P=0,15	—
Múltípara	1,00	—
Primípara	0,38(0,10-1,43)	—
Trabalho materno	P=0,51	
Não	1,00	—
Sim, com licença maternidade	1,31(1,07-3,53)P=0,94	—
Sim, sem licença maternidade	1,71(1,07-6,38) P=0,93	—
Presença de companheiro	P=0,15	
Sim	1,00	—
Não	2,63(0,69-9,91) P=0,15	—
Bloco intermediário		
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P=0,42	
Sim	1,00	—
Não	0,60(0,17-2,05)	—
Número de consultas de pré natal	p=0,24	
>= 7	1,00	—
<7	2,21(0,58-8,34)	—
Local de pré-natal	P=0,36	
Público	1,00	—
Particular	0,48(0,10-2,27)	—
Bloco proximal		
Peso do bebê ao nascer	P=0,58	

>=2.500g	1,00	—
<2.500g	0,04 (0,87-18,98)	—
Tipo de parto	P= 0,28	
Parto vaginal	1,00	—
Cesárea	0,51(0,15-1,74)	—

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

Em relação à introdução de semissólidos entre dois a quatro meses de idade como demonstra a tabela 11, nas análises univariadas, mães adolescentes e uso de chupeta aos dois meses tiveram significância estatística , porém ao serem ajustadas na análise multivariada elas perderam a significância não sendo netão associadas ao desfecho.

Tabela 11 Fatores associados à introdução de semissólidos e sólidos em crianças entre dois e quatro meses. Botucatu, 2015-2016

Variáveis/bloco	Regressão de Cox, análises univariadas P*, HR(IC95%;P**)	Regressão de Cox, análises multivariadas P*, HR(IC95%;P**)
Cor	P=0,78	
Branca	1,00	—
Não branca	1,03(0,80-1,34)P=0,78	—
Idade	P=0,12	P=0,15
20-34	1,00	1,00
<=19	1,47(0,99-2,19)P=0,05	1,45(0,98-2,16)P=0,07
>=35	1,60(0,98-2,62)P=0,06	1,54(0,94-2,53)P=0,08
Escolaridade (anos completos)	P=0,64	
>=12	1,00	—
9 a 11	0,94(0,60-1,45)P=0,78	—
<=8	1,09(0,76-1,56)P=0,62	—
Renda percapta quartil	P=0,33	
4º Quartil	1,00	
3º Quartil	0,87(0,60-1,27)P=0,49	—
2º Quartil	1,04(0,73-1,48)P=0,82	—
1º Quartil	1,22(0,87-1,73)P=0,24	—
Paridade	P=0,52	
Múltipara	1,00	—
Primípara	1,08(0,84-1,39)	—
Trabalho materno	P=0,46	
Sim, com licença maternidade	1,00	—
Sim, sem licença maternidade	0,82(0,47-1,42) P=0,48	—
Não	0,96(0,56-1,64)P=0,88	—
Presença de companheiro	P=0,49	
Sim	1,00	—
Não	1,14(0,78-1,65)	—
Bloco intermediário		
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P=0,26	
Sim	1,00	—
Não	1,18(0,87-1,60)	—
Número de consultas de pré natal	P=0,20	
>= 7	1,00	—
<7	1,26(0,88-1,80)	—
Local de pré-natal	P=0,64	
Público	1,00	—
Particular	0,93(0,70-1,24)	—
Bloco proximal		
Peso do bebê ao nascer	P=0,37	

$\geq 2.500\text{g}$	1,00	—
$< 2.500\text{g}$	0,77(0,43-1,37)	—
Tipo de parto	P=0,90	
Parto vaginal	1,00	—
Cesárea	0,98(1,26-0,97)	—
Uso de chupeta aos 2 meses	P=0,06	P=0,09
Não	1,00	1,00
Sim	1,27(0,98-1,64)	1,25(0,97-1,62)

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

Na respectiva análise final do período entre quatro e seis meses (tabela 12), houve associação para tal desfecho para o fator trabalho materno, sendo que mães que não trabalhavam tinham 29% menos probabilidade.

Tabela 12 Fatores associados à introdução de semissólidos e sólidos em crianças entre quatro e seis meses. Botucatu, 2015-2016

Variáveis/Bloco	Regressão de análises univariadas P*, HR(IC95%;P**)	Cox, Regressão de análises multivariadas P*, HR(IC95%;P**)
Cor	P=0,83	
Branca	1,00	—
Não branca	1,02(0,81-1,28)	—
Idade	P=0,31	
20-34	1,00	—
<=19	0,80(0,60-1,06)P=0,13	—
>=35	0,88(0,59-1,32) P=0,55	—
Escolaridade (anos completos)	P=0,10	P=0,36
>=12	1,00	1,00
9 a11	1,40(0,96-2,04)P=0,07	1,23(0,80-1,89) P=0,35
<=8	1,41(1,02-1,94)P=0,03	1,28(0,91-1,79) P=0,15
Renda percapta quartil	P=0,38	P=0,99
4º Quartil	1,00	1,00
3º Quartil	1,28(0,95-1,73-)P=0,10	0,97(0,68-1,42)P=0,89
2º Quartil	1,20(0,88-1,63)P=0,23	0,98(0,70-1,38)P=0,93
1º Quartil	1,09(0,78-1,52)P=0,60	0,98(0,69-1,39)P=0,92
Paridade	P=0,18	
Múltipara	1,00	—
Primípara	1,16(0,95-1,45)	—
Trabalho materno	P=0,008	P=0,04
Sim, com licença maternidade	1,00	1,00
Sim, sem licença maternidade	0,73(0,43-1,23) P=0,23	0,74 (0,43-1,26)P=0,27
Não	0,70(0,56-0,88)P=0,002	0,71(0,55-0,93)P=0,01
Presença de companheiro	P= 0,57	
Sim	1,00	—
Não	1,10(0,78-1,54)	—
Bloco intermediário		
Mãe orientada no pré-natal sobre a idade para início da ac	P=0,67	
Sim	1,00	—
Não	1,05(0,82-1,35)	—
Número de consultas de pré natal	p=0,45	
>= 7	1,00	—
<7	1,14(0,81-1,60)	—
Local de pré-natal	P=0,47	
Público	1,00	—
Particular	1,09(0,85-1,39)	—
Bloco proximal		
Peso do bebê ao nascer	P=0,67	
>=2.500g	1,00	—

<2.500g	0,90(0,57-1,42)	—
Tipo de parto	P=0,64	
Parto vaginal	1,00	—
Cesárea	1,05(0,84-1,31)	—
Uso de chupeta aos 4 meses	P=0,17	
Não	1,00	—
Sim	1,16(0,93-1,45)	—

*valor de P da variável **valor P por categoria da variável

9 Discussão

Em Botucatu, altas proporções de lactentes saudáveis e aptos para o aleitamento materno exclusivo estão em risco de agravos e repercussões negativas para sua saúde, decorrentes do consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno. Leite de outra espécie, ainda que modificado (fórmulas), é o alimento iniciado em idade mais precoce - 52,0% dos lactentes consumiram estes leites-, com idade mediana de 45 dias), indicando que nesse município ainda são insuficientes as ações de apoio ao aleitamento materno.

Em seguida, podemos destacar que o chá ainda é frequentemente ofertado aos lactentes (23,5%) e a idade mediana de introdução foi 50 dias. Suco de fruta natural já faz parte da alimentação de 68,3% dos lactentes antes de seis meses de idade, com mediana de início de 135 dias. Vários outros alimentos já integram a dieta infantil antes dos 6 meses: queijo (27,1%); arroz (64,0%); frutas em pedaços (68, 3%), caracterizando um comportamento de introdução precoce também de semisólidos/sólidos. Mesmo antes de dois meses, 1,7% tiveram contato com algum tipo de alimento sólido.

Sobre os fatores associados à idade de início de outro leite, outros líquidos e alimentos semi-sólidos, cabe destacar que nossa hipótese de que os determinantes variariam conforme a faixa etária da criança no momento da introdução se confirmou. O trabalho materno aumenta as chances de início de outros leites entre quatro e seis meses, mas a introdução antes de dois meses é favorecida pela baixa escolaridade, baixa renda e pela cesariana, sem efeito do trabalho materno. Da mesma forma, o oferecimento de outros líquidos tem associação com diferentes variáveis conforme a faixa etária de início. Destaca-

se que nenhuma das variáveis testadas associou-se com a introdução de outros líquidos antes de dois meses; a oferta entre dois e quatro meses associou-se com cor da pele não branca, baixa renda e uso de chupeta e o único fator de risco para início destes líquidos entre quatro e seis meses foi o trabalho materno.

Nossos resultados são menos expressivos no que se refere à identificação dos fatores associados com introdução da alimentação sólida/semi-sólida. Dentre as variáveis pesquisadas, poucas exerceram influência sobre esta prática alimentar. Ainda assim, detectamos que a baixa escolaridade foi fator de proteção contra a introdução antes de dois meses, mas não influenciou sobre a introdução nas demais idades. Nenhum fator associou-se com a introdução destes alimentos entre dois e quatro meses e apenas o trabalho materno associou-se com início de semissólidos/sólidos entre quatro e seis meses, sendo detectado efeito protetor quando a mãe não trabalha fora de casa.

Apóiam a validade de nossos resultados o cuidadoso trabalho de supervisão da coleta de dados, o uso de entrevistadores experientes, o que resultou na baixa taxa de recusas, perdas e informações ausentes. A coleta de dados nas primeiras semanas de vida e aos dois, quatro e seis meses permitiu reduziu bastante as chances de viés de memória nas informações maternas sobre a idade de início de cada alimento na alimentação infantil. Também destacamos a vantagem do delineamento prospectivo para estabelecimento da cronologia dos eventos e assim permitir a inferência de causalidade entre os fatores de exposição e os desfechos e a alta representatividade da amostra em

relação à população do município, dando aos resultados boa representatividade populacional.

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas. Uma das mais importantes se refere à indisponibilidade de dados sobre fatores psicossociais, entre eles apoio social e estado de saúde mental materno, já apontados na literatura como capazes de influir sobre as práticas alimentares de cuidado com lactentes (Oakley, 2014; Hasselmann, 2016). Porém, o fato de estudarmos presença/ausência de companheiro permitiu incluir nas análises uma das mais fortes fontes de apoio materno (Hasselmann, 2016), reduzindo assim as chances de fatores não considerados atuarem como confundidores nas análises de associação. Destacamos ainda que o conjunto de variáveis investigadas abrangeu uma vasta gama de aspectos tradicionalmente reconhecidos como associados à duração do aleitamento materno e idade de introdução da alimentação complementar (Oakley, 2014; Vieira, 2014; Aldebaño, 2015)

Segundo recente revisão (Martin, 2016) não há dúvida sobre a superioridade de aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida, e, a despeito de pequenas controvérsias, é quase consensual que esta deve ser a forma de alimentar lactentes nos primeiros seis meses de vida. Entretanto, o leite de vaca tem sido classicamente usado para alimentar bebês, mas seu consumo por crianças pequenas tem impacto nutricional e na saúde negativos, sendo o mais conhecido a anemia (Victora, 2016) com repercussões devastadoras sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual, além dos prejuízos ao sistema imunológico. Sabe-se mais recentemente que proteínas

do leite de vaca em excesso no começo da vida estão associadas com obesidade futura e que leite de vaca é o alimento mais alergênico para os humanos, acometendo entre 2 e 3 % dos lactentes no primeiro ano de vida (Victora, 2016).

É consenso que leite de vaca fluido ou em pó não modificados não devem ser usados nos primeiros meses de vida. Devido à inadequação de sua composição (especialmente ao excesso de proteínas e ao tipo de gordura predominante), o leite de vaca tem que ser diluído, desnatado e depois acrescido de óleos vegetais, carboidratos, vitaminas e minerais. Leite de vaca não modificado é particularmente deficiente de vitamina C, D e E, ferro e ácidos graxos essenciais, e excessivo em proteínas, cálcio, fosforo, sódio e potássio. Com os processos térmicos e a diluição necessária para reduzir o risco de sobrecarga renal, diarreia, desidratação e alergias, a disponibilidade de vitaminas fica quase nula (Victora, 2011, 2016).

Porém, as formulas infantis, as vezes apresentadas como efetivos substitutos do leite materno, têm em sua quase totalidade leite de vaca como ingrediente base de sua composição e podem também provocar hipersensibilidade às suas proteínas e micro-hemorragias no trato gastrointestinal, agravando as chances já aumentadas de deficiência de ferro. A baixa digestibilidade das proteínas do leite de vaca na maioria das fórmulas (não hidrolisadas) agrava o risco de alergias (Victora, 2016). Além disso, fórmulas não contém os agentes imunomoduladores presentes no leite materno (Cole, 2016), deixando o lactente mais desprotegido frente aos agentes causadores de infecções. Também se reconhece que bebês alimentados com

fórmulas antes dos seis meses sofrem prejuízos na regulação do apetite, podem mais facilmente do que bebês amamentados serem hiperalimentados e por esses mecanismos estão mais expostos à obesidade futura (Li, 2009).

A literatura sobre a idade de início do consumo de leite não materno e seus determinantes é escassa, pois a maioria dos estudos prospectivos investigou idade de cessação completa do aleitamento materno ou de término do aleitamento materno exclusivo, limitando a possibilidade do cotejamento preciso de nossos resultados com outros estudos. Mesmo assim, vale mencionar alguns estudos brasileiros e internacionais e quando possível comparar seus resultados com os do presente estudo.

Nos municípios brasileiros de Lage e Mutuípe, ambos na região do Recôncavo Baiano, um estudo de coorte com lactentes nascidos em maternidades públicas verificou duração mediana do AME igual a 74,73 dias, o que significa que antes de três meses de vida metade já recebia outros alimentos, sendo bastante provável que grande parte já recebesse outros leites. O risco de a criança receber concomitantemente leite materno e de vaca ou similar foi mais elevado quando a mãe trabalhava fora do domicílio (Demétrio, 2012). Também no presente estudo o trabalho materno é fato recorrente que aumenta o risco de introdução de outros leites antes dos seis meses de idade. Em coorte de lactentes brasileiros vivendo em região da Amazônia ocidental, aos 120 dias 25% da amostra já tinha sido completamente desmamada, o que indica que pelo menos um quarto dessas crianças consumia outro leite antes de quatro meses de vida (Kearns, 2016). Uso de

mamadeira, ausência de companheiro e baixo nível socioeconômico aumentaram as chances de cessação completa do aleitamento materno.

Em países desenvolvidos, com padrões mais insatisfatórios de duração do aleitamento materno do que os brasileiros, trabalho materno, ausência de companheiro, menor escolaridade, cesárea, falta de apoio social e baixo peso ao nascer tem sido fatores apontados como capazes de aumentar o risco de desmame e de início do consumo precoce de outros leites, dando de certa forma uma dimensão quase universal aos fatores que constroem a duração do aleitamento materno, favorecem o consumo de outros leites e de alimentação complementar em idade precoce.

Em estudo de coorte com mulheres americanas, trabalhadoras, apenas 67% ainda amamentavam seus filhos com seis semanas e metade com doze semanas, o que aponta a elevada e precoce proporção que alimentava seus filhos com outros leites. Nesse estudo, idade da criança no retorno materno ao trabalho, ausência de companheiro, menor escolaridade e ausência de amigos ou familiares que haviam amamentado aumentaram as chances de interrupção total do aleitamento materno antes de seis meses (Dagher, 2016).

Em Botucatu o presente estudo mostrou que fatores socioeconômicos e ligados à atenção à saúde (tipo de parto e orientação no pré-natal sobre a idade de início da alimentação complementar) aumentavam o risco de introdução de fórmula láctea/leite de vaca/leite de soja e leite em pó. Decorre desse resultado que com a redução das cesáreas poder-se-ia evitar a introdução ultra precoce de outros leites; já para prevenir a introdução aos dois e quatro os fatores a serem alvo de ações seria orientação eficaz durante o

pré-natal sobre a idade correta de introdução de alimentos e como isso se daria; e a introdução de outros leites mais tardia poderia ser prevenida por aumento da licença maternidade para seis meses. Estas hipóteses teriam que ser testada sem futuros estudos.

A literatura já tem mostrado que a cesárea reduz a duração do aleitamento materno e aumento do risco de uso de outros leites, e estes aumentam a chance de oferta mais precoce de outros alimentos. Em recente publicação com dados de um estudo de coorte canadense iniciado em 2008, a proporção de mães que ainda amamentavam doze semanas após o parto foi 83%, sendo que cesárea de emergência ou planejada, sem diferenças entre elas, aumentou as chances de cessação antes de doze semanas, independente de outros fatores, sendo o efeito significativo e relevante: 61% de aumento (HOBBS, 2016).

Em análise secundária de um *Trial* australiano, 2.148 crianças nascidas em hospital amigo da criança foram acompanhadas até seis meses de idade, por telefone, a cada seis semanas. Aos seis meses 262 crianças eram parcialmente amamentadas, o que significa que já consumiam outros leites; 615 eram exclusivamente amamentadas e 1.271 recebiam apenas fórmula infantil. Baixa escolaridade, tabagismo antes da gestação, prematuridade e baixo peso aumentaram, independentemente, as chances de interrupção do aleitamento antes de doze semanas (Quilivan, 2015). No presente estudo, baixa escolaridade também foi fator de risco para início ultraprecoce de outros leites; ao contrário do baixo peso ao nascer, que não se associou. Não investigamos prematuridade, porque a frequência era muito baixa e tabagismo

não foi avaliado, reduzindo a possibilidade de comparação com o estudo em questão.

Outro estudo australiano mostrou padrão mais satisfatório do que o verificado em outros países desenvolvidos de duração do aleitamento materno, pois apenas 15,4% da coorte não era mais amamentada aos quatro meses, sendo 8,5 semanas a mediana da idade de cessação para aquelas que deixaram de amamentar antes de seis meses, o que correspondeu a um quarto da amostra. Porém, aos quatro meses, 28,75% já consumiam fórmula láctea regularmente e 21,2% tinham iniciado outros alimentos antes de quatro meses, principalmente cereais, frutas e hortaliças (Magarey, 2015).

O início precoce do consumo de outros leites e da alimentação complementar foi também documentado na China. Em coorte de 695 mães e lactentes acompanhados prospectivamente desde o nascimento, a idade mediana de início da alimentação complementar foi 4,5 meses. A idade da criança no retorno materno ao trabalho foi inversamente associada ao início da AC. Outro achado relevante nesse estudo chinês foi que crianças que recebiam fórmula mais cedo também tinham mais chances de receber AC antes de seis meses, com HR = 1,81; IC 95%=1,42-2,31, independentemente dos outros fatores. Destaca-se que 485 das 695 crianças já recebiam fórmula antes de seis meses (Yan, 2014).

Da mesma forma que o consumo de leite de vaca ou formulas infantis tem repercussões adversas sobre a saúde, também o consumo de alimentos semi-sólidos ou sólidos e líquidos como água, chá e sucos é prejudicial à criança e pode repercutir em períodos futuros da vida. Por isso, nossos resultados

mostrando o início precoce de alimentos semi-sólidos e líquidos como chá, água e suco de fruta são também importantes, chamando atenção para um comportamento comum e pouco abordado explicitamente em intervenções educativas. Ou seja, as mensagens educativas para promoção da alimentação infantil saudável, tradicionalmente, têm ressaltado a recomendação de manutenção do AME nesse período da vida, mas não dizem claramente o que de negativo há no consumo de chá, suco, fruta, mingau, iogurte ou comidinha com legumes, verduras, cereais ou carnes antes de seis meses. Como vários desses todos serão mais tarde, a partir de seis meses, indicados para compor a alimentação rotineira do lactente, não é de se estranhar que sejam equivocadamente dados aos bebês precocemente. Reforça a possibilidade de adoção dessas práticas o fato de, em tempos não muito distantes, as recomendações dos profissionais de saúde para a alimentação infantil incluírem início do consumo de sucos de frutas aos dois meses, mingaus aos três e papinhas aos quatro meses (Kubota, 1980).

A introdução precoce dos alimentos complementares aumenta a vulnerabilidade da criança a diarreias, infecções e desnutrição. A consequência imediata da nutrição inadequada nesse período é o aumento da morbimortalidade e atraso no desenvolvimento mental e motor. Essa é uma etapa crítica, a qual pode acarretar déficit nutricional e outras enfermidades além de carências nutricionais, patologias relacionadas ao consumo excessivo de alimentos, a exemplo de doenças crônicas não transmissíveis e obesidade infantil, representando um processo com complexos fatores biológicos,

culturais, sociais e econômicos, que podem interferir no estado nutricional da criança (Silva et al., 2010, 2012).

Um estudo realizado sobre a introdução de alimentos complementares sólidos e semissólidos nos Estados Unidos mostrou que a idade média desse evento foi 17 semanas, 25,5% destes lactentes tiveram introdução desses alimentos entre zero e 15 semanas de idade, 61,8% entre 16 a 23 semanas e 12,7% com idade igual ou superior a 24 semanas (Doub, 2015).

Em nosso estudo uma pequena parcela dos participantes tiveram introdução ultraprecoce, ou seja antes dos dois meses de vida, de semissólido/sólidos; a grande maioria começou a receber esses alimentos entre quatro e seis meses. A mãe retomar o trabalho fora de casa e se ausentar por alguns períodos, ou mesmo a interpretação equivocada de que a criança já está madura para tal, são hipóteses explicativas razoáveis para o início entre quatro e seis meses. Mas temos poucas explicações para o início ultra precoce destes alimentos, cabendo a estudos de casos ou estudos qualitativos analisar esse fenômeno, raro, porém preocupante, de dar alimentos semissólidos/sólidos a crianças antes de oito semanas de vida.

Brown (2016) encontrou em seu estudo fatores associados a introdução de alimentos semissólidos antes dos seis meses de idade, tais fatores foram paridade, ocupação e estado marital, os quais aumentavam o risco, sendo as primíparas, que trabalhavam fora de casa e as quais eram mães solteira (Brown, 2016). Em Botucatu, os fatores associados com introdução de semissólidos antes dos seis meses variaram conforme o período da introdução, sendo que em menores de dois meses mães menos

escolarizadas têm risco reduzido, no período de dois a quatro nenhuma variável mostrou associação e no período de quatro a seis meses a ocupação materna influenciou, sendo que mães que não trabalham atuou como fator de proteção. Essa observação contrapõe-se a achados de outro estudo, que associaram pouca escolaridade materna com maior risco de introdução de semisólidos/sólidos (Campagnolo, 2012; Brown, 2016).

A introdução de outros líquidos como água, chá e sucos também é contra-indicada, pois esses podem levar a saciedade, diminuição de mamadas e da produção e consumo de leite materno e, assim, causarem déficit calórico, além de representarem foco potencial de contaminação (Brasil, 2009, Campagnolo, 2012). Em Botucatu, nota-se o grande número de crianças em que estes alimentos foram introduzidos, o que demonstra a necessidade de intervenções educativas para as mães e cuidadores sobre a inadequação destes líquidos, além de ações que apoiem o aleitamento materno exclusivo.

O uso de chupeta está associado à introdução de alimentos precocemente de forma bastante definida, (França, 2008; Queluz, 2012; Campagnolo, 2012), podendo estimular a introdução de outros líquidos logo no sétimo dia de vida da criança, prejudicando assim o AME (França, 2008). Embora em Botucatu o uso de chupeta esteja associado significativamente apenas com a introdução de outros líquidos entre dois a quatro meses de idade, o uso deste artefato traz repercussões negativas posteriores sobre práticas introdutórias de alimentação complementar, além de risco aumentado para descontinuação da amamentação no primeiro ano de vida (Feldens, 2012). Cabe ainda lembrar que em Botucatu houve diferença significativa nas

curvas de sobrevivência para início de outros leites nos primeiros seis meses segundo uso de chupeta, com início mais precoce em caso positivo.

Também foi possível identificar que mulheres de cor não branca possuem risco aumentado para introdução de outros líquidos no período entre dois e quatro meses e na introdução de outros leites entre dois e quatro meses, o que aponta para a influência de um importante marcador social. Na literatura há dados claros mostrando que não brancos são a parcela mais pobre e menos escolarizada da sociedade, sendo assim a população mais vulnerável (Bunik, 2006; Cartagena, 2015).

Em nosso estudo a cesárea também influenciou sobre a curva de introdução de outros leites, e de outros líquidos ao longo dos seis meses, demonstrando o prejuízo sobre o AME e a precocidade na oferta. A renda também foi outro fator significativo na curva, o que foi observado que os indivíduos pertencentes aos menores quartis de renda há o oferecimento mais precoce de outros leites. Bem como o uso de chupeta que antecipa a introdução de outros líquidos.

Em uma província chinesa, estudo apontou que as crianças receberam alimentos complementares com idade média de quatro meses e meio, o que indica baixa adesão às recomendações da WHO, sendo que as mães com nível universitário possuíam 33% maior probabilidade, e mães multíparas tinham risco reduzido quando comparadas com primíparas para tal introdução (Tang, 2015). Em Botucatu, apenas as mães menos escolarizadas tiveram maior risco e paridade não se associou com introdução de alimentos.

As diferenças relacionadas com os fatores de risco/proteção de práticas alimentares negativas apontados no presente estudo e na literatura, conforme região ou país, são expressivas e apóiam a necessidade de estudos locais para fornecer base científica para o delineamento de intervenções, mas também podem ser decorrentes de diferenças metodológicas entre as diferentes pesquisas, tanto quanto na definição de alimentação complementar, na forma de considerar o alimento introduzido, bem como no rol de alimentos investigados e nas idades e períodos etários adotados para as análises. Assim, recomenda-se um esforço de padronização da investigação da alimentação em estudos de coorte, assim como o realizado pela OMS e por pesquisadores brasileiros, mais recentemente, para indicadores de qualidade a serem adotados em estudos transversais sobre alimentação infantil (Marim, 2016).

10 Considerações Finais

Pode-se assim afirmar que a introdução precoce de alimentos na dieta infantil, problema importante no município brasileiro onde o presente estudo foi realizado é universal, tanto em países com maior como menor duração do aleitamento materno. Os determinantes variam, embora muitos sejam comuns, como o parto cesárea e uso de chupeta, cor da pele da mãe, escolaridade, renda, trabalho e orientação recebida no pré-natal. Assim, cabe somar ao esforço mundial pelo aumento do aleitamento materno ações voltadas a desencorajar a oferta de outros alimentos aos lactentes, concomitantemente ou não ao aleitamento materno.

A precocidade de início e a elevada proporção de lactentes já consumindo alimentos tornam nossos resultados expressivos e relevantes para pesquisadores da saúde e nutrição materno-infantil, para profissionais de saúde que assistem lactentes, gestores dos serviços de saúde e formuladores de políticas de promoção da alimentação saudável no começo da vida.

Aos pesquisadores caberá avançar no conhecimento dos determinantes desta prática alimentar, eventualmente associando aos estudos observacionais clássicos, estudos qualitativos que investiguem o processo de tomada de decisão pela prática introdutória para um lactente menor de seis meses de idade, além do delineamento e teste da efetividade de intervenções focadas especificamente em prevenir tal introdução precoce.

Os profissionais de saúde devem investir nas suas habilidades de comunicação e prepararem-se para o diálogo com as mães, pais e famílias, na busca de alternativas para apoiar o aleitamento materno, contornar as crises

que podem desencadear o uso de outros leites, outros líquidos e sólidos/semissólidos e lidar com as repercussões desta prática, minimizando os efeitos deletérios sobre a saúde do lactente do precoce consumo destes alimentos.

Aos gestores e formuladores de políticas de saúde e nutrição caberá enfrentar o desafio de além conter o avanço da indústria de fórmulas infantis com ações de regulação de sua propaganda e comércio, além de promover ampla divulgação dos potenciais malefícios do consumo de outros leites no começo da vida, além de ações como aumento da licença maternidade remunerada de seis meses, programas que visem o aprimoramento dos serviços pré-natais, além de efetivas políticas que priorizem a população mais vulnerável.

11 Referências

Marinho, LMF 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 coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.3, pp.977-986. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.06532015>.

Venancio SI; Giugliane ERJ, Silva OLO, Stefanello J, Benicio MHD, Reis MCG, Issler RMS, et al. Association between the degree of implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and breastfeeding indicators. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2016,32(3):e00010315. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00010315>

Abeldaño RA, López-De-Neira M, Burrone MS. Prácticas de lactancia y alimentación complementaria em menores de 6 meses em argentina: estimaciones a partir de uma encuesta multipropósito. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 29/01/2017];19:4654. Disponível em: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP15_1_07_%20art4.pdf.

Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;46:99-110.

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*. 2015;28:366-74.

Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382:42751.

Brandão DS, Venancio SI, Giugliani ERJ. Associação entre a implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de aleitamento materno em um município do sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91:143-51.

Brown A, Rowan H. Maternal and infant factors associated with reasons for introducing solid foods. *Matern Child Nutr*. 2016;12:500-15. doi: [10.1111/mcn.12166](https://doi.org/10.1111/mcn.12166).

Bunik M, Clark L, Zimmer LM, Jimenez LM, O'connor ME, Crane LA, et al. Early infant feeding decisions in low-income Latinas. *Breastfeed Med*. 2006;1:225-35. 2006. doi:10.1089/bfm.2006.1.225

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:1027-33.

Campagnolo PDB, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo MR. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Nutr.* 2012;25:431-9.

Cartagena D, et al. Factors contributing to infant overfeeding in low-income immigrant Latina mothers. *Appl Nurs Res.* 2015;28:316-21. doi:10.1016/j.apnr.2015.03.007

Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil– SP. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15:62-9.

Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 2015;104(467):96-113.

Cole TJ, Singhal A, Fewtrell MS, Wells JC. Weight centile crossing in infancy: correlations between successive months show evidence of growth feedback and an infant-child growth transition. *Am J Clin Nutr.* 2016;104:1101-9.

Daelmans B, Ferguson E, Lutter CK, Singh N, Pachón H, Creed-Kanashiro H. Designing appropriate complementary feeding recommendations: tools for programmatic action. *Matern Child Nutr.* 2013;9 Suppl 2:116-30. doi:10.1111/mcn.12083.

Dagher RK, McGovern PM, Schold JD, Randall XJ. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:194. doi: 10.1186/s12884-016-0965-1.

Demétrio F, Pinto E, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28:641-50. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400004>.

Department of Child and Adolescents Health and Development, World Health Organization. Evidence on the long-term effects breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.

Doub AE, Moding KJ, Stifter CA. Infant and maternal predictors of early life feeding decisions: The timing of solid food introduction. *Appetite.* 2015;92:261-8. doi:10.1016/j.appet.2015.05.028.

ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49:112-25.

ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, et al. Complementary Feeding: a Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;46:99-110.

Feldens CA, Vitolo MR, Rauber F, Cruz LN, Hilgert JB. risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. *Matern Child Health J*. 2012;16:1257-65. doi:10.1007/s10995-011-0885-7

França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saude Publica*. 2008;42:607-14.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. SEADE [Internet]. Brasília: SEADE; 2015 [citado 2 Out 2015]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.

Gewa CA, 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*. 2015;34:6. doi: 10.1186/s41043-015-0008-y

Giugliane ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr*. 2000;76 Supl 3:253-62.

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

Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hidrolized formulas. *Pediatrics*. 2008;121:183-91.

Hasselmann MH, Lindsay AC, Surkan PJ, Vianna GVB, Werneck GL. Intimate partner violence and early interruption of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 20/02/17];32: e00017816. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00017816>.

Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 doi: 10.1186/s12884-016-0876-1.

Issaka AI, Agho KE, Page AN, Burns PL, Stevens GJ, Dibley MJ. Comparisons of complementary feeding indicators among children aged 6-23months in Anglophone and Francophone West African countries. *Matern Child Nutr*. 2015;11:S1-13.

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362:65-71.

Kearns AD, Castro MC, Lourenço BH, Factors associated with age at breastfeeding cessation in amazonian infants: applying a proximal–distal framework. *Matern Child Health J*. 2016;20:1553-9. doi:10.1007/s10995-016-1953-9.

Kubota N, Oshiro JH, Balduino MA, Faria Z. Avaliação de material educativo: adequação de quatro volantes sobre alimentação da criança de 0 a 12 meses de idade. *Rev Saúde Pública*. 1980;14:101-22. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101980000100009>.

Li, R, et al. Do Infants Fed From Bottles Lack Self-regulation of Milk Intake Compared With Directly Breastfed Infants? *Pediatrics*. June 2010, VOLUME 125 /ISSUE 6 DOI:10.1542/peds.2009; 25-49

Lambert LM, Zakarija-Grkovi I, Walker CLF, Theodoratu E, Nair H, Campbell H, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013;13 Suppl 3:S18.

Lamberti LM, Walker CLF, Noimam A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. 2011;11:S15-27.

Lutter CK. Growth and complementary feeding in the Americas. *Nutr Metab. Cardiovasc Dis*. 2012;22:806-12.

Magarey A, Feeding mode of australian infants in the first 12 months of life. *J Hum Lact* . 2016;32(4):NP95-NP104. doi: 10.1177/0890334415605835.

Marim MMF. Práticas alimentares no primeiro ano de vida no município de Assis-SP: tendência temporal de 10 anos [tese] [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2016 [Citado 19 Jan 2017] Disponível em:
http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/141916/marim_mmf_dr_bot.pdf?sequence=3

Martin CR, Ling PR, Blackburn G. Review of infant feeding: key features of breast milk and infant formula. *Nutrients*. 2016;8(5):279. doi:10.3390/nu8050279

Mason JB, Shrimpton R, Saldanha LS. Os primeiros 500 dias de vida: políticas de apoio à nutrição materna. *Glob Health Action*. 2014;7:23623.

Mialich MA. Atenção à saúde neonatal: análise do acompanhamento de recém-nascidos por serviços públicos de saúde [Trabalho de conclusão de curso]

Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2014.

Ministério da Saúde (BR). Estratégia amamenta alimenta Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 16 Ago 2013] Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>.

Ministério da Saúde (BR). Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN BRASIL. ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 (Caderno do Tutor).

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Ministério da Saúde (BR). 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. 2a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

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

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica; nº 33).

Ministério da Saúde (BR). 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; 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Oakley LI, Henderson J, Redshaw M, Quigley MA. The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:88. doi: 10.1186/1471-2393-14.

Oliveira JM, Castro IRR, Silva GB, Venâncio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad Saúde Pública*. 2015;31:377-94.

Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Modelo de perfil nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: OPAS; 2016.

Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13:407-14.

Passanha A, Benicio MHA, Venancio SI, Reis MCG. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública*. 2013;47:1141-8.

Pearce J, Taylor MA, Langley-Evans SC. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: A systematic review. *Int J Obesity*. 2013;37:1295-306. doi:10.1038/ijo.2013.99.

Pereira RS, Oliveira MI, Andrade CL, Santos Brito A. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:2343-54.

Prell KB. Breastfeeding and complementary feeding. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(25):435-44. doi: 10.3238/arztebl.2016.0435.

Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46:537-43.

Quinlivan J, Kua S, et al. Can we identify women who initiate and then prematurely cease breastfeeding? An Australian multicentre cohort study. *Int Breastfeed J*. 2015;10:16. doi: 10.1186/s13006-015-0040-y.

Rollins NC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).

Saldiva SRDM. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *J Pediatr*. 2007;83:53-8.

Schincaglia RM, Oliveira, AC, Sousa LM, Martins KA. Feeding practices and factors associated with early introduction of complementary feeding of children aged under six months in the northwest region of Goiânia, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24:465-74. doi: 10.5123/S1679-49742015000300012

Scott JA, Dashti M, Al-Sughayer M, Edwards CA. Timing and determinants of the introduction of complementary foods in kuwait: results of a prospective cohort study. *J Hum Lact*. 2015;31:467-73.

Shrimpton R. Global policy and programme guidance on maternal nutrition: what exists, the mechanisms for providing it, and how to improve them? *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012;26 Suppl 1:31525.

Siega-Riz AM, Deming DM, Reidy KC, Fox MK, Condon E, Briefel RR. Food consumption patterns of infants and toddlers: where are we now? *J Am Diet Assoc*. 2010;110(12 Suppl):S38-51. doi: 10.1016/j.jada.2010.09.001.

Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev Nutr*. 2010;23:983-92.

Silva NVP, Muniz LC, Vieira MDFA. Consumo de refrigerantes e sucos artificiais por crianças menores de cinco anos: uma análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2006. *Nutrire Rev Soc Bras Alim Nutr*. 2012;37:163-73.

Simom VGM, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6:29-38.

Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(8):CD006462. doi: 10.1002/14651858.CD006462.pub4.

Smithers LG. Associations between dietary patterns at 6 and 15 months of age and sociodemographic factors. *Eur J Clin Nutr*. 2012;66:658-66.

Tang LI, Lee H, Binns CW. Predictors of early introduction of complementary feeding: Longitudinal study. *Pediatr Int*. 2015;57:126-30. doi: 10.1111/ped.12421

Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância 2012. Crianças em um mundo urbano. Nova York: Unicef [Internet]. 2012

[citado 10 Jan 2015]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/PT-BR_SOWC_2012.pdf

Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006;9:40-6.

Venancio SI, Saldiva SRDDM, Escuder MML, Giugliani ERJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health.* 2011;66:914-8.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CI. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet.* 2011;32-46. doi:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

Victora CG, Barros RAJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, et al. Breastfeeding In The 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The hole of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26:224-7.

Vieira TO. Duration of exclusive breastfeeding in Brazilian population: new determinants in cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:175. doi: 10.1186/1471-2393-14-175.

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. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: World Health Organization; 2003.

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

Yan J, Liu L, Zhu Y, Huang G, Wang PP. The association between breastfeeding and childhood obesity: A meta-analysis. *BMC Public Health.* 2014;14:1267. doi: 10.1186/1471-2458-14-1267.

11 APÊNDICES

11.1 APÊNDICE 1

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB
2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE
PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

FORMULÁRIO 1

CAPTAÇÃO NA CLÍNICA DO BEBÊ

Data da Entrevista: ____/____/____ N° do Formulário

Você está aqui [Clínica do Bebê] para consulta agendada?

[1] Sim

[2] _____ Não _____ - _____ Por _____ qual
motivo? _____ Tem

consulta agendada? [1] Sim – para quando? ____/____/____ [2] Não

Nome do entrevistador:

Local da Entrevista:

Data da Revisão: ____/____/____

Nome do revisor:

1. IDENTIFICAÇÃO DA MAE E RN

1.1. Qual seu nome[completo, sem abreviações]:

1.2. Qual sua data de nascimento: ____/____/____

1.3. Qual o nome da sua mãe:

1.4. Qual o nome do seu pai:

1.5. Qual o número do seu R.G.: _____

Como você foi informada, estamos realizando um estudo sobre a saúde das crianças que nascem e moram em Botucatu.
Essa primeira entrevista será para conhecer seu bebê, você e sua família.

Vamos perguntar como foi o parto e os primeiros dias/mês de vida do seu bebê, na maternidade e em casa.

1.6. Qual foi a data do parto: ____ / ____ / ____

1.7. Qual o local que ocorreu o parto:

[1] Hospital SUS-Unesp[2] Hospital UNIMED/Particular/Convênios – **pular para 1.8**

[3] Outro: _____ - **pular para 1.8**

1.7.1. Se parto na Unesp, anotar REGISTRO HOSPITALAR:

1.8. A gestação foi múltipla?[1] Sim[2] Não – **pular para 1.9**

1.8.1. Se sim, quantos conceitos? _____ Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

1.9. Qual o nome do 1º bebê [completo, sem abreviações]:

1.10. Qual o sexo do [nome do bebê]: [1] masculino [2] feminino

1.11. Qual o nº registro hospitalar do [nome do bebê] caso tenha nascido na UNESP:

_____ [2] bebê nasceu no hospital UNIMED

1.12. Qual seu endereço:

Rua/Av: _____ Nº _____

1.13. Bairro: _____

1.14. Ponto de referência: _____

1.15. Pretende se mudar nos próximos meses? [1] Sim[2] Não

Novo endereço(NÃO DIGITAR):

Telefones da mãe (explicar que é para agendar as próximas entrevistas):(NÃO DIGITAR)

Fixo: _____ Celular: _____

Provedor: _____

e-mail: _____

1.16. Qual seu estado civil (LERas alternativas)?

[1] Casada[2] Solteira [3] União estável [4] Outro: _____

1.17. Você vive com seu companheiro/marido? [1] Sim[2] Não

1.18. Você tem contato com o pai da criança?[1] Sim[2] Não - **pular para 1.19.**

1.18.1. Qual o nome dele?

1.18.2. Qual o telefone dele? _____

1.18.3. Onde ele trabalha? _____

1.19. Você tem contato com a avó [materna/paterna] da criança?

[1] Sim[2] Não - pular para “outros telefones”

1.19.1. Qual o nome da avó paterna? _____

Outros telefones (familiares/amigos) de pessoas que podem ser contatadas, em caso de não a encontrarmos: Listar nome, parentesco e telefone (até 4) : (NÃO DIGITAR)

Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____

Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____

Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____

Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____

1.20. A sua cor de pele é [LERas alternativas]:

[1] Branca[2] Negra[3] Parda[4] Amarela[5] Indígena[6] Outra: _____

1.21. Qual foi a última série/ano escolar que você concluiu com aprovação na escola?

Se preciso, ajudar com: Em qual série/ano escolar você parou de estudar?

_____ anos de escolaridade. CASO A MÃE TENHA CURSADO ATÉ A OITAVA SÉRIE, **pular para 1.22**

1.21.1. Você cursou o nono ano? [1] Sim[2] Não

1.22. Você trabalha [com remuneração]? [1] Sim[2] Não- **pular para 1.23**

1.22.1. Qual sua ocupação? _____

1.22.2. Onde você trabalha? [1] Em casa[2] Local de trabalho da mãe: [nome e tipo de estabelecimento]: _____

1.22.3. Está de licença/afastada pelo nascimento do bebê?

[1] Sim, com remuneração[2] Sim, sem remuneração[3] Não - **pular para 1.23.**

1.22.4. Quando você voltar a trabalhar, qual será a idade do bebê [meses]: _____

1.22.5. Qual sua jornada semanal de trabalho [horas/semana]: _____

1.23. Quantas pessoas [adultos e crianças] moram COM você? _____

Quem são? [nome, idade e parentesco] (NÃO DIGITAR)

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____	Parentesco _____	idade _____
Nome: _____	Parentesco _____	idade _____
Nome: _____	Parentesco _____	idade _____
Nome: _____	Parentesco _____	idade _____
1.24. Qual foi a renda total da família no mês anterior? R\$ _____		
1.25. Quantas pessoas que dependem dessa renda? _____		
1.26. Você recebe Bolsa Família?[1] Sim[2] Não - pular para 2.1		
1.26.1. Qual o valor: R\$ _____		

2. HISTÓRIA GESTACIONAL

2.1 Quantas vezes você ficou grávida (incluindo esta gestação): _____
2.2. Quantos partos você teve (incluindo este parto): _____
2.3. Quantas cesáreas você teve (incluindo este parto): _____
2.4. Quantos filhos nasceram vivos: _____
2.5. Quantos abortos ou natimorto (bebê que nasceu morto)você teve: _____
2.6. O(s)[nome(s) do(s) recém-nascido(s)] tem algum irmão que faleceu antes de completar 5 anos de idade?[1] Sim [2] Não - pular para 3.1
2.6.1. Quantos? _____
2.6.2. Qual a causa do óbito mais recente? _____

3. GESTAÇÃO ATUAL

3.1. A gestação do.....[nome do bebê]foi planejada?[1] Sim[2] Não
3.2 A gestação foi bem aceita, logo que você soube?[1] Sim - pular para 3.3 [2] Não
3.2.1 Se não, por quê? _____
3.3. Quando estava grávida, você participou de grupo de gestantes [grupos educativos] promovido pelo serviço onde você fez seu pré-natal?[1] Sim[2] Não- pular para 3.4
3.3.1. De quantas reuniões? _____
3.4. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre como amamentar, isto é como colocar o bebê no peito, qual peito dar primeiro ou outras orientações de como amamentar?[1] Sim[2] Não

3.5. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre até que idade um bebê deve mamar no peito?[1] Sim[2] Não – **pular para 3.6**

3.5.1. Se sim, qual a idade recomendada: _____ meses

3.6. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre a idade ideal para o bebê começar a receber outro alimento/líquido, além do leite do peito?
[1] Sim[2] Não – **pular para 3.7**

3.6.1. Se sim, qual a idade: _____ meses

3.7. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre a data provável do seu parto (quando o bebê estaria pronto para nascer)?[1] Sim[2] Não – **pular para 3.8**

3.7.1. Se sim, com quanto tempo de gestação o bebê deveria nascer?
_____ meses ou com _____ semanas [2] Não lembra

3.8. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre os tipos de parto?
[1] Sim[2] Não

3.9. Você foi orientada/conversou sobre como se preparar para um parto normal?
[1] Sim[2] Não

3.10. No pré-natal, você foi orientada a fazer regularmente caminhada ou alguma outra atividade física durante a gestação?[1] Sim[2] Não

3.11. Você faltou em alguma consulta do pré-natal?[1] Sim [2] Não - **pular para 3.13**

3.11.1. Se _____ sim, _____ por _____ quê?

3.12. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional quando você faltou à consulta de pré-natal?[1] Sim[2] Não

3.13. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional da unidade de saúde no último mês de sua gestação?[1] Sim[2] Não

3.14. Você lembra de ter sido informada sobre o local onde iria ocorrer seu parto?
[1] Sim[2] Não

3.15. Durante a gravidez, alguma vez você precisou e procurou a maternidade?
[1] Sim [2] Não- **pular para 3.16**

3.15.1. Por qual motivo? _____

3.15.2. Você se sentiu bem atendida?[1] Sim – **pular para 3.16**[2] Não

3.15.3. Por que você não se sentiu bem atendida?

3.16. Você foi encaminhada para fazer o pré-natal na UNESP?
[1] Sim [2] Não – **pular para 4.1**

3.16.1.	Por	que	você	foi	encaminhada:

3.17. Sua gestação foi diagnosticada de alto risco, em algum momento do pré-natal?					
[1] Sim [2] Não – pular para 3.18					
3.17.1.	Por	que	sua	gestação	foi de alto risco?

3.18. No caso de seu pré-natal ter sido na UNESP, você manteve o acompanhamento na atenção básica/consultório particular? [1] Sim [2] Não – pular para 4.1					
3.18.1. Se sim, onde? _____					

4. PARTO E PUERPÉRIO

4.1. Você foi atendida imediatamente na maternidade, quando chegou a hora do bebê nascer?					
[1] Sim - pular para 4.2 [2] Não					
[3] Não procurei o hospital (parto não ocorreu no hospital) – pular para 4.18					
4.1.1.	Se	não,	o	que	aconteceu?

4.2. Houve algum problema (intercorrência materna ou fetal?) da sua chegada à maternidade até o nascimento do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 4.3					
4.2.1.	Se	sim,	qual	problema?	

4.3. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você foi orientada a caminhar? [1] Sim [2] Não					
4.4. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você foi orientada a tomar banho morno? [1] Sim [2] Não					
4.5. Você foi orientada a usar alguma das seguintes técnicas para aliviar a dor: [LER as alternativas]					
[1] bola [3] massagem [4] acupuntura [2] Não					
4.6. Alguma outra técnica foi utilizada/orientada: [1] Sim [2] Não – pular para 4.7					
4.6.1. Se sim, qual? _____					
4.7. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você se sentiu respeitada durante trabalho de parto? [1] Sim – pular para 4.8 [2] Não					
4.7.1. Se não, por que? _____					
4.8. Você entrou em trabalho de parto? [1] Sim [2] Não - pular para 4.9					
4.8.1. Você precisou de ajuda para entrar em trabalho de parto com medicação na veia ou por baixo, na vagina? [1] Sim [2] Não					
4.9. Sua bolsa das águas foi rompida por profissional de saúde? [1] Sim [2] Não					

4.10. Você teve acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto?[1] Sim[2] Não

4.11. A hora que o bebê nasceu você estava com acompanhante?[1] Sim[2] Não

4.12. Qual o tipo de parto?[1] Vaginal[2] Cesárea- **pular para 4.15**

4.13. Fez episiotomia (corte por baixo, na região vaginal, feito pelo profissional que fez o parto)?[1] Sim[2] Não

4.14. Ficou de cócoras?[1] Sim – **pular para 4.18**[2] Não – **pular para 4.18**

4.15. Sua cesárea foi marcada com antecedência (combinada para um dia certo?)
[1] Sim[2] Não - **pular para 4.16.**

4.15.1. Se sim, por quê? _____

4.15.2. Quem decidiu pela cesárea?[1] O médico [2] Você – **pular para 4.15.4**[3] Ambos – **pular para 4.15.5**[4] Outros – **pular para 4.15.6**

4.15.3. Por que o médico decidiu pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.4. Por que você decidiu pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.5. Por que você e o médico decidiram pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.6. Quem decidiu pela cesárea? _____

4.15.7. Por que [esta pessoa] decidiu pela cesárea?

4.16. A cesárea foi decidida quando o trabalho de parto estava em andamento (intra trabalho de parto)?[1] Sim[2] Não – **pular para 4.17**

4.16.1. Se sim, por que? _____

4.17. Algum profissional de saúde falou que você ou seu bebê tiveram algum dos seguintes problemas (na gravidez ou no parto)? [LER as alternativas]

4.17.1. Descolamento da placenta antes do parto[1] Sim[2] Não

4.17.2. Prolapso/saída do cordão[1] Sim [2] Não

4.17.3. Placenta prévia/baixa[1] Sim[2] Não

4.17.4. Sofrimento fetal[1] Sim[2] Não

4.17.5. Herpes genital com ferida na hora do parto [1] Sim[2] Não

4.17.6. Bebê sentado ou atravessado[1] Sim[2] Não

4.17.7. HIV[1] Sim[2] Não

4.17.8. Algum desses problemas foi referido pelo médico ou outro profissional de saúde como o motivo da cesárea?[1] Sim[2] Não – **pular para 4.17.8.2**

4.17.8.1. Se sim, qual?

4.17.8.2. Se não, qual foi o motivo da sua cesárea? _____
4.18. Você teve algum problema no pós-parto?[1] Sim [2]Não- pular para 4.19 4.18.1.Se sim, qual? _____
4.19. Você necessitou de internação em UTI no pós-parto?[1] Sim[2]Não – pular para 4.20 4.19.1. Se sim, por quê? _____ 4.19.2.Quantos dias? _____ dias
4.20. Quantos dias, no total, você ficou internada na maternidade? _____ dias
4.21. Você recebeu alguma prescrição de medicamento na hora da alta? [1] Sim [2] Não – pular para 5.1 4.21.1.Se sim, qual? _____

5. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (MATERNIDADE/BERÇÁRIO)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

5.1. Na maternidade, você recebeu orientações sobre como amamentar o seu bebê no primeiro dia de vida? [1] Sim [2] Não – pular para 5.2 5.1.1.Você ficou satisfeita com as orientações recebidas? [1] Sim [2] Não [3] Parcialmente satisfeita
5.2. O seu bebê foi colocado peladinho no seu colo logo ao nascer? [1] Sim – pular para 5.3[2] Não 5.2.1.Se não, por quê? _____
5.3. O bebê mamou no seu peito 1ª hora de vida?[1] Sim – pular para 5.4[2] Não 5.3.1.Se não, por quê? _____
5.4. Desde o nascimento até a alta, você e seu bebê ficaram juntos? [1] Sim, todo o tempo - pular para 5.5[2] Não [3] Sim, por algum tempo 5.4.1.Por que não ficaram juntos o tempo todo? _____ 5.4.2.Seu bebê ficou em UTI/UCI?[1] Sim [2] Não – pular para 5.5 5.4.2.Se sim, quanto tempo? _____ dias
5.5. Foi realizado Método Canguru? (bebê ficou em contato pele a pele com a mãe e/ou pai, embaixo da roupa)[1] Sim [2] Não – pular para 5.6 5.5.1.Se sim, quantos dias? _____ dias
5.6. Na maternidade, seu bebê mamou no peito? [1] Sim [2] Não
5.7. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou leite materno ordenhado? Como foi dado? LER as alternativas [1] Sim, com copinho[2] Sim, com chucha [3] Sim, com seringa, colher, outro

[4] Sim, por sonda [5] Sim, mas não sabe como [6] Não tomou

5.8. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou outro leite [não materno]?

[1] Sim, mas não sabe qual leite

[2] Sim, formula láctea. Nome: _____

[3] Sim, leite [de vaca] em pó. Nome: _____

[4] Sim, leite de vaca líquido.

[5] Não – **pular para 5.10**

5.9. Esse outro leite foi dado com:

[1] Chuca/mamadeira [2] Colher/seringa [3] Copinho [4] Sonda [5] Não sei

5.10. Você foi informada ou viu seu bebê tomando água? [1] Sim [2] Não

5.11. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou água com açúcar ou soro glicosado?

[1] Sim [2] Não

5.12. Você foi informada ou viu se seu bebê chupou chupeta? [1] Sim [2] Não

5.13. Na maternidade/berçário, você foi orientada sobre os cuidados com o bebê em casa?

[1] Sim [2] Não – **pular para 5.14**

5.13.1. Se sim, foi sobre: (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

5.13.2. Se outra, qual?

5.14. Você recebeu a caderneta de saúde do bebê preenchida na alta da maternidade/berçário? [1] Sim [2] Não

6. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (APÓS ALTA DA MATERNIDADE/BERÇÁRIO) Preencherem folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

6.1. Você ou seu bebê receberam visita domiciliária de profissional(is) da saúde após a alta do hospital?[1] Sim[1] Não - **pular para 6.2**

6.1.1. Com quantos dias de vida o bebê estava na visita domiciliária? _____ dias

6.1.2. Qual o profissional de saúde que visitou o bebê?

[1] Médico – **pular para 6.1.3**[2] Enfermeiro – **pular para 6.1.3**[3] Outro

6.1.2.1. Se outro, quem? _____

6.1.3. O bebê foi pesado e medido na visita domiciliária?[1] Sim [2] Não

6.1.4. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na visita domiciliária?[1] Sim[2] Não

6.1.5. Durante a visita, o profissional viu o bebê mamar?[1] Sim[2] Não

6.1.6. Houve algum problema com o bebê detectado na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não – **pular para 6.1.7**

6.1.6.1. Se sim, qual problema? _____

6.1.7. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não- **pular para 6.2**

6.1.7.1. Se sim, foi sobre (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

6.1.7.2. Se outra, qual?

6.2. Depois da alta da maternidade, em qual serviço de saúde foi o primeiro atendimento do bebê?

[1] Clínica do Bebê – **pular para 6.2.2**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família – **pular para 6.2.2**

[3] Ambulatório da UNESP – **pular para 6.2.2**

[4] Consultório particular – **pular para 6.2.2**

[5] Outro

6.2.1. Se outro, qual? _____

6.2.2. Qual idade do bebê no 1º atendimento após a alta da maternidade? _____ dias

6.2.3. O que foi feito com o bebê no 1º atendimento por serviço de saúde após a alta da maternidade? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Consulta

[2] Avaliação da amamentação

[3] Avaliação da icterícia/“amarelinho” da pele

[4] Avaliação do peso

[5] Vacina(s)

[6] Teste(s) do pezinho e/ou outros testes: Qual(is)? _____

[7] Outros procedimentos: Qual(is)? _____

6.2.4. Qual o local onde o bebê foi atendido em consulta clínica, pela primeira vez após a alta da maternidade/berçário?

[1] Clínica do Bebê - **pular para 6.3**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família- **pular para 6.3**

[3] Ambulatório da UNESP- **pular para 6.3**

[4] Consultório particular- **pular para 6.3**

[5] Outro

6.2.4.1. Se outro, qual? _____

6.3. Com quantos dias o bebê estava na primeira consulta clínica? _____ dias

Qual foi a data 1ª consulta clínica do bebê? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

6.4. Quem atendeu o bebê na 1ª consulta clínica após a alta da maternidade/berçário?

[1] Médico [2] Enfermeiro

6.5. O bebê foi pesado e medido na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.6. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.7. O desenvolvimento do bebê foi avaliado na 1ª consulta clínica (foi perguntado sobre o comportamento e conquistas do bebê)? [1] Sim [2] Não

6.8. O profissional viu o bebê mamando na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.9. Houve algum problema com o bebê detectado na 1ª consulta clínica?

[1] Sim [2] Não – **pular para 6.10**

6.9.1. Se sim, quais? _____

6.10. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na 1ª consulta clínica?

[1] Sim [2] Não - **pular para 7.1**

6.11. Houve orientação sobre: (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

- [5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida
- [6] Vínculo afetivo entre você e o bebê
- [7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde
- [8] Outra

6.11.1. Se outra, qual? _____

7. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (ALIMENTAÇÃO ATUAL)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

7.1. Seu bebê está mamando no peito?[1] Sim – **pular para 7.4** [2] Não

7.2. Quanto tempo o bebê tinha quando cessou completamente o aleitamento materno? ____ dias

7.3. Por que ele não está mamando no peito?

7.4. Você teve ou está com algum problema para amamentar?[1] Sim[2] Não - **pular para 7.5**

7.4.1. Se sim, qual? _____

7.5. Seu bico do peito rachou?[1] Sim [2] Não

7.6. O leite empedrou?[1] Sim[2] Não

7.7. Seu bebê está tomando outro leite?[1] Sim[2] Não - **pular para 7.9**

7.7.1. Se sim, qual? _____

7.8. Quanto tempo o bebê tinha quando você deu outro leite pela primeira vez? ____ dias

7.9. Seu bebê toma chá?[1] Sim [2] Não - **pular para 7.10**

7.9.1. Qual a idade dele na primeira vez que tomou chá? ____ dias

7.10. Seu bebê toma água?[1] Sim[2] Não - **pular para 7.11**

7.10.1. Qual idade dele na primeira vez que tomou água? ____ dias

Agora vamos falar sobre a rotina de seu bebê, atualmente:

7.11. Você controla os horários de mamada, oferecendo o peito a cada 3 horas (ou 2, ou 4 horas)?

[1] Sim

[2] O bebê mama quando quer, sem horário rígido – **pular para 7.12**

[3] Outra resposta. Especifique: _____ – **pular para 7.12**

7.11.1. Se sim, qual o intervalo das mamadas? _____ horas

7.12. Você controla o tempo ou a duração de cada mamada?

[1] Sim

[2] Não. O bebê mama quando quer, sem horário rígido – **pular para 7.13**

[3] Outra resposta: Especifique: _____ - **pular para 7.13**

7.12.1. Se sim, quanto tempo dura a mamada? _____ minutos
7.13. Observe as fotos seguintes e escolha aquela que mostra como seu bebê costuma mamar [mostrar FOTOS de pega errada/ruim e boa/correta]: [1] Foto A[2] Foto B[3] Foto C [4] Foto D 7.14. A mamada foi observada por algum profissional na entrevista? [NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE][1] Sim [2] Não – pular para 7.15 7.14.1. Se sim, a pega estava correta? [NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE][1] Sim [2] Não
7.15. Seu bebê chora (LER as alternativas): [1] Muito, é difícil de acalmar, acima do que você considera normal nessa idade [2] Chora o normal para sua idade [3] Chora pouco, é muito calmo
7.16. Você conta com pessoas para ajudá-la com os cuidados com o bebê? [1] Sim[2] Não – pular para 7.18 7.16.1. Se sim, quem?Nome: _____ Parentesco: _____ 7.17. E para ajudá-la com a amamentação?[1] Sim[2]Não – finalizar 7.17.1. Se sim, quem [a mais importante]?Nome: _____ Parentesco: _____
7.18. Peso materno no dia da entrevista [PESAR]: _____ kg 7.19. Estatura materna: _____ m

BREASTFEEDING SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada

Para cada uma das seguintes afirmações, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente. (Ou seja, não fico em dúvida se o bebê mamou tudo que precisa). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Ou seja, supero ou dou conta com sucesso da amamentação, como faço com outros desafios ou demais situações da minha vida). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento. [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.

[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer. (Ou seja, sempre termino de amamentar satisfeita).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando. (Ou seja, consigo acalmá-lo e amamentar sem problemas).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando. (Ou seja, não estou pensando em parar de amamentar).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar. (Ou seja, gosto de amamentar e estou satisfeita comigo por isso)
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Ou seja, mesmo consumindo bastante tempo eu quero amamentar).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
11. Eu sempre amamento meu bebê em um só peito em cada mamada e depois na próxima mudo para o outro. (Ou seja, não dou os dois peitos na mesma mamada)
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (Ou seja, a cada mamada eu dou sempre o peito, mesmo que de também outro leite ou outro alimento).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Ou seja, organizo bem minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]

8. DADOS COLETADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL

8.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)? [1] Sim [2] Não – pular para 8.2 8.1.1. Se sim, qual a data? ____/____/____ 8.2. Há registro de DUM=US (ultrassom)? [1] Sim [2] Não 8.3. Há registro de ERRO DE DATA? [1] Sim [2] Não 8.4. Há registro de data da realização do 1º ultrassom? [1] Sim [2] Não – pular para 8.5 8.4.1. Se sim, qual foi a data do 1º ultrassom? ____/____/____ 8.5. Há registro de idade gestacional do 1º ultrassom? [1] Sim [2] Não – pular

para 8.6			
8.5.1. Se sim, qual a idade gestacional do 1º ultrassom? ____ semanas ____ dias			
8.6. Método usado para estimar a idade gestacional (A SER PREENCHIDO PELA SUPERVISORA):			
[1] DUM[2] Ultrassom precoce (1º trimestre<=14 semanas)			
[3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre> 14 semanas)[4] Outro			
8.6.1.	Se	outro,	qual?

8.7.	Local	de	realização do pré-natal:

8.8. Idade gestacional na primeira consulta pré-natal: ____ semanas ____ dias			
8.9. Idade gestacional na última consulta pré-natal: ____ semanas ____ dias			
8.10. Número de consultas realizadas no pré-natal: _____			
8.11. Peso materno pré gestacional: _____ Kg			
8.12. Peso na primeira consulta: _____ Kg			
8.13. Peso materno na ultima consulta: _____ Kg			

9. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

9.1. Peso ao nascer do bebê: _____ g[9] Sem registro
9.2. Comprimento ao nascer do bebê: _____ cm[9] Sem registro
9.3. Perímetro cefálico ao nascer do bebê: _____ cm[9] Sem registro
9.4. Idade gestacional do bebê ao nascer: _____ sem _____ dias[9] Sem registro
9.5. Índice de Apgar de 1º minuto do bebê: _____ [11] Sem registro
9.6. Índice de Apgar de 5º minuto do bebê: _____ [11] Sem registro
9.7. Há registro de peso do bebê obtido na 1ª consulta na Clínica do Bebê?
[1] Sim [2] Não – pular para 9.8
Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)
9.7.1. Se sim, qual o peso do bebê na 1ª consulta na Clínica do Bebê _____ g
9.8. Há registro de estatura do bebê obtido na 1ª consulta na Clínica do Bebê?
[1] Sim[2] Não– pular para 9.9 - Se sim, data da medida: ____/____/____ (NÃO DIGITAR)
9.8.1. Se sim, qual a estatura do bebê na 1ª consulta na Clínica do Bebê? _____ cm
9.9. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor:
[1] Sim [2] Não – pular para 9.10
9.9.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:
[1] Adequado para idade - pular para 9.10 [2] Em atraso
[9] Sem registro – pular para 9.10

9.9.2. Se em atraso, em qual área?			
[1] Motora [2] Coordenação[3] Social[4] Linguagem [9] Sem registro			
9.10. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido ainda na maternidade?			
[1] Sim [2] Não – pular para 9.11			
9.10.1.	Se	sim,	qual(is)?

9.11. Há registro de vacina(s) que o bebê tenha recebido, após a alta da maternidade/berçário?			
[1] Sim [2] Não – pular para 9.12			
9.11.1. Se sim, qual(is)? _____			
9.12. Há registro de orientações especiais sobre cuidados domiciliares com o bebê feito por profissional da maternidade/berçário?			
[1] Sim [2] Não			
9.12.1. Se sim, quais? _____			

Muito obrigada pela entrevista. Desejamos saúde para você e seu bebê.

Nós vamos voltar a conversar com você quando seu bebê tiver 2 meses.

Vamos ligar para combinar o melhor horário.

Caso você mude seu telefone, pode ligar a cobrar, passando o novo número

10. DADOS COLETADOS ATRAVÉS DO FORMULÁRIO DA CLÍNICA DO BEBÊ

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

10.1. Há registro da idade gestacional do bebê ao nascer? [1] Sim [2] Não - pular para 10.2	
10.1.1. Se sim, qual?	_____ sem _____ dias
10.2. Há registro de idade gestacional ao nascer, calculada por exame físico do bebê (Capurro/New Ballard)? [1] Sim [2] Não - pular para 10.3	
10.2.1. Se sim, qual?	_____ sem _____ dias
10.3. Há registro de com qual idade o bebê recebeu alta hospitalar?	
[1] Sim [2] Não – pular para 10.4	
10.3.1. Se sim, qual?	_____ dias
10.4. Qual a data da 1ª. consulta do bebê na Clínica do Bebê: ____/____/____	
10.5. Com qual idade o bebê foi atendido na 1ª. consulta da Clínica do Bebê: _____ dias	
10.6. Há registro do peso ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não - pular para 10.7	
10.6.1. Se sim, qual?	_____ g

10.7.Há registro do comprimento ao nascer do bebê? [1] Sim[2] Não - pularpara10.8 10.7.1.Se sim, qual? _____ cm
10.8. Há registro do perímetro cefálico ao nascer do bebê?[1] Sim[2] Não - pularpara10.9 10.8.1.Se sim, qual? _____ cm
10.9. Há registro do Índice de Apgar de 1º min do bebê?[1] Sim[2] Não - pularpara10.10 10.9.1.Se sim, qual? _____
10.10. Há registro do Índice de Apgar de 5º min do bebê? [1] Sim[2] Não - pular para10.11 10.10.1.Se sim, qual? _____
10.11. Qual profissional de saúde que atendeu o bebê na 1º consulta da Clínica do Bebê? [1]Médico[2] Enfermeiro [3] Outro:_____ 10.12. Há registro do peso do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim[2] Não- pularpara10.13 10.12.1. Se sim, peso do bebê:_____g 10.12.2. Percentil:_____ 10.12.3. Ganho de peso diário:_____g 10.13. Há registro da estatura do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim[2] Não- pularpara10.14 10.13.1. Se sim, estatura do bebê:_____cm 10.13.2. Percentil:_____ 10.14. Há registro do exame físico, incluindo avaliação de icterícia do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?[1] Sim[2] Não 10.15. Há registro da avaliação do desenvolvimento do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?[1] Sim[2] Não - pularpara10.16 10.15.1. Se sim, o DNPM foi considerado:[1] Adequado- pular para 10.16 [2] Em atraso[9] Sem registro- pular para 10.16 10.15.2. Se em atraso, em qual área? [1] Motora [2] Coordenação[3] Social[4] Linguagem [9] Sem registro 10.16. Há registro da avaliação da amamentação pelo profissional no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?[1] Sim [2] Não 10.17. Há registro de algum problema com o bebê detectado no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?[1] Sim [2] Não- pularpara10.18 10.17.1. Se sim, qual(is)?

10.18. Há registro de orientações sobre os cuidados domiciliares com o bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?

[1] Sim [2] Não –**pular para 10.19**

10.18.1. Se sim, foi sobre (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação[2] Higiene

[3] Estimulação do desenvolvimento[4] Sinais e sintomas de alerta/perigo

[5] Segurança do bebê[6] Vínculo afetivo

[7] Acompanhamento por serviço de saúde[8] Outras da rotina (check-list da Clínica)

[9] Outras especiais

10.18.2. Se outra(s) especial(is), qual(is)?

10.19. Há registro de prescrição de Adtil ao bebê? [1] Sim [2] Não

10.20. Há registro de prescrição de suplementação de ferro profilática ao bebê?

[1] Sim [2] Não

10.21. Foi agendado o primeiro retorno do bebê na atenção básica ou consultório particular?

[1] Sim[2] Não- **pular para 11.1**

10.21.1. Se sim, para quando? ____/____/____

10.21.2. Para qual Unidade de Saúde ou Consultório Particular?

11. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO RECÉM-NASCIDO(A SER PREENCHIDO PELA SUPERVISORA)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

11.1. O bebê foi classificado como de risco ao nascer? [1] Sim[2] Não- **pular para 12.1**

11.1.1. Se sim, por qual serviço? _____

11.1.2. Se sim, foram identificados riscos biológicos? [1] Sim[2] Não- **pular para**

11.1.3

11.1.2.1. Se sim, quais?

[1] Peso nascimento < 2.500

[2] Doença que justifique internação em UTI ou UCI

[3] Fototerapia precoce ou por mais de 24 horas

[4] Malformação congênita maior ou múltiplas/doença genética

[5] Apgar de 5 minutos menos que 7[6] Mãe HIV +

11.1.3. Se sim, foram identificados riscos sociais? [1] Sim[2] Não- **pular para 12.1**

11.1.3.1. Se sim, quais?

[1] Idade da mãe < 18 anos

[2] Mãe analfabeta

[3] Irmão(ã) morto(a) com menos de 5 anos de idade

[4] Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe de família”

[5] Mãe sem seguimento Pré-natal (<=3 consultas)

[6] Mãe com problema psiquiátrico ou doença que a impossibilita de cuidar do bebê

[7] Pais usuários de álcool e/ou drogas

12. DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO DO BEBÊ/MÃE DA MATERNIDADE Preencherem folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

12.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)? [1] Sim [2] Não – **pular para 12.2**

12.1.1. Se sim, qual a DUM? ____/____/____

12.2. Há registro de idade gestacional ao nascer? [1] Sim [2] Não – **pular para 12.3**

12.2.1. Se sim, qual a idade gestacional ao nascer? ____ semanas ____ dias

12.3. Há registro de qual método utilizado para o cálculo da idade gestacional ao nascer?

[1] Sim[2] Não – **pular para 12.4**

12.3.1. Se sim, qual método utilizado:

[1] DUM[2] Ultrassom precoce (1º trimestre<= 14 semanas)

[3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre> 14 semanas) [4] Outro

12.3.1.1. Se outro, qual? _____

12.4. Tipo de parto registrado: [1] Vaginal- **pular para 12.5**[2] Fórceps- **pular para 12.5**

[3] Cesárea

12.4.1. Se cesárea, qual motivo/indicação:

12.5. Há partograma preenchido? [1] Sim[2] Não- **pular para 12.6**

12.5.1. Se sim, há registro de cruzar a linha de ação? [1] Sim[2] Não

12.6. Há registro de anestesia no parto?[1] Sim[2] Não- **pular para 12.7**

12.6.1. Se sim, qual o tipo de anestesia?[1] Bloqueio local[2] Peridural[3] Raqui

12.7. Há registro de intercorrência com bebê durante o parto?[1] Sim[2] Não- **pular para 12.8**

12.7.1. Se sim, qual(is)?

_____ 12.8. Há registro de qual profissional recepcionou o bebê? [1] Sim[2] Não- pular para 12.9 12.8.1. Se sim, qual?[1] Pediatra [2] Enfermeiro [3] Outro
12.9. Há registro da realização de Credê no bebê?[1] Sim[2] Não
12.10. Há registro da realização de vitamina k no bebê?[1] Sim[2] Não
12.11. Há registro de realização de tipagem sanguínea do bebê?[1] Sim[2] Não
12.12. Há registro de realização da sorologia do bebê para sífilis?[1] Sim[2] Não
12.13. Há registro de realização da sorologia do bebê para HIV?[1] Sim[2] Não
12.14. Há registro de realização de secagem do bebê imediatamente após nascer? [1] Sim [2] Não
12.15. Há registro de intercorrência com o bebê após o parto até a alta? [1] Sim[2] Não- pular para 12.16 12.15.1. Se sim, qual(is)? _____ 12.15.2. Se sim, qual(is) medida (s) foi(ram) tomada (s): _____ _____ _____
12.16. Há registro de tipo de aleitamento materno oferecido para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim[2] Não- pular para 12.17 12.16.1. Se sim, qual método? [1] Mamas[2] Copinho[3] Chuca[4] Seringa, colher, outro [5] Sonda [6] Não tomou [9] Sem registro 12.16.2. Se sim, quando se deu seu início? [1] de 0 hora a menos de 1 hora [2] de 1 hora a menos de 2 horas [3] de 2 horas a menos de 3 horas [4] de 3 horas a menos de 4 horas [5] de 4 horas a menos de 5 horas [6] de 5 horas a menos de 6 horas [7] de 6 horas a menos de 12 horas [8] de 12 horas a menos de 24 horas [8] de 24 horas a menos de 48 horas [10] de 48 horas a mais

12.17. Há registro de tipo de aleitamento artificial (fórmula láctea/leite de vaca em pó ou líquido) oferecido para o bebê após o parto até a alta?

[1] Sim [2] Não- **pular para 12.18**

12.17.1. Se sim, qual método?

[1] Copinho [2] Chuca [3] Seringa, colher, outro

[4] Sonda

[5] Não tomou

[9] Sem registro

12.17.2. Se sim, quando se deu seu início?

[1] de 0 hora a menos de 1 hora

[2] de 1 hora a menos de 2 horas

[3] de 2 horas a menos de 3 horas

[4] de 3 horas a menos de 4 horas

[5] de 4 horas a menos de 5 horas

[6] de 5 horas a menos de 6 horas

[7] de 6 horas a menos de 12 horas

[8] de 12 horas a menos de 24 horas

12.18. Há registro de tipo de oferecimento de água para o bebê após o parto até a alta?

[1] Sim [2] Não

12.19. Há registro de tipo de oferecimento de água com açúcar ou soro glicosado para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não

12.20. Há registro de avaliação da ingestão de leite materno ou da eficácia da sucção do bebê? (avaliação da amamentação) [1] Sim [2] Não

12.21. Há registro de coleta de exame para verificação de bilirrubina total sérica e frações (bilirrubina direta/indireta) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- **pular para 12.22**

12.21.1. Se sim, quando (dias de vida)?

[1] 1º dia [2] 2º dia [3] 3º dia [4] 4º dia [5] 5º dia a mais

12.21.2. Se sim, qual(is) medida(s) foi(oram) adotada(s) frente a essa avaliação? _____

12.22. Há registro de coleta de exame para verificação de glicemia capilar (HGT) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- **pular para 12.23**

12.22.1. Se sim, quando (horas de vida)? [POSSIBILIDADE DE MAIS DE UMA ALT.]

[1] de 0 hora a menos de 2 horas

[2] de 2 horas a menos de 4 horas

[3] de 4 horas a menos de 6 horas

[4] de 6 horas a menos de 12 horas [5] de 12 horas a menos de 24 horas [6] de 24 horas a menos de 48 horas [7] de 48 horas a menos de 72 horas [8] de 72 horas a mais [9] prescrito de horário (6/6h; 8/8h; 12/12h;...)
12.23. Há registro de medicação administrada ao bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.24 12.23.1. Se sim, qual(is)? _____
12.24. Há registro de necessidade de reanimar o bebê após o parto? [1] Sim [2] Não
12.25. Há registro de índice de Apgar de 1º min do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.26 12.25.1. Se sim, qual o valor? _____
12.26. Há registro de índice de Apgar de 5º min do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.27 12.26.1. Se sim, qual o valor? _____
12.27. Há registro de peso ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.28 12.27.1. Se sim, qual? _____g
12.28. Há registro de peso diário do bebê até a alta? [1] Sim [2] Não
12.29. Há registro de comprimento ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.30 12.29.1. Se sim, qual? _____ cm
12.30. Há registro do perímetro cefálico ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.31 12.30.1. Se sim, qual? _____ cm
12.31. Há registro de Idade Gestacional, calculada após o nascimento por exame físico do bebê (Capurro/New Ballard)? [1] Sim [2] Não - pular para 12.32 12.31.1. Se sim, qual idade gestacional? _____ sem _____ dias
12.32. Há registro de realização do 1º banho do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.33 12.32.1. Se sim, com quantas horas de vida? [1] de 2 horas a menos de 4 horas [2] de 4 horas a menos de 6 horas [3] de 6 horas a menos de 12 horas [4] de 12 horas a menos de 24 horas [5] de 24 horas a menos de 48 horas

[6]de 48 horas a menos de 72 horas
[7]de 72 horas a mais
12.33. Há registro de realização do Método Canguru?[1] Sim [2] Não- pular para 12.34
12.33.1. Se sim, quantos dias? _____ dias
12.34. Há algum registro sobre ansiedade e/ou depressão apresentada pela mãe após o parto até a alta?[1] Sim[2] Não- pular para 12.35
12.34.1. Se sim, qual(is) medidas foram tomadas? _____
12.35. Data da alta da mãe da maternidade ____/____/____
12.36. Data da alta do bebê da maternidade/berçário ____/____/____

12. DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO DO BEBÊ/MÃE DA MATERNIDADEPreencherem folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

12.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)? [1] Sim [2] Não – pular para 12.2
12.1.1. Se sim, qual a DUM? ____/____/____
12.2. Há registro de idade gestacional ao nascer? [1] Sim [2] Não – pular para 12.3
12.2.1. Se sim, qual a idade gestacional ao nascer? ____ semanas ____ dias
12.3. Há registro de qual método utilizado para o cálculo da idade gestacional ao nascer?
[1] Sim [2] Não – pular para 12.4
12.3.1. Se sim, qual método utilizado:
[1] DUM [2] Ultrassom precoce (1º trimestre <= 14 semanas)
[3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre > 14 semanas) [4] Outro
12.3.1.1. Se outro, qual? _____
12.4. Tipo de parto registrado: [1] Vaginal - pular para 12.5 [2] Fórceps - pular para 12.5
[3] Cesárea
12.4.1. Se cesárea, qual motivo/indicação: _____
12.5. Há partograma preenchido? [1] Sim [2] Não - pular para 12.6
12.5.1. Se sim, há registro de cruzar a linha de ação? [1] Sim [2] Não
12.6. Há registro de anestesia no parto? [1] Sim [2] Não - pular para 12.7
12.6.1. Se sim, qual o tipo de anestesia? [1] Bloqueio local [2] Peridural [3] Raqui
12.7. Há registro de intercorrência com bebê durante o parto?[1] Sim[2] Não - pular

para 12.8			
12.7.1.	Se	sim,	qual(is)?

12.8. Há registro de qual profissional recepcionou o bebê? [1] Sim [2] Não - pular para 12.9			
12.8.1. Se sim, qual? [1] Pediatra [2] Enfermeiro [3] Outro			
12.9. Há registro da realização de Credê no bebê? [1] Sim [2] Não			
12.10. Há registro da realização de vitamina k no bebê? [1] Sim [2] Não			
12.11. Há registro de realização de tipagem sanguínea do bebê? [1] Sim [2] Não			
12.12. Há registro de realização da sorologia do bebê para sífilis? [1] Sim [2] Não			
12.13. Há registro de realização da sorologia do bebê para HIV? [1] Sim [2] Não			
12.14. Há registro de realização de secagem do bebê imediatamente após nascer? [1] Sim [2] Não			
12.15. Há registro de intercorrência com o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não - pular para 12.16			
12.15.1. Se sim, qual(is)? _____			
12.15.2. Se sim, qual(is) medida (s) foi(ram) tomada (s): _____ _____			
12.16. Há registro de tipo de aleitamento materno oferecido para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não - pular para 12.17			
12.16.1. Se sim, qual método? [1] Mamas [2] Copinho [3] Chuca [4] Seringa, colher, outro [5] Sonda [6] Não tomou [9] Sem registro			
12.16.2. Se sim, quando se deu seu início? [1] de 0 hora a menos de 1 hora [2] de 1 hora a menos de 2 horas [3] de 2 horas a menos de 3 horas [4] de 3 horas a menos de 4 horas [5] de 4 horas a menos de 5 horas [6] de 5 horas a menos de 6 horas [7] de 6 horas a menos de 12 horas [8] de 12 horas a menos de 24 horas [8] de 24 horas a menos de 48 horas [10] de 48 horas a mais			

12.17. Há registro de tipo de aleitamento artificial (fórmula láctea/leite de vaca em pó ou líquido) oferecido para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não - pular para 12.18 12.17.1. Se sim, qual método? [1] Copinho [2] Chuca [3] Seringa, colher, outro [4] Sonda [5] Não tomou [9] Sem registro 12.17.2. Se sim, quando se deu seu início? [1] de 0 hora a menos de 1 hora [2] de 1 hora a menos de 2 horas [3] de 2 horas a menos de 3 horas [4] de 3 horas a menos de 4 horas [5] de 4 horas a menos de 5 horas [6] de 5 horas a menos de 6 horas [7] de 6 horas a menos de 12 horas [8] de 12 horas a menos de 24 horas 12.18. Há registro de tipo de oferecimento de água para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não 12.19. Há registro de tipo de oferecimento de água com açúcar ou soro glicosado para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não
12.20. Há registro de avaliação da ingestão de leite materno ou da eficácia da sucção do bebê? (avaliação da amamentação)[1] Sim [2] Não
12.21. Há registro de coleta de exame para verificação de bilirrubina total sérica e frações (bilirrubina direta/indireta) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim[2] Não - pular para 12.22 12.21.1. Se sim, quando (dias de vida)? [1] 1º dia [2] 2º dia [3] 3º dia [4] 4º dia [5] 5º dia a mais 12.21.2. Se sim, qual(is) medida(s) foi(oram) adotada(s) frente a essa avaliação?_____
12.22. Há registro de coleta de exame para verificação de glicemia capilar (HGT) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não - pular para 12.23 12.22.1. Se sim, quando (horas de vida)? [POSSIBILIDADE DE MAIS DE UMA ALT.] [1] de 0 hora a menos de 2 horas [2] de 2 horas a menos de 4 horas [3] de 4 horas a menos de 6 horas

[6] de 48 horas a menos de 72 horas	
[7] de 72 horas a mais	
12.33. Há registro de realização do Método Canguru? [1] Sim [2] Não - pular para 12.34	
12.33.1. Se sim, quantos dias? _____ dias	
12.34. Há algum registro sobre ansiedade e/ou depressão apresentada pela mãe após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não - pular para 12.35	
12.34.1.	Se sim, qual(is) medidas foram tomadas? _____
12.35. Data da alta da mãe da maternidade ____/____/____	
12.36. Data da alta do bebê da maternidade/berçário ____/____/____	

11.2 APÊNDICE2

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB
2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

Formulário II – Coleta por telefone (2º mês)

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na entrevista da Clínica do Bebê: [1] Sim [2] Não

Olá. Sou.....e trabalho para a pesquisa de “Saúde do Bebê no primeiro ano de vida” cuja primeira entrevista foi na Clínica do Bebê. Como combinado, essa ligação é para entrevistá-la novamente. Vamos atualizar algumas informações e perguntar sobre os cuidados com seu bebê desde a entrevista anterior até agora. Deve durar em torno de 10 minutos. Se for preciso interromper por algum motivo, não há problema. Podemos começar?

Data da entrevista: ____/____/____

Antes de começarmos a falar sobre os cuidados com o bebê, farei uma pergunta sobre a senhora.

1.A senhora passou por consulta de revisão de parto? [CONSULTA REALIZADA COM A MÃE ATÉ 42 DIAS APÓS O PARTO]

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.1**

1.0. Se sim, a consulta foi realizada quantos dias após o parto? _____ dias [8] Não lembra

1.Dados do Recém-nascido

Iniciar com as questões de **1.1 a 1.2** para bebês que na primeira entrevista **mamavam** no peito.

Se não mamava, iniciar na **1.4**.

1.1 Seu bebê está mamando no peito?[1] Sim[2] Não – **pular para 1.3**

1.1.1 Qual o intervalo entre as mamadas? _____ horas

1.2. Você está com dificuldade para amamentar?[1] Sim[2] Não – **pular para 1.4**

1.2.1. Se sim, qual(is) dificuldade(s)?

1.2.2. Se sim, está tendo alguma ajuda para superar essa(s) dificuldade(s)?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.4**

1.2.2.1. Se sim, quem está te ajudando? [LER ALTERNATIVAS – POSSIBILIDADE DE ASSINALAR MAIS DE 1]

[1] Profissional da Saúde – **pular para 1.4** [2] Amigos ou parentes – **pular para 1.4**

[3] Esposo/companheiro – **pular para 1.4** [4] Outra pessoa

1.2.2.2. Se outra pessoa, quem?

1.3. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos dias?
_____ dias

1.3.1. Qual o motivo de você ter parado de amamentar?

1.4. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.5**

1.4.1. Se sim, qual dos seguintes líquidos/alimentos? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Chá [2] Suco de fruta [3] Água [4] Leite em pó [5] Leite líquido [6] leite batido com frutas

[7] Formula infantil [8] Papa de fruta [9] Papa salgada [10] Danoninho/logurte [11] Outro

1.4.2. Se outro(s), qual(is):

Se X em alguma das alternativas da questão 1.3, informar à mãe que “voltaremos a falar de cada um desses alimentos mais adiante, para saber com mais detalhes como o bebê está sendo alimentado”

1.5. O bebê faz uso de chupeta atualmente? [1] Sim [2] Não – **pular para 1.6**

1.5.1. Se sim, qual a idade de início? _____ dias

1.6. O bebê faz uso de mamadeira atualmente? [1] Sim [2] Não – **pular para tabela**

1.6.1. Se sim, qual a idade de início? _____ dias

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.

TABELA ALIMENTAR

Nome completo da mãe: _____ Nº Formulário

Nome completo do bebê: _____

Data 1º. preenchimento da tabela (2 meses) ____/____/____

Data 2º. preenchimento da tabela (4 meses) ____/____/____

Data 3º. preenchimento da tabela (6 meses) ____/____/____

Data 4º. preenchimento da tabela (9 meses) ____/____/____

Data 5º. preenchimento da tabela (12 meses) ____/____/____

Tipo de alimento	Alguma vez já ingeriu?	Idade (dias) na 1ª vez que ingeriu	Em quantos dias ingeriu, na semana passada: (0 – 7 dias)	Consistência	Preparação	Razões para introduzir o alimento
Leite de vaca líquido (longa vida, saquinho)	() sim () não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
Outros leites líquidos – especificar: () cabra () soja () soja () outro: _____	() sim () não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
Leite em pó integral (Ninho, Glória, ...)	() sim () não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
Fórmula láctea para lactente Especificar: () Nan () Aptamil () Nestogeno () Outro _____	() sim () não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
Água	() sim () não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
Água do Côco natural	() sim () não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
Chás	() sim () não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
Achocolatado (nescau, toddy, quick morango, ou outro sabor)	() sim () não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
	() sim					

Açúcar	() não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Mel	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Adoçante	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Sucos naturais frescos ou feitos com polpa congelada	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Suco de fruta industrializado pronto para beber ou para diluir	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Refresco em pó, como Tang	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Refrigerante	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Café	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Mingau (leite e algum espessante, maisena, arrozina, etc)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Cereais ou misturas de cereais para lactente (mucilon, neston, farinha láctea)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Queijos (branco, ricota, mussarela, etc)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Margarina ou Requeijão	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Iogurte ou coalhada	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Danoninho ou outro petitesuisse	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Frutas em pedaços, amassada ou em vitaminas, mingaus	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)

Mamão, manga, pitanga, pequi, buriti	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Papa infantil doce ou de fruta, industrializada	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Papa infantil salgada pronta para consumo (industrializada)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Legumes(crus ou cozidos) sem contar batata/inhame/mandioca	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Abóbora, cenoura, brócolis ou couve	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Hortaliças folhosas (cruas ou cozidas)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Arroz, batata, inhame, mandioca	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Leguminosas (feijão, lentilha, soja, grão de bico)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Macarrão (exceto miojo)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Macarrão instantâneo tipo miojo	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Farinhas (fubá, aveia, mandioca, maisena, arrozina)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Sopa em pó para diluir	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Carne bovina	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Carne suína	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Carne de frango	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Vísceras (fígado, rim, bucho)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Peixe	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)

Ovo - especificar: () só clara () só gema () clara e gema	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Embutidos (salsicha, nuggets, linguiça, mortadela, salame, presunto)	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Pão	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Biscoitos simples, doce ou salgado	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Biscoitos recheados	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Pizza, esfirra, coxinha, pastel, tortas salgadas ou outras salgados	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Salgadinho de pacote tipo fandangos	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Doce tipo compota, bolo, pudim, manjar, pudim, geléia, goiabada	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Sorvetes, chocolate, brigadeiro, gelatina, bala, pirulito e outras guloseimas ou docinhos	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Temperos prontos Sazon, caldo knor	() sim () não	(_ / _)	(_)	(_)	(_)	(_)
Algum outro alimento que não foi	() sim					

perguntado. Qual? _____	() não	(____/____)	(____)	(____)	(____)	(____)
----------------------------	---------	---------------	----------	----------	----------	----------

11.3 APÊNDICE 3

Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB
2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

Formulário IV – Coleta por telefone (4º mês)

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na entrevista domiciliária aos 3 meses: [1] Sim [2] Não

Olá. Sou.....e trabalho para a pesquisa “Saúde do Bebê no primeiro ano de vida”, cuja primeira entrevista foi na Clínica do Bebê. Como combinado, essa ligação é para entrevistá-la novamente. Vamos atualizar algumas informações e perguntar sobre os cuidados com seu bebê desde a entrevista anterior até agora. Deve durar em torno de 10 minutos. Se for preciso interromper por algum motivo, não há problema. Podemos começar?

Data da entrevista: ____/____/____

1.Dados do Recém-nascido

Iniciar com as questões de **1.1 a 1.2** para bebês que na **entrevista domiciliária (aos 3 meses) mamavam** no peito.

Se o bebê não mamava no peito, iniciar na **1.4**.

1.1 Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim [2] Não – **pular para 1.3**

1.1.1 Qual o intervalo entre as mamadas? _____ horas

1.2. Você está tendo alguma dificuldade para amamentar?[1] Sim [2] Não – **pular para 1.4**

1.2.1. Se sim, qual(is) dificuldade(s)?

1.2.2. Se sim, está tendo alguma ajuda para superar essa(s) dificuldade(s)?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.4**

1.2.2.1. Se sim, quem está te ajudando? [LER ALTERNATIVAS – POSSIBILIDADE DE ASSINALAR MAIS DE 1]

[1] Profissional da Saúde – **pular para 1.4**
para 1.4

[2] Amigos ou parentes – **pular**

[3] Esposo/companheiro – **pular para 1.4**

[4] Outra pessoa

12.2.2. Se outra pessoa, quem?

1.3. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos dias? [SE NECESSÁRIO, AJUDAR A MÃE A FAZER AS CONTAS] _____ dias

1.3.1. Qual o motivo de você ter parado de amamentar?

1.4. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.5**

1.4.1. Se sim, qual dos seguintes líquidos/alimentos? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Chá [2] Suco de fruta [3] Água [4] Leite de vaca em pó tipo “Ninho” [5] Leite de vaca líquido, em caixa longa vida ou saquinho [6] Leite batido com frutas [7]

Formula infantil tipo Nan

[8] Papa de fruta [9] Papa ou comidinha salgada [10] Danoninho/logurte

[11] Outro alimento ou bebida não perguntado

1.4.2. Se outro(s), qual (is):

Se X em alguma das alternativas da questão 1.4, informar à mãe que “voltaremos a falar de cada um desses alimentos mais adiante, para saber com mais detalhes como o bebê está sendo alimentado”

1.5. O bebê faz uso de chupeta atualmente? [1] Sim [2] Não – **pular para 1.6**

1.5.1. Se sim, qual a idade de início? _____ dias

1.6. O bebê faz uso de mamadeira atualmente? [1] Sim [2] Não – **pular para tabela**

1.6.1. Se sim, qual a idade de início? _____ dias

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.

11.4 APÊNDICE 4

**Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB
2015**

**“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE
COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**

Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (6º mês)

Nº Formulário

--	--	--	--

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____ / ____ / ____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista: [1] Sim [2] Não

1.DADOS REFERENTES À ALIMENTAÇÃO MATERNA

1.1. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer feijão?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.2. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer pelo menos um

tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.3. Quando a senhora come carne vermelha que tem gordura ou frango/galinha com pele, a senhora costuma: [1] tirar sempre o excesso de gordura/pele [2] comer com a gordura/pele [3] não come carne/frango com gordura/pele
1.4. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer frutas? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.5. Em quantos dias da semana a senhora costuma tomar refrigerante ou suco artificial (pó)? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.6. Quando a senhora toma leite, que tipo de leite costuma tomar? [1] integral [2] desnatado ou semidesnatado [3] os dois tipos [4] não sabe
1.7. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou outros tipos de doces? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.8. Em quantos dias da semana a senhora costuma trocar a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados, <i>pizza</i> ou outros lanches? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por

semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

2. DADOS REFERENTES À ATIVIDADE FÍSICA MATERNA

2.1. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 6** - Obs: não vale fisioterapia

2.2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou?
ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO

2.2.1 () Caminhada na rua (não vale deslocamento para trabalho)

2.2.2 () Caminhada em esteira (casa ou academia)

2.2.3 () Ginástica em geral na academia (musculação, caminhada ou corrida, alongamento, bicicleta, pilates, ioga, hidroginástica, ou um pouco de alguns destes, etc)

2.2.4 () Corrida (esteira ou outra)

2.2.5 () Bicicleta (inclui ergométrica)

2.2.6 () outro _____

2.3. Você pratica o exercício citado acima pelo menos uma vez por semana?

[1] Sim [2] Não

2.4. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

2.4.1 () 1 a 2 dias por semana

2.4.2 () 3 a 4 dias por semana

2.4.3 () 5 a 6 dias por semana

2.4.4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

2.5. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

2.5.1 () menos de 10 minutos

2.5.2 () entre 10 e 19 minutos

2.5.3 () entre 20 e 29 minutos

2.5.4 () entre 30 e 39 minutos

2.5.5 () entre 40 e 49 minutos

2.5.6 () entre 50 e 59 minutos

2.5.7 () 60 minutos ou mais

2.6. Nos últimos três meses, você trabalhou com remuneração?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 11**

2.6.1 O que você faz?

2.6.2	Onde	trabalha?
2.7. No seu trabalho, você anda bastante a pé? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe 2.8. No seu trabalho você carrega peso ou faz outra atividade pesada? [1] Sim [2] Não 2.9. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? [1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não 2.10. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? 2.10.1 () menos de 10 minutos 2.10.2 () entre 10 e 19 minutos 2.10.3 () entre 20 e 29 minutos 2.10.4 () entre 30 e 39 minutos 2.10.5 () entre 40 e 49 minutos 2.10.6 () entre 50 e 59 minutos 2.10.7 () 60 minutos ou mais		
2.11. Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola diariamente ou pelo menos 5 vezes na semana? [1] Sim [2] Não - PULAR PARA 2.14 2.12. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? [1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não 2.13. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? 2.13.1 () menos de 10 minutos 2.13.2 () entre 10 e 19 minutos 2.13.3 () entre 20 e 29 minutos 2.13.4 () entre 30 e 39 minutos 2.13.5 () entre 40 e 49 minutos 2.13.6 () entre 50 e 59 minutos 2.13.7 () 60 minutos ou mais		
2.14. Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão, ou na internet, computador? 2.14.1 () menos de 1 hora 2.14.2 () entre 1 e 2 horas 2.14.3 () entre 2 e 3 horas 2.14.4 () entre 3 e 4 horas 2.14.5 () entre 4 e 5 horas 2.14.6 () entre 5 e 6 horas 2.14.7 () mais de 6 horas		

2.14.8 () Não assiste à televisão/ Não mexe na internet ou computador

3. DADOS REFERENTES AO BEBÊ

3.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ] apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

3.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

3.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.1.2. Quando? ____/____/____

3.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

3.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.2.2. Quando? ____/____/____

3.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

3.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.3.2. Quando? ____/____/____

3.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

3.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.4.2. Quando? ____/____/____

3.1.5. Outra [1] Sim [2] Não

3.1.5.1. Se _____ outra, qual? _____

3.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____/____/____

3.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

3.2.1. Rinite [1] Sim [2] Não

3.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ____/____/____

3.2.2. Conjuntivite [1] Sim [2] Não

3.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ____/____/____

3.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite) [1] Sim [2] Não

3.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ____/____/____

3.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

3.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.4.2. Quando? ____/____/____

3.2.5. Alergia alimentar [1] Sim [2] Não

3.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.5.2. Quando? ____/____/____

3.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não

3.2.6.1 Se outro, qual? _____

3.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 1.9.6.3. Quando? ____/____/____

3.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde? [1] Sim [2] Não – **pular para 3.5**

3.3.1 Problema de saúde	3.3.2. Data	3.3.3. Local de Atendimento	3.3.3.1. Outro, qual?
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

3.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____

3.4.1. Onde o bebê foi internado? _____

3.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco **3.5** apenas para bebês que na **entrevista anterior mamavam (por telefone aos 4 meses)** no peito. Se **não** mamava, iniciar na questão **3.7**.

3.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – **pular para 3.6** [2] Não

3.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias

3.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

3.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?
[1] Sim [2] Não – **pular para 3.7**

3.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

3.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

3.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não

3.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não

3.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não

3.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não

3.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não

3.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não

3.7. Peso atual da criança: _____ g **3.7.1.** Percentil: _____

3.7.2. Peso materno: _____ kg

3.7.3. Peso mãe + bebê: _____ kg

3.8. Comprimento atual da criança: _____ cm **3.8.1.** Percentil: _____

4. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

4.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – **pular para 4.2**

4.1.1. Se sim, qual a data da medida? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)

4.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de

saúde?_____g
4.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 4.3 4.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____(NÃO DIGITAR) 4.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde?_____ cm
4.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde?? [1] Sim [2] Não – pular para 4.4 4.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado: [1] Adequado para idade – pular para 4.4 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 4.4 4.3.2. Se em atraso, em qual área? [1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro
4.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido a partir dos 3 meses? [1] Sim [2] Não – pular para 4.5 4.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): [1] 1ª. dose Meningocócica C – Data:____/____/____ [2] 2ª. dose Meningocócica C - Data:____/____/____ [3] 2ª dose VIP - Data:____/____/____ [4] 2ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data:____/____/____ [5] 3ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data:____/____/____ [6] 2ª dose Rotavírus - Data:____/____/____ [7] 2ª dose Pneumocócica 10 valente - Data:____/____/____ [8] 3ª dose Pneumocócica 10 valente - Data:____/____/____ [9] 1ª. dose VOP - Data:____/____/____ [10] Vacinas especiais - _____ Data: _____ _____ - _____ Data: _____
4.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim [2] Não – pular para 4.6 4.5.1. _____ Se _____ sim, qual(is)?_____ —

4.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim [2] Não– pular para 4.7			
4.6.1.	Se	sim,	
qual(is)? _____			
4.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência, após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim [2] Não – finalizar			
4.7.1.	Se	sim,	qual(is) serviço(s)?
4.7.2. O bebê (nome do bebê) está frequentando a creche?			
[1] Sim		[2] Não Se sim, qual o nome da creche?	
Se sim, qual a idade que o bebê começou a frequentar a creche?			
meses			

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparação

11.5 APENDICE 5



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada "Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista", que pretende conhecer dados, eventos e situações relacionadas à saúde de crianças residentes em Botucatu/SP no primeiro ano de vida

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por compor o critério de inclusão que é passar por atendimento na Clínica do Bebê do município de Botucatu.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre condições socioeconômicas e demográficas das mães/famílias; atendimento e quantidade de atendimentos e grupos pré-natal e tipo de parto; local de nascimento do bebê, sexo, peso ao nascer e idade gestacional ao nascer; índice de Apgar, tempo de internação e necessidade de internação em berçário ou UTI neonatal; local de puericultura; participação em grupos de puericultura; encaminhamentos realizados; testes e vacinas preconizados ao recém-nascido realizados; alimentação da criança, uso de chupeta e mamadeiras e situação de saúde do bebê e da mãe; e a aplicação de uma escala de autoeficácia na amamentação. A primeira entrevista será durante o atendimento na Clínica do Bebê, as próximas entrevistas serão por ligação telefônica (2 e 4 meses de vida) e por visita domiciliária (3, 6, 9 e 12 meses de vida).

Especificamente, este estudo permitirá conhecer a atual situação alimentar das crianças menores de um ano, identificar associações entre cesárea eletiva e seus efeitos na vida das crianças no primeiro ano de vida e avaliar a atenção à saúde prestada aos recém-nascidos prematuros tardios, no município de Botucatu.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não irá interferir em seu atendimento no serviço. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

_____ Assinatura: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

_____/_____/____ Assinatura: _____

Coordenadora: Profa Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada. Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP Fone: (14) 3880-1295. E-mail: cparada@fmb.unesp.br
Pesquisadoras: Anna Paula Ferrari. (14)99718-7586. Email: gabi_anna@hotmail.com
Michelle Cristine de Oliveira Minharro. (14) 3811-1123. E-mail: micrisoliveira@yahoo.com.br
Maria Cristina Heinzle da Silva Machado. (14)99641-1280. E-mail: paulocris10@bol.com.br
Renata Leite. (14)997572898. E-mail: re.milk@ig.com.br
Maiara Aparecida Mialich. (14)996184936. E-mail: may_mialich@hotmail.com