

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

EDILZA SILVA DO NASCIMENTO

**ALIMENTAÇÃO INFANTIL x DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS**

NATAL/RN

2011

EDILZA SILVA DO NASCIMENTO

**ALIMENTAÇÃO INFANTIL x DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Nutrição da
Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito parcial para conclusão de
Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profª (Esp.) Juliana Padilha
Ramos Neves

NATAL/RN

2011

RB-35270 M
612.39
N195a
Nº Reg: M001752 2011
10/01/2012 ex 01

FARN BIBLIOTECA Nº Reg: M001752 10/01/2012

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Nascimento, Edilza Silva do

Alimentação infantil x Dez passos da alimentação saudável para crianças
brasileiras menores de 2 anos/ Edilza Silva do Nascimento. – Natal, 2011.
73 f.

Orientador(a): Juliana Padilha Ramos Neves (Esp.)

Monografia (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Crianças – Monografia. 2. Aleitamento materno – Monografia. 3.
Alimentação Complementar – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 612.39

EDILZA SILVA DO NASCIMENTO

**ALIMENTAÇÃO INFANTIL x DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, aprovado em 29/11/2011 pela
banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Juliana Padilha Ramos Neves
Orientadora

Bianca Arnoud Rodrigues
Membro Examinador

Manuela Alves da Cunha
Membro Examinador

Dedicação

Este trabalho é dedicado ao Amado Espírito Santo que me orientou e redigiu comigo cada parágrafo, a Ele transfiro a honra da execução deste trabalho. Aos meus queridos pais, Clóvis do Nascimento e Maria do Socorro S. do Nascimento, por sempre acreditarem na minha capacidade, por não medirem esforços para me educar e me ensinar os valores cristãos.

Aos meus pais, pelo exemplo de vida e de fé, pelas lições em casa e na escola, pela compreensão e apoio, pelo incentivo e estímulo, pelo carinho e amor, pelo respeito e valorização, pelo orgulho e honra, pelo exemplo de vida e de fé, pelas lições em casa e na escola, pela compreensão e apoio, pelo incentivo e estímulo, pelo carinho e amor, pelo respeito e valorização, pelo orgulho e honra.

Aos meus queridos amigos, pelo exemplo de vida e de fé, pelas lições em casa e na escola, pela compreensão e apoio, pelo incentivo e estímulo, pelo carinho e amor, pelo respeito e valorização, pelo orgulho e honra.

Aos meus professores, pelo exemplo de vida e de fé, pelas lições em casa e na escola, pela compreensão e apoio, pelo incentivo e estímulo, pelo carinho e amor, pelo respeito e valorização, pelo orgulho e honra.

Aos meus colegas, pelo exemplo de vida e de fé, pelas lições em casa e na escola, pela compreensão e apoio, pelo incentivo e estímulo, pelo carinho e amor, pelo respeito e valorização, pelo orgulho e honra.

Aos meus amigos, pelo exemplo de vida e de fé, pelas lições em casa e na escola, pela compreensão e apoio, pelo incentivo e estímulo, pelo carinho e amor, pelo respeito e valorização, pelo orgulho e honra.

Dedico este trabalho ao Amado Espírito Santo que me orientou e redigiu comigo cada parágrafo, a Ele transfiro a honra da execução deste trabalho. Aos meus queridos pais, Clóvis do Nascimento e Maria do Socorro S. do Nascimento, por sempre acreditarem na minha capacidade, por não medirem esforços para me educar e me ensinar os valores cristãos.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão ao meu Deus pelo dom da vida e pela escolha da profissão a seguir, por me fazer entender o lindo sacerdócio que me entregou a serviço do próximo, sendo útil na qualidade de vida ajudando as pessoas a viverem melhor. Ao amado Salvador Jesus Cristo por tanto amor a mim dispensado e ao amigo Espírito Santo que sempre me abraça nos momentos mais difíceis e por ter me fortalecido durante toda caminhada da graduação. Espírito Santo você me motivou a continuar e a sua presença foi imprescindível para a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, pelo exemplo de vida e de luta, pelas renúncias em prol do meu sonho, pela compreensão quando da minha ausência, por me amarem sem medida e acreditarem sempre no meu potencial. Sem o apoio deles, nada do que vivi e aprendi durante esses últimos quatro anos de minha vida seria possível. As minhas irmãs e a minha família pelo irrestrito apoio.

Ao meu querido e amado sobrinho Arthur Felipe, por sua compreensão por muitas vezes que estive ausente dos seus momentos de brincadeiras. Ao meu cunhado João José Alves que sempre me incentivou, me apoiou, e acreditou em mim, que mesmo distante participou de forma direta da minha formação acadêmica, meu respeito e gratidão.

Ao meu grupo de estudo (Dayanna Joyce, Jéssica Patrícia, Mayra Mendes e Sara Câmara) pelos momentos de dificuldades e alegrias que passamos juntas, cada uma de vocês deixou uma marca em minha vida que permanecerá para sempre.

As amigas construídas no decorrer do curso, em especial as minhas amigas, irmãs de coração: Dayanna Joyce Marques pelo incentivo, pela troca de conhecimento, pela companhia nos momentos de dificuldade e de alegrias e a amiga Jéssica Patrícia Batista por me receber de braços abertos em sua casa e em sua vida, me tratando como parte de sua família, pelo apoio, incentivo nos momentos mais difíceis, a Kelly Cristina por sua amizade, compreensão e incentivo, por me auxiliar diretamente na coleta dos dados. Vocês caminharam junto a mim, me dando apoio e sustentação para que eu conseguisse chegar até o fim, com muito esforço, apesar das dificuldades, mas também houve momentos felizes, de muitas

risadas. Enfim, foram peças fundamentais para eu chegar até aqui, em vocês Deus me faz entender e vivenciar o que está escrito em Provérbios 18.24b "Que há amigos mais chegados que irmãos"

Aos amigos queridos, que demonstraram incentivo para que eu realizasse esse trabalho mesmo com todas as dificuldades, e ainda compreenderam minha ausência em suas vidas. Em especial a minha amiga Cláudia (Nicinha) pela amizade, companheirismo, apoio, incentivo, e pelo auxílio direto na compilação dos dados da pesquisa. Ao amigo Jessé dos Anjos que foi enviado por Deus para me fazer entender que a caminhada da graduação é trilhada concomitante a caminhada cristã e ao amigo Delano por me auxiliar durante o período do término da graduação com seu apoio.

À minha amada orientadora e amiga Profª Juliana Padilha, por quem tenho real admiração e carinho, por sua gentileza em me receber como orientanda, pela ética, atenção, disponibilidade, paciência e carinho que me guiou para a elaboração deste trabalho.

A Profª Bianca Arnoud que iniciou na orientação deste trabalho com atenção e disponibilidade, por quem tenho imenso carinho e respeito.

As Docentes Orientadoras de Monitoria: Vanessa Teixeira, Manuela Alves e Erika Melo, pela credibilidade em mim depositada e pela troca de experiências vivenciada no decorrer das monitorias.

A todos os Docentes do Curso de Nutrição, que passaram em minha vida durante o curso de graduação, contribuindo primordialmente para a formação de meus conhecimentos.

Às minhas queridas Preceptoras de estágio de campo, Ana Silvia Martins, Ada Moura, Francisca Selma, Paula Bessa e Thaís Araújo, que me receberam de braços abertos, pelo companheirismo e pela dedicação na transmissão do conhecimento. Sou extremamente grata a elas, por participarem de maneira efetiva e tão positiva na minha formação acadêmica, servindo como grandes exemplos para o meu futuro profissional.

A Nutricionista Ana Karina Alves do Hospital Unimed Natal, pela oportunidade e credibilidade a que me confiou durante o estágio extra-curricular. A Nutricionista Lorena Tinôco das Clínicas Integradas FARN, pelo apoio, incentivo e transmissão de conhecimento e a professora Monique Rosa pela transmissão direta do conhecimento e apoio durante todo o projeto como colaboradora-bolsista da FARN.

A Técnica de Nutrição Silvia Maria da Silva, por sua amizade, construída durante o período da graduação.

Ao meu ex Gerente Radamés Silva pela compreensão durante o período em que compartilhei o tempo de faculdade com o trabalho e toda a família Esposende Calçados (Midway Mall) que sempre me incentivaram e torceram pelo meu sucesso.

Agradeço as mães que participaram desta pesquisa, que são mais que fornecedoras de informações, são indivíduos colaborando para o desenvolvimento da pesquisa neste país.

Enfim, meus sinceros agradecimentos à todos aqueles que participaram direta e indiretamente na elaboração deste trabalho, e me acompanharam neste momento tão importante da minha vida acadêmica e pessoal.

RESUMO

As práticas alimentares nos primeiros anos de vida constituem um marco importante na formação dos futuros hábitos das crianças. A alimentação adequada desde o início da vida é de grande importância para a criança, pois além de ser fator fundamental para seu crescimento e desenvolvimento, previne contra doenças infecciosas. O processo alimentar inicia com o aleitamento materno e a continuidade acontece com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno para a melhoria da qualidade de vida da criança e do adulto. Diante disso, o Ministério da Saúde elaborou um Guia contendo os "Dez Passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos" para nortear profissionais da área de saúde na orientação às mães. O objetivo da pesquisa foi de avaliar a alimentação de crianças assistidas pelo Programa de Crescimento e Desenvolvimento da Unidade de Saúde da Família do bairro de Bom Pastor, assim como o conhecimento das mães sobre os "Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos". A amostra foi de 44 mães e crianças de 0 a 24 meses incompletos participantes do CD da USF. Utilizou-se de questionário com questões fechadas e abertas elaboradas pela própria pesquisadora. A predominância das crianças foi do sexo masculino com 52,3% (n= 23) e o sexo feminino representou 47,7% (n=21); quanto à idade materna 50% (n=22) tinham entre 18 e 25 anos. A maioria dos lactentes < de 6 meses 53,8% (n=15) estavam em AME, as crianças da faixa etária ≥ 6 a < 18 meses representaram 75% (n=3) da amostra em AMC. Na introdução da alimentação complementar a maioria das mães ofertou líquidos antes do sexto mês às crianças do grupo etário ≥ 6 a 24, o chá com 77,8% (n=7) e a água com 70,6% (n=12). Sobre a existência dos "Dez Passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos", 75% (n= 33) das mães relataram não ter o conhecimento. Em relação a paridade materna e o conhecimento acerca dos "Dez passos", 81,3% (n=13) das mães primíparas relataram não conhecer, no entanto das mães multiparas 71,4% (n= 20) também não tinham o conhecimento. A maioria das mães 45,5% (n=20) representou um nível de escolaridade com ensino fundamental incompleto, das quais 80% (n= 16) relataram não ter o conhecimento dos "Dez passos". Conclui-se que houve um resultado positivo quanto ao AME para os lactentes < 6 meses, o mesmo foi demonstrado para a alimentação complementar para ≥ 6 a 24 meses incompletos. No entanto, identifica-se ainda a introdução de outros alimentos em tempo inoportuno e a prática da não amamentação por parte de algumas mães. Foi constatado ainda que as mães não receberam informações sobre a existência dos "Dez passos", na percepção das mães quanto à alimentação infantil observou-se que as mesmas detêm um certo conhecimento quanto a alimentação das crianças. É de extrema importância a correta assistência direcionada à orientação às mães através da educação nutricional utilizando-se do Guia. Porém, é de interesse dos gestores e profissionais da rede pública a transmissão desse conhecimento para as mães.

Palavras chave: Crianças. Aleitamento materno. Alimentação complementar.

Keywords: Children. Breastfeeding. Complementary feeding.

ABSTRACT

The alimentary practices in the first years of life constitute an important mark in the formation of the children's futures habits. The appropriate feeding since the beginning of the life is of great importance for the child, because besides being fundamental factor for your growth and development, it prevents against infectious diseases. The alimentary process begins with the maternal breastfeeding and the continuity happens with the introduction of the complemental feeding in opportune team goes the improvement of the quality of the child's life and of the adult. Before that, ministry of Health elaborated Guide containing the "Ten steps of the healthy feeding goes smaller Brazilian children 2 years old" to orientate professionals of the area of health in the orientation to the mothers. The objective of the research was of evaluating the children's feeding attended by the Program of Growth and Development of the Unit of Health of the Family of Good Shepherd's neighborhood, as well as the mothers' knowledge on the "Ten steps of the healthy feeding for smaller Brazilian children 2 years old." The sample belonged to 44 mothers and children from 0 to 24 months incomplete participants of the CD of USF. It was used of questionnaire with closed and open subjects elaborated by the own researcher. The children's predominance was of the masculine sex with 52,3% (n = 23) and the feminine sex represented 47,7% (n=21); with relationship to the maternal age 50% (n=22) they had between 18 and 25 years. Most of the infants < of 6 months 53,8% (n=15) were they in he/she AME, the children of the age group ≥ 6 the < did 18 months represent 75% (n=3) of the sample in AMC. In the introduction of the complemental feeding most of the mothers did present liquids before the sixth month to the children of the age group ≥ 6 to 24, the tea with 77,8% (n=7) and the water with 70,6% (n=12). About the existence of the "Ten steps of the healthy feeding goes smaller Brazilian children 2 years old, 75% (n = 33) of the mothers they told not to have the knowledge. In relation to maternal parity and the knowledge concerning the "Ten steps", 81,3% (n=13) of the mothers first gestation they told not to know, however of the mothers more than a gestation 71,4% (n = 20) they didn't also have the knowledge. Most of the mothers 45,5% (n=20) it represented an education level with incomplete fundamental teaching, of the which 80% (n = 16) they told not to have the knowledge of the "Ten steps." What is concluded it there was a positive result with relationship to the he/she AME for the infants < 6 months, was the same demonstrated for the complemental feeding for ≥ 6 to 24 incomplete months. However, he/she still identifies the introduction of other victuals in inopportune time and the practice of the non breast-feeding on the part of some mothers. It was verified although the mothers didn't receive information on the "Ten steps", in the mothers' perception with relationship to the infantile feeding was observed that the same ones stop a certain knowledge as the children's feeding. It i of exalts importance the correct attendance addressed to the orientation to the mothers through the education nutricional being used of the Guide. However, it belongs to the managers' interest and professionals of the public net the transmission of that knowledge for the mothers.

Words key: Children. Breastfeeding. Complemental feeding.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Idade em meses da amostra de crianças assistidas pelo CD- Crescimento e Desenvolvimento da USF- Bom Pastor	33
FIGURA 2 - Idade em anos da amostra das mães de crianças assistidas pelo CD- Crescimento e Desenvolvimento da USF- Bom Pastor	35
FIGURA 3 - Distribuição do tipo de aleitamento materno da amostra de crianças da faixa etária de 0 a < 6 meses (n= 26)	36
FIGURA 4 - Distribuição dos alimentos complementares introduzidos em crianças com idade < 6 meses (n= 26)	39
FIGURA 5 - Fatores associados à prática da não amamentação das crianças assistidas pelo CD- Crescimento e Desenvolvimento da USF- Bom Pastor	44
FIGURA 6 - Conhecimento das mães sobre a existência dos "Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos do MS"	46
FIGURA 7 - Conhecimento das mães em relação aos "Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos" x Grau de escolaridade	47
FIGURA 8 - Conhecimento das mães em relação aos "Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos" x Paridade materna.....	48

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Relação entre Idade gestacional e o peso ao nascer segundo OMS (2006) da amostra das crianças assistidas pelo CD-Crescimento e Desenvolvimento da USF- Bom Pastor	34
TABELA 2 - Distribuição do tipo de aleitamento materno da amostra de crianças da faixa etária com idade ≥ 6 a 24 meses incompletos (n= 18)....	37
TABELA 3 - Distribuição dos alimentos complementares introduzidos antes e depois do 6º mês no grupo de crianças com idade ≥ 6 a 24 meses incompletos (n= 18)	41

QUADRO 4 - Apresentação das tabelas em relação ao 1º peso do Guia alimentar para crianças menores de dois anos

QUADRO 5 - Apresentação das tabelas em relação ao 2º peso do Guia alimentar para crianças menores de dois anos

QUADRO 6 - Apresentação das tabelas em relação ao 3º peso do Guia alimentar para crianças menores de dois anos

QUADRO 7 - Apresentação das tabelas em relação ao 4º peso do Guia alimentar para crianças menores de dois anos

QUADRO 8 - Apresentação das tabelas em relação ao 5º peso do Guia alimentar para crianças menores de dois anos

QUADRO 9 - Apresentação das tabelas em relação ao 6º peso do Guia alimentar para crianças menores de dois anos

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Percepção das mães em relação ao 1º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	49
QUADRO 2 - Percepção das mães em relação ao 2º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	50
QUADRO 3 - Percepção das mães em relação ao 3º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	51
QUADRO 4 - Percepção das mães em relação ao 4º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	52
QUADRO 5 - Percepção das mães em relação ao 5º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	53
QUADRO 6 - Percepção das mães em relação ao 6º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	54
QUADRO 7 - Percepção das mães em relação ao 7º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	55
QUADRO 8 - Percepção das mães em relação ao 8º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	56
QUADRO 9 - Percepção das mães em relação ao 9º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	57
QUADRO 10 - Percepção das mães em relação ao 10º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos	58

LISTA DE ABREVIATURAS

AM - Aleitamento materno	15
AMC - Aleitamento materno complementado	17
AME - Aleitamento materno exclusivo	17
AMP - Aleitamento materno predominante	18
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa	18
MS - Ministério da Saúde	22
NA - Não amamentado	24
OMS - Organização Mundial de Saúde	26
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher	28
PPAM/Capitais e DF - II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal	33
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	33
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34
USF - Unidade de Saúde da Família	41
WHO - World Health Organization	39

4.4.4 Catechismo sobre os Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

5.2 TIPOS DE ALEITAMENTO MATERNO

5.3 PRÁTICA DA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

5.4 PRÁTICA DA NÃO ALIMENTAÇÃO

5.5 COMPLEMENTO DAS MÃES SOBRE A EXISTÊNCIA DOS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SADIQUVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS

5.6 PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL DE ACORDO COM OS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SADIQUVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS

6 CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

APÊNDICE

ANEXO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 GERAL	17
2.2 ESPECÍFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO	18
3.2 PERFIL DA AMAMENTAÇÃO NO BRASIL/NORDESTE E NATAL	22
3.3 INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	24
3.4 DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS	26
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DA PESQUISA	29
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	29
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
4.4.1 Tipos de aleitamento	31
4.4.2 Prática da introdução da alimentação complementar	31
4.4.3 Prática da não amamentação	31
4.4.4 Conhecimento sobre os Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos	32
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	33
5.2 TIPOS DE ALEITAMENTO MATERNO	34
5.3 PRÁTICA DA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	38
5.4 PRÁTICA DA NÃO AMAMENTAÇÃO	44
5.5 CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE A EXISTÊNCIA DOS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS	46
5.5 PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL DE ACOR- DO COM OS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIAN- ÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS	48
6 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE	
ANEXO	

familiar, escolaridade e idade materna, mães que decidem parar, que relatam ter pouca produção de leite ou ausência nessa produção; e ainda fatores inerentes à criança como: patologias, não aceitação do peito, dificuldade de sugar, uso de chupetas, mamadeiras, entre outros (KITOKO et al. 2000; VENÂNCIO et al. 2002; VIEIRA et al., 2004). Del Ciampo et. al (2006), também refere que o desmame precoce é um importante problema de saúde pública em todo o mundo.

A adequação nutricional dos alimentos complementares também é de fundamental importância na prevenção da morbimortalidade na infância incluindo a desnutrição e sobrepeso. Nesse contexto, se faz necessário a inserção da alimentação complementar em tempo oportuno para assegurar a segurança alimentar de uma população desde o início da vida (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Portanto, para o êxito de uma boa introdução de novos alimentos é necessário não apenas o acesso adequado aos alimentos, mas também de educação, respeitando a cultura da população. Assim, considerando que a educação alimentar das crianças deve iniciar-se nos primeiros meses de vida, momento em que são construídos os alicerces dos hábitos alimentares, julgou-se pertinente identificar a alimentação das crianças atendidas pelo Crescimento e Desenvolvimento com idade entre 0 a 2 anos incompletos em uma Unidade de Saúde da Família e ainda avaliar o conhecimento das mães sobre os "Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos" (BRASIL, 2010), proposto pelo Ministério da Saúde buscando identificar quais desses passos estão efetivamente implantados na rotina das mães favorecendo a amamentação e a introdução adequada dos novos alimentos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO

Os escritos bíblicos já documentavam a prática da amamentação, trazendo relatos no velho testamento das amas de leite do menino Moisés, e no novo testamento uma mulher dizia em alta voz que: "Bem aventurada à mãe do mestre nazareno Jesus Cristo, que o trouxera ao seio e o amamentava". Historicamente a prática do aleitamento materno já é considerada desde a antiguidade como sendo de relevante importância tanto para o lactente como para a mãe (WEFFORT; LAMOUNIER, 2009).

Desde o início da vida uma boa alimentação é de extrema importância, diante disso Euclides afirma que:

O leite humano deve ser o primeiro alimento fornecido ao bebê, trazendo inúmeros benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, econômicos e sociais. Devido à imaturidade do sistema imunológico, o recém nascido é bem mais vulnerável às infecções, o que torna a proteção conferida pelo leite materno a principal vantagem da amamentação (2005, p. 265)

O leite materno apresenta composição mais estável a partir do 15º dia pós-parto, sendo considerado o leite maduro a partir dessa fase. A quantidade de proteínas do leite humano varia de 1,2 a 1,5 g/dl adequada a velocidade de crescimento, é representada por 60% de proteínas do soro (alfa-lactalbumina, imunoglobulinas e enzimas) e 40% de caseína; o carboidrato mais expressivo é a lactose apresentando 7,0 g/dl, além da lactose o leite materno apresenta 0,8% de oligossacarídeos que na presença de peptídeos vai formar o fator bífido; e os lipídeos constituem o componente mais importante do leite humano representado por 3,5 g/dl, sendo constituído por 97% de triglicerídeos e quantidades pequenas de fosfolipídios, colesterol e ácidos graxos livres (VITOLLO; 2008).

As vantagens do leite humano são demonstradas por este ser completo, contendo os macronutrientes e micronutrientes necessários, e ainda todas as

3.2 PERFIL DA AMAMENTAÇÃO NO BRASIL/NORDESTE E NATAL

O retorno às práticas de amamentação ocorreu inicialmente nas elites urbanas de países desenvolvidos, após a ampla divulgação dos seus benefícios, o que explica o fato de nesses países, a amamentação ser mais prevalente entre os grupos de melhor nível socioeconômico (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004).

A amamentação mesmo sendo identificada como um processo natural que sofre influências de diversos fatores biológicos, culturais, demográficos e socioeconômicos, entre outros, e com todas as vantagens reconhecidas e benefícios largamente demonstrados ainda apresenta tempo de duração do aleitamento materno abaixo das recomendações (WHO, 2006).

O diagnóstico da situação do aleitamento materno em populações se faz necessário para a definição de metas e avaliação de programas de promoção e apoio a esta prática, no Brasil esta tendência é observada em vários estudos realizados, principalmente em grandes áreas urbanas e em regiões mais desenvolvidas. (BRASIL, 2009^a).

O aleitamento materno apesar de ser sistemicamente enaltecido e recomendado, ainda não é considerado uma prática universal (CORRÊA, 2005). Nesse contexto, verificando os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), a qual constatou que embora 96% das crianças de 60 meses tenham sido amamentadas alguma vez, falta muito para se alcançar no Brasil, o padrão de aleitamento materno recomendado pelos organismos de saúde nacionais e internacionais (BRASIL, 2009).

Na pesquisa Nacional de Demografia de Saúde da Mulher e da Criança (PNDS/1996), 33% das mães relataram ter amamentado seus filhos na primeira hora após o parto, a PNDS/2006, apresentou um resultado superior 43 %. Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM/Capitais e DF) realizada em 2008, verificou-se que, no total de crianças analisadas 67,7% mamaram na primeira hora de vida. Esse percentual é maior do que o encontrado na PNDS/2006, em uma amostra de crianças menores de 60 meses. Essa diferença pode ser explicada, pelo menos em parte, em função da pesquisa de 2008 analisar essa informação em crianças menores de 12 meses de

vida, e talvez por refletir a situação mais recente desta prática nas maternidades brasileiras (BRASIL, 2009; BRASIL, 2009^a).

A amamentação na primeira hora de vida é considerada um indicador importante para o sucesso da amamentação, na PNDS/ 2006 mais da metade das crianças do Norte e do Nordeste foram amamentadas na primeira hora de vida, o que nos leva a esperar decisiva contribuição desta prática à queda da mortalidade neonatal nessas regiões. A situação de amamentação na primeira hora de vida na (PPAM/Capitais e DF) para todas as capitais e o Distrito Federal foi considerada como sendo boa (bom- 50-89%) dentro da classificação da OMS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2009^a).

O percentual de crianças em AME apresentou uma evolução, na PNDS/1996 de 38,6%, em 2006 foi de 39,8% e na (PPAM/Capitais e DF) realizada em 2008 foi de 41%. Foi observada na PNDS/2006 uma mediana para AME nas capitais, o Nordeste apresentou mediana de 1,1 meses, dentre as cinco regiões foi considerada na 4^a colocação. Em 2008 na (PPAM/Capitais e DF), a região Nordeste apresentou a pior situação dentre as regiões com prevalência de AME de 37%. Esta situação de AME para a região Nordeste foi classificada como sendo ruim (ruim- 12-49%), dentro da classificação da OMS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2009^a).

A estimativa de duração mediana do AME foi de 54,11 dias (1,8 meses) no conjunto das capitais brasileiras, foi verificado que a região Centro-Oeste apresentou a maior estimativa de duração em dias desta prática (66,6 dias), seguida da Norte (66,2 dias), Sul (59,3 dias), Sudeste (55,0 dias) e Nordeste (34,9 dias) (BRASIL, 2009^a).

Na mesma pesquisa em 2008, das nove capitais da região Nordeste, Natal apresentou-se na 3^a colocação de AME em crianças menores que 6 meses com uma mediana de 55,6 dias, e em crianças com AM de 9 a 12 meses um percentual de 55,22%, apresentando a 7^a colocação dentre as nove capitais da região (BRASIL, 2009^a).

Diante disso, verificou-se que houve melhora significativa da situação do aleitamento materno no período analisado, com aumento mais expressivo do AME quando comparado ao AM. Apesar dos avanços que vem refletindo ao longo dos anos, o país ainda encontra-se distante do cumprimento das metas propostas pela

OMS e MS, de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais (BRASIL, 2009^a).

3.3 INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A progressão natural da criança, quando deixa de ser alimentada exclusivamente com leite materno, consiste em receber alguns alimentos complementares, inicialmente estes chamados de alimentos de transição quando são preparados especialmente para atender as necessidades da criança e por fim compartilhar as refeições com a família (SILVA; MURA 2007).

O Ministério da Saúde determina que alimentos complementares são quaisquer alimentos que não o leite humano oferecidos à criança amamentada. Alimentos de transição antigamente chamados de alimentos de desmame se referem aos alimentos complementares especialmente preparados para crianças pequenas, até que elas passem a receber os alimentos consumidos pela família (BRASIL, 2002).

Com vista a promover o aleitamento materno e evitar o desmame indesejado, o Ministério da Saúde recomenda que o termo “alimentos de desmame” não seja usado, pode dar a falsa impressão de que eles são usados para provocar o desmame ao invés de complementar o leite materno (BRASIL, 2002).

A amamentação, isoladamente, é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida. Porém, de acordo com Weffort; Lamounier (2009), a partir desse período, a OMS recomenda que o AM deva ser complementado, pois a partir do sexto mês as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano.

Estes autores ressaltam também que é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que a habilita a receber outros alimentos além do leite humano.

Monte e Giugliani (2004), afirmam que a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de distúrbios na infância, referem

ainda que o déficit de crescimento linear adquirido nos primeiros anos é difícil de ser revertido após os dois anos. Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial de promoção de saúde. Embora seja atribuição dos profissionais de saúde a sua promoção e das mães a sua execução, o sucesso final da ação depende também da definição de políticas governamentais adequadas e da participação e apoio de toda a comunidade.

Monte e Giugliani (2004), corroboram com Ministério da Saúde e reforçam que a alimentação complementar é fator essencial para a segurança alimentar e para o desenvolvimento das populações e seus países, cabendo aos profissionais de saúde repassar as recomendações adequadas às mães.

Para Brunken et al.(2006), muitos são os benefícios da introdução em tempo oportuno da alimentação complementar, que, idealmente, não deve ser iniciada antes dos seis meses de vida, pois pode haver malefícios em se introduzir precocemente tais alimentos. A partir dos seis meses, deverão ser oferecidos alimentos inicialmente em consistência pastosa, especialmente preparados para a criança, chamados de alimentos de transição, com aumento progressivo de sua consistência até chegar à alimentação da família, o que deve ocorrer a partir dos oito meses de idade.

A introdução precoce de alimentos pode causar uma série de desvantagens, uma delas é o aumento da morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno. Outro fator apontado é de que os alimentos complementares são uma importante fonte de contaminação das crianças (GIUGLIANI, 2000).

Sob o ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A alimentação complementar é um complemento do leite materno e não deve ser interpretada como sendo uma substituição, os novos alimentos devem ser oferecidos de forma lenta e gradual durante o processo de adaptação da criança.

Inicialmente o bebê tende a rejeitar as primeiras ofertas dos alimentos, pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor (BRASIL, 2002).

De acordo com as diretrizes do MS- Ministério da Saúde, recomenda-se que no início, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela, e a quantidade ingerida pequena podendo a mãe oferecer o peito após a refeição com os alimentos complementares (BRASIL, 2002).

Destaca-se que existem crianças que se adaptam facilmente às novas etapas e aceitam muito bem os novos alimentos, porém é importante que mesmo recebendo outros alimentos, a criança continue a mamar no peito até os dois anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças (BRASIL, 2010).

3.4 DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS

A alimentação e nutrição adequada durante os primeiros anos de vida são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento:

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além do leite materno, e no autocontrole do processo de ingestão de alimentos, para atingir o padrão alimentar cultural do adulto. Assim, torna-se inquestionável a importância da alimentação da criança nessa fase, uma vez que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem, não só levar a prejuízos imediatos na saúde da criança, elevando a morbi-mortalidade infantil, como também deixar seqüelas futuras como retardo de crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2010, p.05).

Na elaboração da primeira edição do guia alimentar para crianças menores de dois anos que entre suas recomendações propõe os “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos”, foi traçado um perfil da atual situação de nutrição e alimentação de crianças menores de dois anos no País, ao

qual foram aplicados conhecimentos científicos atualizados sobre o tema, de forma a abranger os problemas identificados como sendo comuns a todas as regiões. Apesar da melhoria do estado nutricional das crianças atingida nos últimos anos, a desnutrição infantil continua a ser um problema de saúde pública nesta faixa de idade, no qual a alimentação tem um papel relevante (BRASIL, 2002).

Foi detectado também que a prevalência do aleitamento materno é baixa, sua duração é curta, que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é raro e que os alimentos complementares são precocemente introduzidos para uma grande maioria de crianças e são freqüentemente deficientes em conteúdo energético e de nutrientes (BRASIL, 2002).

É importante ressaltar que a Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, com a colaboração da Organização Pan-Americana de Saúde, estabeleceu os Dez passos da alimentação saudável para crianças abaixo de 2 anos, sendo esta proposta elaborada com base em dados científicos, e pela experiência de vários profissionais da área de nutrição e pediatria. Porém, enfatiza-se que as normatizações e diretrizes não substituem, em hipótese alguma o papel do profissional na orientação da alimentação adequada nessa fase da vida (VITOLLO, 2008).

O Guia pode servir de material de consulta para um grande número de profissionais de diversas instituições, como profissionais de saúde e nutrição dos serviços de saúde e de educação, seus gestores, professores da rede de ensino e de universidades, planejadores de saúde e agroindústria e demais pessoas interessadas.

Na fase dos primeiros anos da criança, são bastante comuns as dúvidas, dificuldades, receios e ansiedades das mães, este guia procura auxiliá-las a partir dos "Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos", orientando como lidar melhor com estas questões e, desde a infância promover uma alimentação saudável. O Ministério da Saúde lançou a 2ª edição atualizada do "Guia para crianças menores de dois anos", para todos os profissionais que têm o compromisso com a saúde da população infantil (BRASIL, 2010).

Conforme o exposto, o guia baseia-se nas orientações alimentares gerais mais atualizadas no perfil epidemiológico e da cultura alimentar do Brasil. Diante

disso Vitolo, et al. (2005), concorda que embora a alimentação humana possa referir-se a necessidade básica para a sobrevivência, ela não deve se limitar a um fenômeno natural, na medida em que as práticas alimentares encontram-se vinculadas tanto à disponibilidade de alimentos quanto a escolha dos mesmos, dependendo dos valores culturais e das bases educacionais.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa. Segundo Oliveira (1998), a pesquisa do tipo descritiva tem interesse na descoberta e classificação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito. O mesmo autor refere que esse tipo de abordagem quantifica opiniões, dados, nas formas de coleta de informações. Esse método é empregado no desenvolvimento das pesquisas de âmbito social, econômico, de comunicação, mercadológicas, de opinião e de administração, representando, em linhas gerais uma forma de garantir a precisão dos resultados, e evitando com isso distorções de análise e de interpretação.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

A população de estudo foi constituída por uma amostra de 44 mães e suas crianças de zero a vinte e quatro meses incompletos, participantes do Programa de CD- Crescimento e Desenvolvimento da USF- Unidade de Saúde da família do Bairro de Bom Pastor.

Utilizou-se uma amostragem do tipo não-probabilística que possibilita ao pesquisador extrair um elemento do universo de forma totalmente aleatória e não especificada, sendo esta denominada como não-probabilística intencional, onde o pesquisador tem interesse na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, porém não representativos desta (OLIVEIRA, 1998).

A seleção das entrevistadas foi obtida por demanda livre, isto é, aquelas que buscaram o atendimento na unidade e que preenchiam os critérios de inclusão. Constituiu os critérios de inclusão mães cujas crianças estavam incluídas no

Programa CD- Crescimento e Desenvolvimento, que realizavam o acompanhamento com assiduidade, e residentes do bairro da USF.

O período da coleta de dados compreendeu o período entre julho e agosto de 2011 e todos os dados foram coletados pela própria pesquisadora.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS) que trata em assegurar a garantia dos direitos e bem estar dos participantes, com ciência dos aspectos éticos necessários na condução de pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, ao sujeito da pesquisa e ao estado, onde há um comprometimento com o máximo de benefício e o mínimo de danos e riscos ao sujeito (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mediante o Parecer de nº 225/2011 (Anexo 1).

Foi solicitado que as mães que concordaram em participar da pesquisa assinassem o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

O anonimato das informantes foi preservado, sendo estas identificadas no decorrer do estudo por indicadores numerados (M1 a M44).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O levantamento de dados foi realizado por meio de questionário (Apêndice 1) com linguagem clara e objetiva, elaborado pela própria pesquisadora adaptado da PPAM/Capitais e DF(II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal), (BRASIL, 2009^a).

Por meio da Caderneta de Saúde da Criança foram coletados dados da criança como: idade em meses, sexo, idade gestacional, tipo de parto e peso ao nascer. Os dados da mãe como: idade, escolaridade, número de gestações e profissão foram coletados por meio de entrevista direta.

Para a prática da amamentação, alimentação complementar e a prática da não amamentação as questões foram compostas por respostas fechadas mutuamente excludentes com duas alternativas: sim ou não.

4.4.1 Tipos de aleitamento

As variáveis estudadas nos tipos de aleitamento materno foram: aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante (AMP), aleitamento materno complementado (AMC) e (NA) não-amamentação.

4.4.2 Prática da introdução da alimentação complementar

Para a alimentação complementar e a idade da introdução dos alimentos complementares as variáveis pesquisadas foram: alimentos líquidos: água, chás, sucos de frutas natural e industrializados, refrigerantes, leites e/ou fórmulas lácteas; e alimentos semi-sólidos e sólidos: frutas, legumes, papas e/ou mingau, sopas, carnes em geral, arroz, feijão, pães/bolachas/biscoitos e ainda quaisquer alimento oferecido à criança amamentada ou não.

4.4.3 Prática da não amamentação

Para identificar os fatores que levam a não-amamentação foram pesquisadas as variáveis inerentes a mãe: trabalho fora de casa, depressão pós parto, pouca produção de leite ou ausência, primeiro filho; inerentes a criança: não aceita o peito, dificuldade de sugar, uso de mamadeiras, uso de chupetas e alguma doença ao nascer.

4.4.4 Conhecimento sobre os “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos”

4.4.4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foi questionado às mães sobre a existência dos “Dez passos” com as alternativas: sim ou não.

Na identificação do conhecimento das mães sobre alimentação infantil foram elaboradas perguntas abertas adaptadas do Guia do Ministério da Saúde com os “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos” (BRASIL, 2010).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a pesquisa realizada, foi elaborado um banco de dados com o material coletado em campo utilizando-se do Excel. Posteriormente os resultados foram apresentados em figuras, quadros e tabelas de frequências simples.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Através dos questionários aplicados, a pesquisa traçou um perfil das crianças atendidas no CD- Crescimento e Desenvolvimento da USF- Unidade de Saúde da Família do bairro de Bom Pastor.

FIGURA 1: Idade em meses da amostra de crianças assistidas pelo CD- Crescimento e Desenvolvimento da USF- Bom Pastor



FONTE: Dados da pesquisa (2011).

O estudo foi conduzido com o número total de 44 crianças de 0 a 24 meses incompletos, com a predominância do sexo masculino 52,3% (n= 23), o sexo feminino representou 47,7% (n=21) da amostra.

A figura 1 representa a estratificação por faixa etária, com a maior fração de crianças com idade inferior a 6 meses 59,1% (n= 26), apresentando média da idade do total das crianças de 6,25 meses.

TABELA 1: Relação entre idade gestacional e peso ao nascer de acordo com a OMS (2006) da amostra das crianças assistidas pelo CD- Crescimento e Desenvolvimento da USF- Bom Pastor.

IDADE GESTACIONAL AO NASCER (semanas)	BAIXO PESO < 2500g	PESO INSUFICIENTE 2500 - 2999g	PESO ADEQUADO 3000 - 3999g	EXCESSO DE PESO ≥ 4000g
Pré-termo < 37 (18,2%/ n=8)	6,8% (n=3)	6,8% (n=3)	2,3% (n=1)	2,3% (n= 1)
A termo ≥ 37 a < 42 (79,5%/ n= 35)	2,3% (n= 1)	11,4% (n=5)	61,3% (n=27)	4,5% (n= 2)
Pós-termo ≥ 42 (2,3%/ n= 1)	-	-	2,3% (n= 1)	-

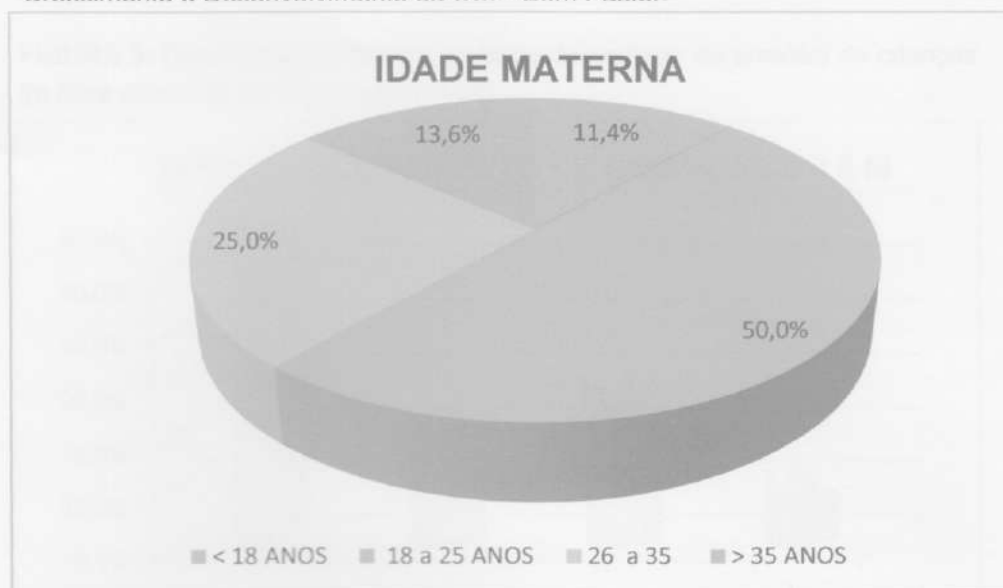
FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Em relação à idade gestacional a maioria das crianças nasceu a termo 79,5% (n=35), sendo este um dado relevante devido à idade gestacional ser considerada o primeiro diagnóstico nutricional da criança ao nascer (WEFFORT; LAMOUNIER, 2009). A tabela 1 correlaciona a idade gestacional e o peso ao nascer, essa relação identificou que a maioria dos lactentes da amostra que nasceram com o peso adequado 61,3% (n=27) encontravam-se no grupo a termo.

Rocha et al. (2005), refere que a idade gestacional está relacionada com o estado nutricional materno e o ganho de peso durante a gestação, ou seja, gestantes com baixo peso e/ou ganho de peso insuficiente apresentam maior risco de gerarem recém-nascidos prematuros.

Foi traçado também um perfil das mães através dos questionários aplicados, a fim de relacionar com as práticas alimentares e o conhecimento das mesmas em relação aos "Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos- MS".

FIGURA 2: Idade em anos da amostra das mães de crianças assistidas pelo CD-Crescimento e Desenvolvimento da USF- Bom Pastor.



FONTE: Dados da pesquisa (2011).

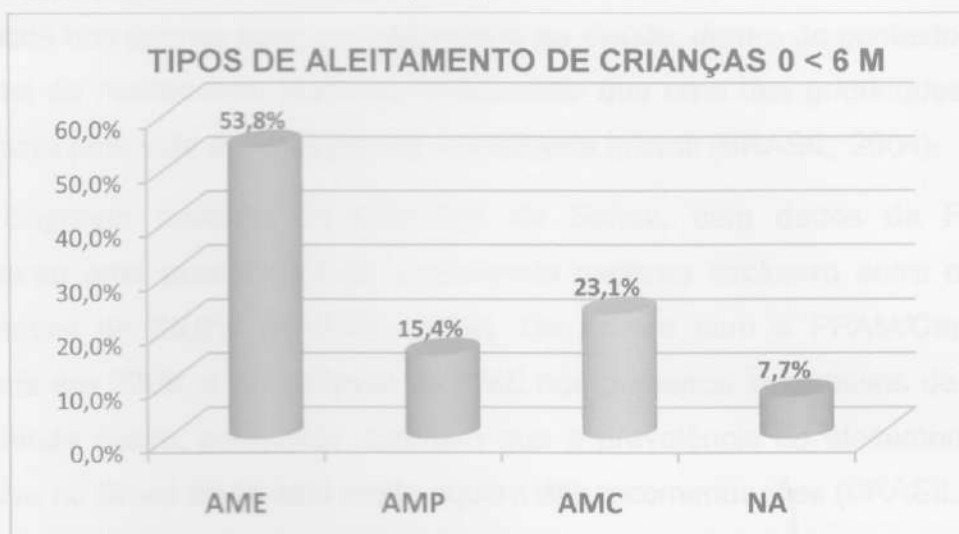
Quanto à idade materna, a figura 2 demonstra que 50% (n=22) apresentaram-se na faixa etária entre 18- 25 anos, com média da idade de 26 anos. Em relação a paridade materna a maioria das mães eram multíparas 63,6% (n=28) e as primíparas representaram 36,4% (n=16).

5.2 TIPOS DE ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo, fornecendo inclusive água, com fatores de proteção contra infecções comuns da infância, isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança (BRASIL, 2002).

A figura 3 representa o tipo de aleitamento da fração da amostra de crianças com seis meses incompletos.

FIGURA 3: Distribuição do tipo de aleitamento materno da amostra de crianças da faixa etária de 0 a < 6 meses (n= 26).



LEGENDA: AME- Aleitamento materno exclusivo AMP- Aleitamento materno predominante AMC- Aleitamento materno complementado NA- Não amamentado.

FONTE: Dados da pesquisa, (2011).

De acordo com os resultados demonstrados na figura 3, a maioria dos lactentes com idade até seis meses incompletos 53,8% (n= 15) encontravam-se em AME, estando em conformidade com a recomendação do tipo de aleitamento para esta faixa etária seguindo a recomendação do Guia alimentar para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2010).

O presente estudo supera os números encontrados em outros estudos realizados, na pesquisa de Figueredo et al. (2004), apenas 8,9% dos lactentes até a idade de 157 dias representaram a fração com o tipo de aleitamento em discussão, assim como, Silveira e Lamounier (2004), que constatarem nos resultados de sua pesquisa que apenas 4,7% da amostra encontrava-se em AME.

Na pesquisa de Minagawa et al. (2005), o resultado para esta faixa etária foi de 12,7% de crianças em AME. Porém, a pesquisa de Ramos et al. (2010), verificou que 41,45% das crianças menores de seis meses estavam em AME, apresentando uma aproximação nos resultados desta pesquisa, e Pereira et al. (2010), obteve 58,1% de sua amostra em AME estando em concordância com o presente estudo.

Diante desses achados, pode ser observada a evolução da prática do aleitamento materno, destacando a importância dos programas de incentivo ao AME realizados nos últimos anos pelo Ministério da Saúde, dentro do contexto da Política Nacional de Aleitamento Materno, enfatizando que uma das prioridades discutidas pelo Pacto pela vida é a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004).

Segundo relatório do Ministério da Saúde, com dados da PNDS/2006, observa-se uma prevalência de aleitamento materno exclusivo entre menores de seis meses de 38,6% (BRASIL, 2009). De acordo com a PPAM/Capitais e DF realizada em 2008, a prevalência de AME nos primeiros seis meses de vida foi de 41%. Ainda assim, pesquisas apontam que a prevalência de aleitamento materno exclusivo no Brasil ainda está muito aquém das recomendações (BRASIL, 2009^a).

De acordo com o "Guia alimentar para crianças menores de dois anos" são inúmeras as vantagens da amamentação, especialmente nos primeiros anos de vida. Pois ela garante em muitos casos, a sobrevivência das crianças, e, particularmente, daquelas em condições desfavoráveis e / ou que nascem com baixo peso (BRASIL, 2002).

A distribuição do tipo de aleitamento por grupos etários a partir de 6 meses a 24 meses incompletos está descrita na tabela 2.

TABELA 2: Distribuição do tipo de aleitamento materno da amostra de crianças da faixa etária com idade ≥ 6 a 24 meses incompletos (n= 18).

FAIXA ETÁRIA (meses)	CRIANÇAS (n)	AME	AMP	AMC	NA
≥ 6 a <12	11	9,1% (n= 1)	0% (n=0)	54,5% (n=6)	36,4% (n=4)
≥ 12 a <18	4	0% (n=0)	0% (n=0)	75% (n=3)	25% (n=1)
≥ 18 a 24	3	0% (n=0)	0% (n=0)	66,7% (n=2)	33,3% (n=1)

LEGENDA: AME- Aleitamento materno exclusivo AMP- Aleitamento materno predominante AMC- Aleitamento materno complementado NA- Não amamentado.

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

No que se refere às crianças em AMC, verifica-se que na faixa etária (≥ 6 a <12 meses) o percentual representado foi de 54,5% ($n=6$) e no grupo etário (≥ 12 a <18) verificou-se um percentual de 75% ($n=3$), podendo sugerir um resultado positivo concordando com a recomendação do Guia alimentar para crianças menores de dois anos³ (BRAISL, 2010), que ressalta que a partir do sexto mês de vida é necessário a introdução de outros alimentos, mantendo o leite materno.

Outros estudos apresentaram resultados diferentes do presente estudo. Minagawa et al. (2005), encontrou em seu estudo um resultado de 14,9% de crianças entre 6 a 9 meses em AMC; a pesquisa de Pereira et al. (2010), resultou em 24,1% da amostra de crianças em AMC.

Porém, a PPAM/Capitais e DF, apontou para uma ascensão do aleitamento materno. A comparação do percentual de crianças de 9 a 12 meses amamentadas (indicador da continuidade do aleitamento materno no final do primeiro ano de vida) em 1999 e 2008 mostra aumento no conjunto das capitais brasileiras e DF, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008 (BRASIL, 2009^a).

Destaca-se ainda na tabela 2 que 9,1% ($n=1$) da amostra ainda encontrava-se em AME aos 6 meses, quando deveria estar sendo iniciada a alimentação complementar de acordo com a OMS (2001), e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Monte e Giugliani (2004), referem que introduzir os alimentos complementares tardiamente é desfavorável, porque o crescimento da criança pára ou se lentifica, e o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes se intensifica.

Em relação as crianças desmamadas foi verificado um maior percentual na faixa etária (≥ 6 a <12) com resultado de 36,4% ($n=4$) em concordância com o estudo de Vieira et al. (2004) com 30,8% das crianças menores de 12 meses já desmamadas.

5.3 PRÁTICA DA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

De acordo com o "Guia alimentar para crianças menores de dois anos", uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a

introdução em tempo oportuno de alimentos apropriados, que complementam o aleitamento materno (BRASIL, 2010).

A figura 4 representa a introdução de alimentos em crianças menores de seis meses (amamentadas e não-amamentadas).

FIGURA 4: Distribuição dos alimentos complementares introduzidos em crianças < de 6 meses de idade (n= 26).



FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Destaca-se na figura 4 a introdução de água antes do sexto mês com percentual de 90,9% (n= 10), seguido por leites e fórmulas lácteas 72,7% (n=8), papa/mingau 63,6% (n=7) e chá 54,5% (n=6). O resultado do presente estudo em relação à oferta de leites e/ou fórmulas lácteas concorda com a pesquisa de Kitoko et al. (2000), que observou um consumo elevado de leite não humano no cardápio das crianças com (62,6%, em Florianópolis e 77,1%, em João Pessoa).

O estudo de Silveira e Lamounier (2004), mostrou que os chás foram os mais consumidos antes de dois meses com 48,4% e a água com 25,8%. A pesquisa de Bruken et al. (2006), resultou em 40% da amostra com introdução de água e/ou chá nos primeiros meses de vida. No estudo de França et al. (2008), na região Nordeste do Brasil foi constatado o uso de chá e/ou água no primeiro mês em 88% das crianças, o mesmo autor refere que as crianças amamentadas não necessitam de

TABELA 3. Distribuição das crianças complementares com introdução antes e depois de 6 meses de vida, por grupo de idade e sexo (n = 200).

receber suplementação hídrica nos primeiros 6 meses de vida, mesmo em locais secos e quentes.

De acordo com a figura 4, verifica-se a introdução de líquidos e alimentos semi-sólidos antes do sexto mês de vida, não estando em conformidade com a recomendação do Ministério da saúde, o qual refere que o leite materno contém tudo o que o bebê necessita até o sexto mês, inclusive água. Assim, a oferta de chás, sucos e água é desnecessária e pode prejudicar a sucção do bebê, fazendo com que ele mame menos leite materno, pois o volume desses líquidos irá substituí-lo, podendo até promover o desmame precoce; a água, chá e suco também representam um possível meio de contaminação que pode aumentar o risco de doenças nos lactentes (BRASIL, 2010).

Os resultados sobre alimentação complementar do estudo multicêntrico da WHO (2006), realizado em seis países com crianças até os 2 anos de vida, mostraram que a introdução da alimentação complementar ocorreu em sua maioria antes dos seis meses, com idade média de 5,4 meses.

Acerca disso, Giugliani (2000) alerta que a introdução precoce de alimentos complementares em lactentes além de não oferecer vantagens, tem efeitos negativos bem conhecidos, relacionados à morbidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno. A oferta precoce dos alimentos complementares sob o ponto de vista nutricional pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, muitas vezes são nutricionalmente inferiores a ele, especialmente alimentos muito diluídos.

A tabela 3 representa o resultado da idade da introdução dos alimentos complementares em crianças a partir do sexto mês de vida a vinte e quatro meses incompletos.

TABELA 3: Distribuição dos alimentos complementares introduzidos antes e depois do 6º mês de vida no grupo de crianças ≥ 6 a 24 meses incompletos (n= 18).

TIPOS DE ALIMENTOS	INTODUZIDOS	NÃO INTRODUZIDOS	ANTES DE SEIS MESES	DEPOIS DE SEIS MESES
ÁGUA	94,4% (n= 17)	5,1% (n= 1)	70,6% (n= 12)	29,4% (n= 5)
CHÁ	50,0% (n= 9)	50,0% (n= 9)	77,8% (n= 7)	22,2% (n= 2)
SUCO DE FRUTAS NATURAL	94,4% (n= 17)	5,6% (n= 1)	52,9% (n= 9)	47,1% (n= 8)
SUCOS INDUSTRIALIZADOS	38,9% (n= 7)	61,1% (n= 11)	14,3% (n= 1)	85,7% (n= 6)
REFRIGERANTES	16,7% (n= 3)	83,3% (n= 15)	0,0% (n= 0)	100,0% (n= 3)
LEITE DE VACA/FÓRMULAS LÁCTEAS	94,4% (n=17)	5,1% (n= 1)	47,1% (n= 8)	52,9% (n= 9)
OUTROS LEITES	0,0% (n= 0)	100,0% (n= 18)	0,0% (n= 0)	0,0% (n= 0)
MINGAU/PAPA	88,9% (n= 16)	11,1% (n= 2)	31,3% (n= 5)	68,7% (n= 11)
FRUTAS	88,9% (n= 16)	11,1% (n= 2)	43,8% (n= 7)	56,2% (n= 9)
VERDURAS E LEGUMES	94,4% (n= 17)	5,6% (n= 1)	29,4% (n= 5)	70,6% (n= 12)
SOPAS	88,9% (n= 16)	11,1% (n= 2)	37,5% (n= 6)	62,5% (n= 10)
CARNES EM GERAL	83,3% (n= 15)	16,7% (n= 3)	13,3% (n= 2)	86,7% (n= 13)
FEIJÃO	94,4% (n= 17)	5,1% (n= 1)	17,6% (n= 3)	82,4% (n= 14)
ARROZ	83,3% (n= 15)	16,7% (n= 3)	13,3% (n= 2)	86,7% (n= 13)
PÃES/ BOLHACHAS/BISCOITOS	88,9% (n= 16)	11,1% (n= 2)	12,5% (n= 2)	87,5% (n= 14)
OUTROS	77,8% (n= 14)	22,2% (n= 4)	21,4% (n= 3)	78,6% (n= 11)

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Pode-se observar que dos líquidos houve a prevalência da introdução de chá 77,8% (n=9), água 70,6% (n=12), seguido de leite de vaca e/ou fórmula láctea 47,1% (n= 8) antes do sexto mês de vida, sendo esta prática inadequada segundo a recomendação do “Guia alimentar para crianças menores de dois anos”, que recomenda oferecer exclusivamente o leite materno até os seis meses de idade, sem necessidade de água ou outros líquidos (BRASIL, 2010).

A PPAM/Capitais e DF (2008), obteve um resultado de introdução precoce de água em 13,6% das crianças no primeiro mês de vida, chamando atenção para esse percentual na região Nordeste que foi de 19,1% quase cinco vezes maior que na região Sul com 4,6%. De modo geral o chá tem introdução um pouco mais frequente no primeiro mês de vida quando comparado a água, uma vez que 15,3% das crianças tinham recebido chá nesse período da vida (BRASIL, 2009^a).

Fuzeto e Oliveira (2010), também encontraram resultados elevados em seu estudo com 77,8% de chá e 55,6% de água ofertados as crianças menores de 4 meses. Sobre a elevada oferta de chá, Vieira et al. (2004), refere que é provável que os fatores culturais favoreçam a introdução de chás, e seu uso na alimentação infantil tem como objetivo principal, não a nutrição, mas sim a medicação, atendendo a fatores culturais que utilizam o chá como remédio.

Foram ofertados alimentos considerados não saudáveis ou de qualidade duvidosa, que devem ser evitados de acordo com o passo oito dos “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos”, como: refrigerantes com o percentual de 16,7% (n=3) a partir do sexto mês e sucos industrializados 38,9% (n=7), sendo introduzido 14,7% (n=1) antes dos seis meses. Em estudo realizado por Fuzeto e Oliveira (2010), também foi verificado a oferta de refrigerantes em 10,2% das crianças a partir do sexto mês de vida. Os autores supracitados referem que a oferta destes alimentos pode ser em virtude do consumo pela família e conseqüentemente tem mais chances de serem ofertados às crianças.

Aquino e Phillipi (2002), alertam que o consumo de alimentos industrializados pode ser considerado uma prática errônea na alimentação infantil, já que compromete a saúde da criança, levando à redução do consumo de alimentos *in natura* e acarretando malefícios à saúde.

Dos alimentos semi- sólidos e sólidos, destaca-se a oferta em tempo oportuno de verduras e legumes 70,6% (n= 12), frutas 56,2% (n= 9), sopas 62,5% (n=10) e carnes em geral 86,7% (n=13). O estudo de Bruken et al. (2006,) tem resultados semelhantes com o presente estudo, onde foi verificado que após seis meses, entre 50 e 60% das crianças já estavam recebendo sopa ou comida da família. Na PNDS/2006, nas crianças de 6 a 12 meses incompletos foi ofertado em 63% delas frutas e verduras, representando um resultado próximo ao do presente estudo (BRASIL, 2009). O estudo de Saldiva et al. (2007), também apresentou um resultado semelhante, onde 78% das crianças entre 6 a 12 meses já recebiam sopas em seu cardápio.

A oferta de feijão 82,4% (n=14) e arroz 86,7% (n=13) também apresentaram resultados positivos em concordância com o estudo de Fuzeto e Oliveira (2010), que encontrou em sua pesquisa uma oferta de 66,7% de arroz com feijão no cardápio das crianças acima de seis meses de idade. A PNDS/2006 também mostrou um resultado positivo para o consumo das crianças de 6 a 12 meses incompletos, com a oferta de 53% de feijão e 70% de arroz e batata (BRASIL, 2009).

Acerca disso, o Ministério da saúde destaca que as preparações regionais são exemplos de como resgatar alimentos das diversas regiões brasileiras. Ainda ressalta que no início da introdução dos alimentos complementares, as preparações "básicas" como arroz, tubérculos, feijão, legumes, e verduras sejam oferecidas separadas no prato da criança, pois a criança precisa conhecer os novos sabores e texturas dos alimentos (BRASIL, 2010).

Foram inseridos na alimentação das crianças outros alimentos 78,6% (n=11), a maioria das mães relatou o consumo de tubérculos (macaxeira e batata doce) e cuscuz no item relacionado a "outros alimentos", estando em conformidade com o Guia que sugere o consumo de alimentos regionais como os citados pelas mães.

O Guia do Ministério da Saúde recomenda a introdução de alimentos complementares a partir do sexto mês de vida, devido as necessidades nutricionais da criança já não serem mais atendidas apenas com o leite materno, embora este ainda continue sendo uma fonte importante de calorias e nutrientes. A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber

outros alimentos. Seguindo este princípio, a introdução dos alimentos pesquisados em sua maioria apresentou-se dentro das recomendações do guia (BRASIL, 2010).

5.4 PRÁTICA DA NÃO AMAMENTAÇÃO

O aleitamento materno e sua relação com a diminuição da incidência de doenças infecciosas e da mortalidade infantil têm sido evidenciados em diversos estudos. Em outra perspectiva, têm sido demonstrados os benefícios econômicos diretos e indiretos da amamentação natural quando são considerados os custos com os substitutos do leite materno e os gastos decorrentes com o tratamento das afecções associadas à amamentação artificial (BRASIL, 2002).

A prática da não amamentação depende de uma série de fatores relacionados à mãe, ao filho e ao ambiente que os cerca, a figura 5 mostra os fatores associados a esta prática.

FIGURA 5: Fatores associados à prática da não-amamentação da amostra de crianças assistidas pelo CD- Crescimento e Desenvolvimento da USF- Bom Pastor.



FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Conforme mostra a figura 5, quando inerentes à criança, apenas o item "doença ao nascer" apresentou resultado com 12,5% (n=1), quando inerentes à mãe o maior percentual foi encontrado no item "pouca produção de leite" com 62,5% (n=5) e 12,5% (n=1) relataram ser devido a necessidade do "trabalho fora de casa", no item "outros" a criança não estava sendo amamentada, pois a mesma havia sido adotada. No estudo de Carrascoza; Costa Junior e Moraes (2005), das mães que desmamaram seus filhos, apenas 15% referiram que o leite não estava sendo suficiente; Souza (2004), constatou em seu estudo que 21% das mulheres pararam de amamentar porque o leite "secou", mostrando um resultado inferior em relação ao presente estudo.

Silveira et al. (2008), verificou que as mães de seu estudo, justificaram o desmame precoce relacionando-o à necessidade do retorno ao trabalho. Na pesquisa realizada em Feira de Santana por Vieira et al. (2004), foi verificado que 64,5% das mães que não amamentavam seus filhos trabalhavam fora do domicílio, demonstrando um resultado superior ao encontrado na presente pesquisa, e o estudo de Osório e Queiroz (2007), constatou que 24% das mães relataram o desmame devido o retorno ao trabalho.

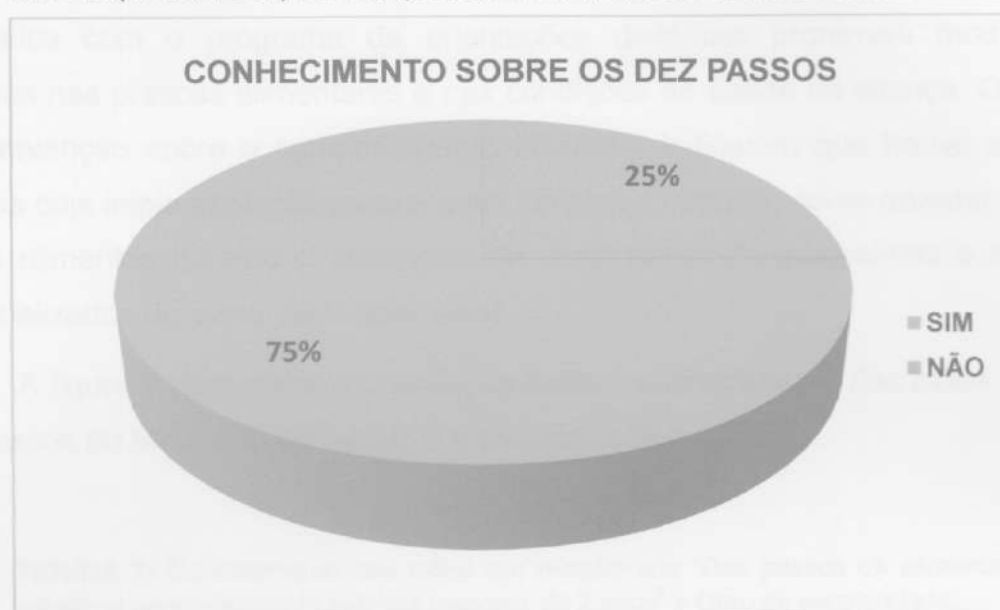
De acordo com Faleiros; Trezza; Carandina (2006), as mães têm, geralmente, noções das vantagens do aleitamento materno e referem como problemas pouco freqüentes em relação à manutenção do mesmo, doenças maternas ou da criança e o trabalho fora do lar. No entanto, apontam como relevantes os problemas relacionados à "falta de leite", "leite fraco" e a recusa do bebê em pegar o peito.

Essas razões, apontadas mais freqüentemente, talvez se devam ao fato de a mulher atual ter uma vivência mais ansiosa e tensa e possivelmente, à falta de um suporte cultural que havia nas sociedades tradicionais, nas quais as avós transmitiam às mães informações e um treinamento das mesmas em relação ao aleitamento, incentivando-o. De acordo com Vitolo (2008), o fator cultural está fortemente relacionado a prática da amamentação, sendo evidenciado nas populações indígenas das quais 100% das mães amamentam por ser uma prática transmitida de geração a geração

5.5 CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE A EXISTÊNCIA DOS "DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS".

A identificação do conhecimento das mães a respeito da existência dos "Dez passos" está descrita na figura 6.

FIGURA 6: Conhecimento das mães sobre a existência dos "Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos do MS".



FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Como demonstrado na figura 6 a maioria das mães 75% (n=33) relataram não ter conhecimento em relação existência dos "Dez passos para alimentação saudável de crianças menores de dois anos". Diante da ausência de estudos que avaliem o conhecimento sobre os "Dez passos" foi realizada uma comparação com outros autores que pesquisaram o conhecimento de mães sobre alimentação infantil. Barros e Seyffart (2008), avaliaram o conhecimento das mães e cuidadores de crianças até dois anos e foi observado que 58% da população estudada tinham conhecimento sobre a alimentação das crianças nessa fase da vida.

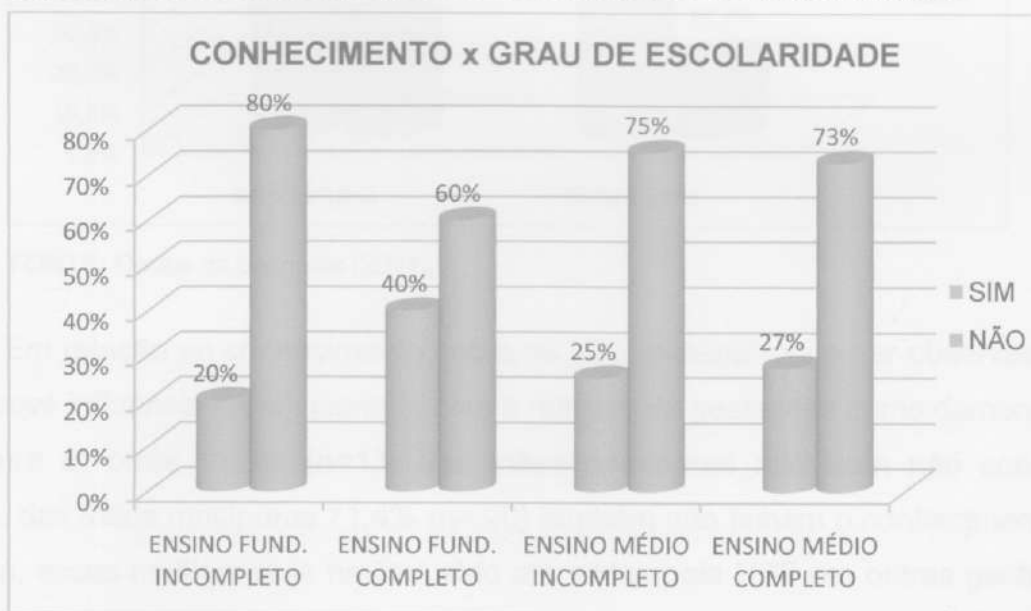
Outros autores também apresentaram resultados superiores ao presente estudo em relação ao conhecimento das mães sobre alimentação infantil. No estudo observacional de Caldeira; Moreira e Pinto (2007), realizado em um Centro de Saúde em Portugal, foi verificado que 65% das mulheres nas consultas de puerpério

receberam informações relacionadas a alimentação infantil e na pesquisa de Percegoni et al. (2002), 58,3% das puérperas receberam informações referentes ao aleitamento materno. Valpoto et al. (2009), constataram que 70,3% das gestantes de sua pesquisa relataram ter recebido alguma informação sobre aleitamento materno, sendo que a maioria dessas (88,5%) apontou o profissional de saúde como a fonte de informação.

Vitolo et al. (2005), em seu estudo de intervenção com os “Dez passos para alimentação saudável de crianças menores de dois anos”, verificou que os resultados com o programa de orientações dietéticas promoveu modificações positivas nas práticas alimentares e nas condições de saúde da criança. Os efeitos da intervenção sobre o comportamento alimentar indicaram que houve adesão a práticas cuja implementação parece mais simples e objetiva, como retardar o uso de outros alimentos durante a amamentação e consumo de guloseimas e alimentos industrializados de baixo valor nutricional.

A figura 7 demonstra a correlação entre o conhecimento das mães sobre os dez passos do Ministério da Saúde e a escolaridade materna.

FIGURA 7: Conhecimento das mães em relação aos “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos” x Grau de escolaridade.

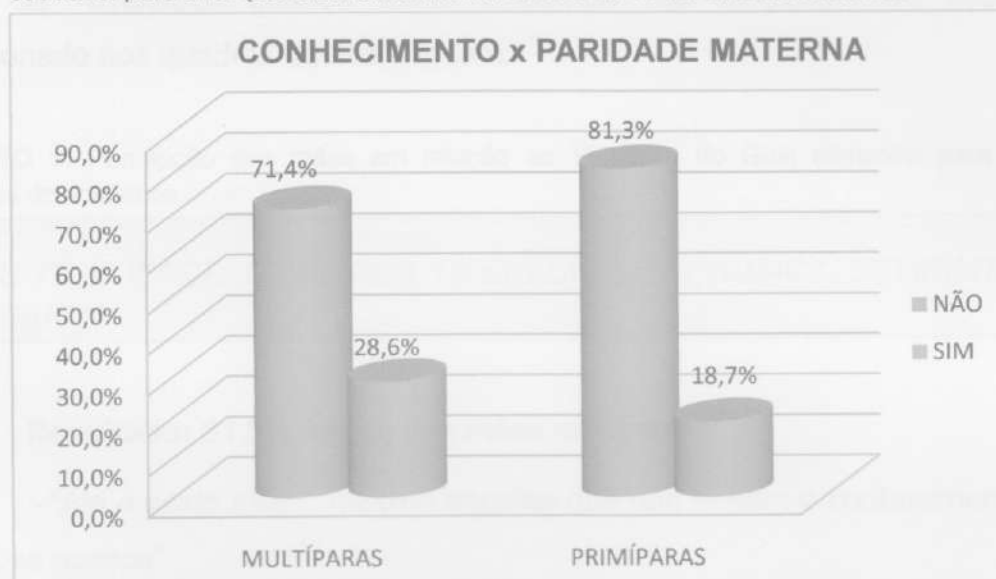


FONTE: Dados da pesquisa (2011).

A maioria das mães 45,5% (n=20) representou um nível de escolaridade com ensino fundamental incompleto, das quais 80% (n= 16) relataram não conhecer o Guia. Observa-se que não houve influência direta entre o grau de escolaridade e o conhecimento das mesmas sobre os “Dez passos para alimentação saudável de crianças menores de dois anos”, vista que em todos os níveis de escolaridade houve maior percentual do não conhecimento. Assim como na pesquisa realizada por Barros, Seyffarth (2008), onde o grau de escolaridade não apresentou diferenças significativas em relação ao conhecimento materno sobre alimentação infantil.

Na figura 8 está representado o conhecimento das mães acerca dos “Dez passos” do Ministério da Saúde e a paridade materna.

FIGURA 8: Conhecimento das mães em relação aos “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos” x Paridade materna.



FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Em relação ao conhecimento sobre os “Dez passos” pode ser observado que não houve influência correlacionada com o número de gestações como demonstrado na figura 8, onde 81,3% (n=13) das mães primíparas relataram não conhecer, porém, das mães multíparas 71,4% (n= 20) também não tinham o conhecimento. No entanto, essas multíparas já haviam sido atendidas pela USF em outras gestações, logo era esperado o conhecimento a respeito dos “Dez passos”.

Susin et al. apud Volpato et al. (2009), em estudo realizado com mães primíparas, constatou que a taxa de amamentação exclusiva nos três primeiros

meses de vida do bebê, foi significativamente maior entre aquelas que receberam orientação sobre aleitamento materno, demonstrando a necessidade da transmissão da informação por parte dos profissionais de saúde.

Para Arantes apud Carrascoza; Costa Júnior e Moraes (2005), na abordagem do profissional de saúde com a mulher, independente do número de filhos, é necessário incentivá-la a refletir sobre a vivência da amamentação nos diferentes momentos de sua existência, assim como da alimentação complementar infantil.

5.6 PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL DE ACORDO COM OS “DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS”

Os resultados obtidos estão dispostos nas respostas de cada passo questionado nos quadros que se seguem:

QUADRO 1: Percepção das mães em relação ao 1º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

1. ATÉ QUE IDADE DEVE SER OFERECIDO A CRIANÇA SOMENTE LEITE MATERNO?

Resultado: 81,8% (n=36) das mães referiram:

-“Até o sexto mês.”, mesmo aquelas que não tinham o conhecimento sobre os “Dez passos”.

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Os resultados concordam com a pesquisa de outros autores. Nogueira (2008), verificou em seu estudo quanto ao conhecimento das puérperas sobre a amamentação exclusiva que 89% das mães referiram ser até os seis meses de idade. No estudo de Volpato et al. (2009), quase 80% da amostra respondeu que seria ideal oferecer o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

Vale destacar algumas respostas das mães deste estudo que não estão de acordo com a recomendação do 1º passo do Guia:

“Até um ano de idade a criança deve receber só o leite do peito” (M22, M23 e M31). Esses relatos provocam reflexões acerca da importância da alimentação complementar em tempo oportuno, pois embora o leite materno tenha fatores protetores para a criança, a partir do sexto mês de vida já não suprem mais as demandas energéticas da criança, apesar deste ainda representar uma fonte importante de calorias e nutrientes (BRASIL, 2010).

QUADRO 2: Percepção das mães em relação ao 2º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

2. A PARTIR DE QUE IDADE DEVE SER OFERECIDO OUTROS ALIMENTOS? QUANDO FOR OFERECIDA A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR O LEITE MATERNO DEVE SER MANTIDO ATÉ QUE IDADE?

Resultado: Foi verificado que apenas 25% (n=11) das mães apresentaram resposta de acordo com a recomendação:

“A partir de seis meses e manter até dois anos”.

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Porém, a maioria das informantes 52,3% (n=23) tinha o conhecimento sobre a idade correta da introdução da alimentação complementar, mas, desconheciam o período ideal para manutenção do leite materno após o início da oferta de outros alimentos.

No entanto, a resposta acerca da introdução correta da alimentação complementar não garante a condução de uma prática adequada, pois as mães em sua maioria apesar de freqüentarem o acompanhamento do Programa de Crescimento e Desenvolvimento na USF, 90,9 % (n= 10) destas já haviam introduzido água, 72,7% (n= 8) ofereceram leites/fórmulas lácteas e 54,8% (n=6) introduziram chá no grupo etário de crianças menores de seis meses.

De acordo com Almeida (2002), no Brasil, é comum a prática de oferecer a criança água para saciar a sede; chás para acalmar, aliviar as cólicas e tratar de diferentes doenças. Essa crença de que o leite materno não é completo para suprir as necessidades da criança, tem resultado na introdução de outros leites não maternos e alimentos complementares antes do tempo apropriado.

De acordo com Silveira et al. (2008), nos parâmetros de uma alimentação infantil, configura-se o aleitamento materno como a única alimentação saudável até os seis meses de vida, sem a necessidade de oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Percebe-se ainda o conhecimento popular revelado no discurso de uma mãe:

“O leite do peito só serve até os seis meses” (M33). Acerca disso, Gomes e Nakano (2007), relatam que existem algumas crenças e práticas que ainda estão impregnadas à cultura brasileira, mostrando-se conflitantes com as recomendações para alimentação do lactente.

QUADRO 3: Percepção das mães em relação ao 3º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

3. NA CRIANÇA AMAMENTADA QUANTAS VEZES DEVEM SER OFERTADOS OUTROS ALIMENTOS DURANTE O DIA?

Resultado: 61,4% (n=27) das mães responderam em conformidade com o 3º passo:

–“Oferecer três vezes ao dia”.

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

A necessidade da oferta de outros alimentos (papa de fruta, papa salgada e papa de fruta) três vezes ao dia, segundo o Guia do Ministério da Saúde se dá devido a contribuição no fornecimento de energia, proteína e micronutrientes, além de preparar a criança para a formação dos hábitos alimentares saudáveis no futuro (BRASIL, 2010)

Destaca-se a resposta de uma mãe *“Em todas as refeições”* (M9). A alimentação deve complementar o leite materno e não substituí-lo. Portanto, a introdução das refeições não deve substituir as mamadas no peito (BRASIL, 2010). As influências advindas das mães, no âmbito familiar ou social, interferem na amamentação, pois a prática inadequada neste período em que deve ser mantido o leite materno torna-se prejudicial à manutenção do mesmo, repercutindo na saúde da criança (SILVEIRA et al., 2008).

QUADRO 4: Percepção das mães em relação ao 4º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

4. EM QUE REFEIÇÕES DEVE SER OFERECIDA A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR?

Resultado: 52,3% (n=23) das mães responderam:

-“Nas refeições principais (café da manhã, almoço e jantar)”.

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

De acordo com o Guia alimentar para crianças menores de dois anos é recomendável oferecer a alimentação complementar, sem rigidez de horários, com intervalos regulares para que a criança sinta a necessidade de se alimentar (fome), lembrando que o leite materno permanece sob livre demanda (BRASIL, 2010).

Algumas mães não tinham noção de como realizar a oferta dos alimentos complementares, podendo ser observado nas respostas das mesmas:

-“Não sei” (M2, M23, M37, M41); “Em todas as refeições” (M9); “Só no almoço” (M18).

Giugliani e Victora (2000), referem que deve ser evitadas refeições muito frequentes e volumosas em crianças amamentadas, pois quanto mais alimentos elas consomem, menos leite materno será ingerido. Lembrar que a capacidade do estômago da criança pequena é reduzida, e que ela ajusta a ingestão de alimentos de acordo com a sua densidade energética.

Nesse contexto, identificam-se inúmeros fatores que podem fazer com que as mães/pais interfiram no autocontrole da criança pela demanda por alimentos. Entre eles, destacam-se: o desconhecimento do comportamento normal da criança, ainda enquanto bebês, por parte de mães/pais ou cuidadores, tornando-se preocupante, pois, a introdução alimentar inadequada pode interferir tanto promovendo o desmame, como na deficiência de nutrientes que não são mais atendidas apenas pelo leite humano a partir do sexto mês. Mais tarde, dependendo dos alimentos e da forma como lhe são oferecidos, as crianças também desenvolvem o autocontrole

sobre a seleção dos alimentos. E esse autocontrole sofrerá influência de outros fatores como o cultural e social (BRASIL, 2010).

QUADRO 5: Percepção das mães em relação ao 5º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

5. COMO DEVE SER A CONSISTÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO INÍCIO DE SUA INTRODUÇÃO, E QUAL UTENSÍLIO DEVE SER UTILIZADO PARA OFERECER A ALIMENTAÇÃO À CRIANÇA?

Resultado: A minoria das mães respondeu de acordo com o 5º passo, representando apenas 29,5% (n=13) da amostra:

- "A comida deve ser pastosa e dada de colher".

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

De acordo com o 5º passo do Guia do Ministério da Saúde, a introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual, a mãe deve ser informada de que a criança tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimentos(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor. A oferta da alimentação complementar espessa vai estimular a criança nas funções de lateralização da língua, jogando os alimentos para os dentes trituradores e no reflexo de mastigação (BRASIL, 2010).

Portanto, é essencial o conhecimento da mãe em relação à consistência e a escolha do utensílio a ser utilizado para a oferta da alimentação. No entanto, algumas mães desconhecem a conduta correta em relação ao 5º passo, observado na fala das mesmas:

- "Líquida e oferecida de mamadeira" (M16, M24, M26 e M28, M35, M38 a M40).

Sobre isso, o Ministério da Saúde adverte que a utilização do liquidificador e da peneira é totalmente contra-indicada, porque a criança está aprendendo a distinguir a consistência, sabores e cores dos novos alimentos. (BRASIL, 2010).

Giugliani e Victora (2000), ainda alertam que uso de mamadeiras é uma fonte de contaminação e pode prejudicar a continuidade da amamentação, causando uma confusão de bicos, ocasionando um fator a mais de desmame.

QUADRO 6: Percepção das mães em relação ao 6º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

6. QUE TIPO DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES DEVEM SER OFERECIDOS A CRIANÇA?

Resultado: As respostas das mães para essa questão foram muito diversificadas, a que mais se aproxima da recomendação apresentando um percentual de 38,6% (n= 17) diz respeito aos alimentos descritos:

-“Deve ser dada sopas, sucos, frutas e verduras”.

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

Considera-se a recomendação do Ministério da Saúde, a qual refere que deve ser oferecida a criança uma alimentação variada e colorida, fonte da quantidade de vitaminas, cálcio, ferro e outros nutrientes necessários (BRASIL, 2010).

Destaca-se a importância da introdução de alimentos de todos os grupos, variando os alimentos dentro de cada grupo. A oferta de diferentes alimentos durante as refeições, como frutas e papas salgadas vai garantir o suprimento de todos os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento normais da criança (BRASIL, 2010).

De acordo com Vieira et al. (2004), é provável que fatores culturais possam influenciar na escolha de alimentos a serem introduzidos na alimentação da criança. Diante disso, pode-se observar as respostas de algumas mães referentes a questão 6:

-“Suco e potinho de papa de frutas” (M28); “Deve ser dado de tudo para a criança” (M2). É importante que o profissional de saúde reforce junto à mãe a escolha adequada dos alimentos dos diferentes grupos, para serem introduzidos no cardápio da criança.

QUADRO 7: Percepção das mães em relação ao 7º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

7. "QUAIS OS ALIMENTOS QUE A CRIANÇA DEVE SER ESTIMULADA A CONSUMIR DIARIAMENTE?"

Resultado: Houve uma prevalência de 75% (n=33) de mães que responderam de acordo com os alimentos recomendados pelo 7º passo :

-“Frutas, sucos de frutas, verduras e legumes”.

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

A resposta encontra-se em concordância com o Guia do Ministério da Saúde que estimula o consumo de frutas, verduras e legumes nas refeições, por serem principais fontes de vitaminas, minerais e fibras, contribuindo para o crescimento adequado das crianças, além de promoverem hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2010).

Porém, os sucos não devem ser utilizados como uma refeição ou lanche, por conterem menor densidade energética que a fruta em pedaços. O consumo de suco natural deve ser limitado e, se for oferecido, em pequena quantidade, após as refeições principais para ajudar a absorver melhor o ferro inorgânico (BRASIL, 2010).

Apesar da maioria das respostas se aproximarem das recomendações do Guia, por outro lado, algumas respostas relatadas pelas mães podem promover hábitos alimentares errôneos ou monotonia alimentar, como as descritas:

-“De tudo, para aprender a comer de tudo” (M5); “Não sei” (M18); “Feijão, arroz e carne” (M5); “Sopa e suco” (M38).

Vale salientar que, a espécie humana necessita de uma dieta variada para garantir uma nutrição adequada. O consumo de uma variedade de alimentos em quantidades adequadas é essencial para a manutenção da saúde e do crescimento da criança. Para ingerir uma dieta variada, além da disponibilidade dos alimentos, é fundamental a formação dos hábitos alimentares (BRASIL, 2002).

QUADRO 8: Percepção das mães em relação ao 8º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

8. QUE ALIMENTOS DEVEM SER EVITADOS NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA DESDE OS PRIMEIROS ANOS DE VIDA?

Resultado: A maioria das respostas das mães 84,1% (n=37) encontrava-se dentro da recomendação do Guia:

-"Refrigerantes, doces, biscoitos recheados, frituras, balas, açúcar e sal".

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

No entanto, no decorrer da pesquisa foi observado que 38,9% (n=7) das mães introduziram suco industrializado e 16,7% (n=3) refrigerantes no cardápio de seus filhos.

Acerca disso, o Guia refere que a criança não deve consumir alimentos industrializados, enlatados, pois estes alimentos contêm sais em excesso, aditivos e conservantes artificiais, e o consumo de alimentos não nutritivos como refrigerantes salgadinhos, doces entre outros, pois estes estão associados a anemias, excesso de peso, podendo causar também alergias alimentares (BRASIL, 2010).

O Guia ainda alerta que já foi comprovado que a criança nasce com preferência para o sabor doce, portanto a adição de açúcar é desnecessária e deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida. Diante disso, é importante ressaltar que a mãe é responsável direta pela formação dos hábitos alimentares das crianças desde os primeiros meses, necessitando de adequada orientação dos profissionais de saúde acerca de uma alimentação saudável (BRASIL, 2010).

Silveira et al.(2008), também alertam que é essencial o aconselhamento nutricional e deve ser direcionado as mães, pois estas motivam e ajudam a criança a se alimentar convenientemente.

QUADRO 9: Percepção das mães em relação ao 9º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

9. QUAIS OS CUIDADOS DE HIGIENE QUE DEVE-SE TER NO PREPARO, MANUSEIO E ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS DA CRIANÇA?

Resultado: 95,5% (n=42) das mães tinham noções adequadas sobre a higienização, preparo e armazenamento dos alimentos. Destacam-se algumas respostas referidas pelas mães durante a pesquisa:

-*“Alimentos bem lavados e bem cozidos”* (M10); *“Fazer a comida e oferecer na mesma hora”* (M31); *“Lavar bem as mãos antes de preparar a comida”* (M40); *“Lavar e escaldar os utensílios”* (M37).

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

As respostas encontram-se em conformidade com o 9º passo do Guia, que recomenda maior cuidado a partir do momento em que a criança passa a receber a alimentação complementar, pois aumenta a possibilidade de doenças diarreicas que constituem importante causa de morbidade e mortalidade entre crianças pequenas (BRASIL, 2010).

Os maiores problemas a partir da oferta dos alimentos complementares ocorrem devido a contaminação da água e alimentos, durante a manipulação e preparo, inadequada higiene pessoal e dos utensílios, alimentos mal cozidos e conservação dos alimentos em temperatura inadequada. Os alimentos devem ser bem cozidos e oferecidos em recipientes limpos e higienizados (BRASIL, 2010).

Destaca-se que uma mãe referiu em sua resposta: *“Deve escaldar a mamadeira”* (M13). O Guia alerta que o uso de mamadeira é um risco de contaminação do alimento pela dificuldade para limpeza e adequada higienização, sendo ideal a utilização de copos ou xícaras (BRASIL, 2010).

Giugliani e Victora (2000), também alertam que a contaminação dos alimentos complementares é comum nos países em desenvolvimento devido à contaminação da água, má higiene pessoal (com conseqüente contaminação das mãos de quem prepara o alimento) e dos utensílios (em especial as mamadeiras e respectivos bicos), e estocagem inadequada dos alimentos após a preparação.

QUADRO 10: Percepção das mães em relação ao 10º passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

10. QUANDO A CRIANÇA ESTIVER DOENTE QUE FICA SEM APETITE, COMO E QUAIS ALIMENTOS DEVEM SER OFERECIDOS?

Resultado: A respeito dessa questão 50% (n=22) das mães em suas falas referiram:

- *"Eu dou o peito".*

FONTE: Dados da pesquisa (2011).

As mães alegaram que quando seus filhos estão doentes só aceitam o leite materno, sobre isso, o Guia através do 10º passo concorda que o aleitamento materno é a melhor e mais eficiente conduta dietética para a saúde da criança pequena. O leite materno protege contra as infecções e contribui para que elas sejam menos graves, fornecendo agentes imunológicos eficazes e micronutrientes que são melhor absorvidos e aproveitados (BRASIL, 2010).

Algumas mães em suas falas relataram práticas que também podem ser consideradas adequadas de acordo com o 10º passo, que recomenda quando a criança estiver doente e convalescente, a mesma deve ser estimulada a se alimentar, sendo oferecida sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (BRASIL, 2010).

Dentre os relatos das mães, foram destacadas as seguintes respostas: *"Incentivo a comer e levo ao médico"* (M13); *"Deve oferecer os alimentos que a criança aceitar"* (M20); *"Oferecer sempre. Suco, papa e peito que é o que eles aceitam"* (M14); *"Deve sempre oferecer e estimular, dou mingau"* (M36).

Em contrapartida, outras mães apresentaram respostas que não estavam em conformidade com o Guia:

- *"Deixo sem comer até ter fome, dou suco"* (M43); *"Peito uma vez, se não quiser não insisto"* (M6).

Porém, a criança doente deve ser incentivada a se alimentar, no período da doença a criança aumenta suas necessidades de energia e nutrientes, necessitando assim de maiores cuidados sobre sua alimentação, sendo de responsabilidade das mães a prática adequada para a devida recuperação da criança (BRASIL, 2002).

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto no decorrer do trabalho, pode-se concluir que houve um resultado positivo quanto ao AME para os lactentes menores de seis meses, sugerindo que houve concordância com a recomendação do “Guia alimentar para crianças menores de dois anos”; o mesmo foi demonstrado para a alimentação complementar com a manutenção do leite materno, favorecendo uma alimentação adequada desde o início da vida.

No entanto, pôde ser identificada ainda a introdução de outros alimentos em tempo inoportuno e a prática da não amamentação por parte de algumas mães, representando um alerta, pois a prática alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, principalmente entre as populações menos favorecidas está intimamente associada ao crescimento da morbidade infantil. Nessa perspectiva, é importante sempre investigar o fenômeno social do desmame e da oferta antecipada dos alimentos complementares, subsidiado na teoria das representações sociais, para se explorar os significados e sentidos que influenciam esta prática.

Diante dos resultados obtidos foi constatado ainda que as mães não receberam informações sobre a existência dos “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos”, verifica-se que não houve influência direta entre o grau de escolaridade e o conhecimento, pois em todos os níveis de escolaridade a maioria das mães desconheciam os “Dez passos...”

Sugerindo uma relação com a ausência de interesse dos profissionais de saúde que lidam diretamente com as mães das crianças assistidas na unidade, pois às mães multiparas em sua maioria que deveriam ter o conhecimento por já freqüentarem anteriormente a USF desconheciam os “Dez passos...”

Em contrapartida, na percepção das mães quanto à alimentação infantil observou-se um conhecimento próximo as recomendações para a adequada oferta da alimentação. Apesar do conhecimento materno sobre alimentação das crianças, é necessária a compreensão da influência do universo cultural em que as mães estão inseridas. Cabendo, principalmente, aos profissionais de saúde a tarefa de garantir, a mãe o esclarecimento de suas dúvidas, crenças e tabus, de modo a tornar a alimentação um ato de prazer para o binômio, mãe/filho.

Essa pesquisa foi elaborada para mostrar que os “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos” é uma estratégia relevante a ser utilizada pelos profissionais de saúde junto à população, para garantir uma melhoria na alimentação desde a infância, promovendo hábitos alimentares saudáveis que permanecerão na vida adulta, possibilitando uma melhor qualidade de vida. Portanto, é de extrema importância a correta assistência direcionada à orientação às mães através da educação nutricional utilizando-se do Guia. Porém, é de interesse dos gestores e profissionais da rede pública a transmissão desse conhecimento para as mães.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização: Função. *Atividade de Saúde: Guia de Referência para Profissionais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dez passos para uma alimentação saudável: uma alimentação para crianças menores de dois anos*. Guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Estratégia, Saúde – 2. ed. – Brasília: Conselho de Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDC 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Pesquisa de Prevalência de Anemia em Crianças e Adolescentes Brasileiros e Crianças do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional para redução da mortalidade materna e neonatal*. Informe de Atividade Básica ano V, 22 maio-junho, 2004.

BRUNKE, et al. *Políticas públicas e estratégias para a redução da mortalidade materna e a introdução tardia da alimentação complementar no Centro-Oeste brasileiro*. *Journal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 445-451, 2008.

CALDEIRA, J., MOREIRA, P., FURTADO, A. *Anemia: problema sério dos brasileiros*. *Rev. Port. Ciênc. Ciênc. Saúde*. Vila Nova, 10, 003, Portugal, v.21, p.805-808, 2007.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro (RJ): Editora FIOCRUZ, 2002.

AQUINO, R.C.; PHILIPPI, S.T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, p.655-660, 2002.

BARROS, R.M.M.; SEYFFARTH, A.S. Conhecimentos maternos sobre alimentação complementar-Impacto de uma atividade educativa. **Com.Ciências Saúde**.v.19, n.3, p.225-231, Brasília, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal -PPAM/Capitais e DF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009^a.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto Nacional para redução da Mortalidade Materno e Neonatal. **Informe de Atenção Básica anoV**, 22 maio-junho, 2004.

BRUNKEN, et al., Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no Centro-Oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 82, nº6, p. 445-451, 2006.

CALDEIRA, T.; MOREIRA, P.; PINTO,E. Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. **Rev. Port. Clin. Geral**. Vila Nova da Gaia, Portugal. v.23, p.685-699, 2007.

CARRASCOZA, K.C.; COSTA JUNIOR, A.L.; MORAES, A.B.A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 22, n.4, p. 433-440, out./dez., 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo seres Humanos. **Resolução n.196, de 10 de Outubro de 1996**. Disponível em [htm://www.ufrgs.br/bioética/res196/96.htm](http://www.ufrgs.br/bioética/res196/96.htm). Acesso em 18 de Out. 2010.

CORRÊA, E.N. **Alimentação complementar de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis/SC no ano de 2004**, Dissertação de Mestrado-Universidade Federal de Santa Catarina/Florianópolis, 2005.

DEL CIAMPO et al., Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 6, 391-396, out./dez., 2006.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente: base científica para alimentação saudável**. 3 ed. Viçosa: Suprema, 2005, p. 265.

FALEIROS, F.T.V; TREZZA, E.M.C; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**. Campinas, SP, v.19 n.5, set./out., 2006.

FIGUEIREDO, M.G. et al., Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 172-179, jan./fev., 2004.

FRANÇA, M.C.T. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública**. Porto Alegre, v.42, n.4, p. 607-614, 2008.

FUZETO, K.L.R.; OLIVEIRA, A.C.L., Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. **Cadernos da Escola de Saúde**. Curitiba, v.3, p.01-16, 2010.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.76, n.3, p. S238-S25, 2000.

GIUGLIANI ERJ, VICTORA CG. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro -RJ, v.76 (Supl 3):S253 - 262, 2000.

GOMES, P.T.T.; NAKANO, A.N.S. Introdução à alimentação complementar em crianças menores de seis meses atendidas em dia Nacional de Campanha de Vacinação. **Revista Salus**, Guarapuava-PR. jan./jun., v. 1, n.1, p. 51-58, 2007.

KITOKO et al., Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1111-1119, out./dez., 2000.

MINAGAWA et al., Perfil do aleitamento materno em menores de 2 anos na cidade de Itupeva, SP, Brasil. **Revista ALAN- Archivos Latinoamericanos de Nutrición**. Caracas, jun., v. 55, n.2, 2005.

MONTE, C.M.G; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno, **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, p. S131-S141, 2004.

OLIVEIRA, S.L.; **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira, 1998.

OSÓRIO, C.M.; QUEIROZ, A.B.A, Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery** [on line]. Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.261-267, Jun., 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília (DF): O Ministério; 2001.

PALMA, D.; ESCRIVÃO, M.A.M.S.; OLIVEIRA, F.L.C., **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM**, Barueri,SP: Manole, 2009.

PERCEGONI, N. et al., Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.15, n.1, p.29-35, 2002.

PEREIRA, R.S.V. et al., Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n.12, p. 2343-2354, dez, 2010.

RAMOS, C.V. e col., Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p.115-124, abr./jun., 2010.

ROCHA, D.S. et al. Estado Nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP. v. 18, n.4, p. 481-489, jul./ago., 2005.

SALDIVA, S.R.D.M. et al., Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 83, n.1, p.53-58, jan./feb., 2007.

SILVA, S.M.C.S.S.; MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007.

SILVEIRA, F.J.F; LAMOUNIER, J.A. Prevalência do Aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP. p.437-447, out./dez., 2004.

SILVEIRA, V.G. et al., Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. **Cienc Cuid Saude**. v.7, n.4, p.5223-529, out./dez., 2008.

SOUZA, G.C. A situação do aleitamento materno de crianças atendidas em um ambulatório escola de Tubarão, (SC) [Trabalho monográfico]. Tubarão (SC): Universidade do Sul de Santa Catarina; 2004.

VENÂNCIO et al., Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, vol.36, n.3, p.313-318, São Paulo, 2002.

VIEIRA, et al., Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentados e não-amamentados. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol. 80, nº5, p.411-416, 2004.

VITOLO, et al., Impacto da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Caderno de Saúde Pública**, vol.21, nº 5, p.1448-1457, set./out., 2005.

VITOLO, M.R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

VOLPATO, S.E. et al., Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). **Arquivos Catarinenses de Medicina [on line]**. Santa Catarina, V.38, n.1., p. 49-55, 2009.

WEFFORT, V.R.S.; LAMOUNIER, J.A. **Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência**. Barueri, SP: Manole, 2009.

WHO: World Health Organization/Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding in the WHO Growth Reference Study. **Acta Paediatr.** 2006; 95(450 Suppl):27-37.

APÊNDICE



QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL x DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS ATENDIDAS NA UNIDADE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO BOM PASTOR

PESQUISADOR(a): EDILZA SILVA DO NASCIMENTO

Nº _____ 1.0 DATA ____/____/____

2. USF: _____

3. MUNICÍPIO: _____ 4. UF: _____

5. APRESENTA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ☐ SIM ☐ NÃO

6. SEXO DA CRIANÇA: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO

7. IDADE DA CRIANÇA EM MESES: _____

8. IDADE GESTACIONAL AO NASCER: _____ 9. TIPO DE PARTO: _____

10. PESO AO NASCER: _____

11. IDADE DA MÃE: _____ 12. ESCOLARIDADE: _____

13. Nº DE GESTAÇÕES: _____

14. PROFISSÃO: _____

15. TIPOS DE ALEITAMENTO:

☐ (AME)-ALEITAMENTO EXCLUSIVO ☐ (AMP)-ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE

☐ (AMC)-ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTADO ☐ (NA)-NÃO AMAMENTADO

16. INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES:

17. IDADE DA INTRODUÇÃO:

TOMA ÁGUA?	☐ SIM ☐ NÃO	
TOMA CHÁ?	☐ SIM ☐ NÃO	
TOMA SUCOS DE FRUTAS NATURAIS?	☐ SIM ☐ NÃO	
TOMA SUCOS DE FRUTAS INDUSTRIALIZADOS?	☐ SIM ☐ NÃO	
TOMA REFRIGERANTES?	☐ SIM ☐ NÃO	
COME PÃO/BOLACHAS/ BISCOITOS?	☐ SIM ☐ NÃO	
TOMA LEITE DE VACA/LEITE EM PÓ?	☐ SIM ☐ NÃO	
RECEBE OUTROS LEITES?	☐ SIM ☐ NÃO	
RECEBE MINGAU/PAPA?	☐ SIM ☐ NÃO	
COME FRUTAS?	☐ SIM ☐ NÃO	
COME VERDURAS E LEGUMES?	☐ SIM ☐ NÃO	
TOMA SOPAS?	☐ SIM ☐ NÃO	
COME CARNES EM GERAL?	☐ SIM ☐ NÃO	
CONSOME FEIJÃO?	☐ SIM ☐ NÃO	
CONSOME ARROZ?	☐ SIM ☐ NÃO	
OUTROS/QUAIS?	☐ SIM ☐ NÃO	

OBS: _____

18. PRÁTICA DA NÃO-AMAMENTAÇÃO:**19. INERENTES A MÃE:**

- | |
|--|
| TRABALHA FORA DE CASA?
☐ SIM ☐ NÃO |
| TEVE DEPRESSÃO PÓS-PARTO?
☐ SIM ☐ NÃO |
| TEVE POUCA PRODUÇÃO DE LEITE?
☐ SIM ☐ NÃO |
| PRIMEIRO FILHO?
☐ SIM ☐ NÃO |

20. INERENTES A CRIANÇA:

- | |
|--|
| NÃO ACEITA O PEITO?
☐ SIM ☐ NÃO |
| TEM DIFICULDADE DE SUGAR?
☐ SIM ☐ NÃO |
| USA MAMADEIRA?
☐ SIM ☐ NÃO |
| USA CHUPETA?
☐ SIM ☐ NÃO |
| ALGUMA DOENÇA AO NASCER QUE A IMPEDIU DE MAMAR?
☐ SIM ☐ NÃO |

21. CONHECIMENTO SOBRE OS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS.

22. A SENHORA TEM CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DOS DEZ PASSOS QUE ESTÃO NA CADERNETA DE SEU FILHO(a)? ☐ SIM ☐ NÃO

23. CONHECIMENTO DAS SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL DE ACORDO COM OS DEZ PASSOS:

PASSO: 1 Até que idade deve ser oferecido a criança somente leite materno?

PASSO: 2 A partir de que idade deve ser oferecido outros alimentos? Quando for oferecida a alimentação complementar o leite materno deve ser mantido até que idade?

PASSO: 3 Na criança amamentada quantas vezes devem ser ofertados outros alimentos durante o dia?

PASSO: 4 Em que refeições deve ser oferecida a alimentação complementar?

PASSO: 5 Como deve ser a consistência da alimentação complementar desde o início de sua introdução, e qual utensílio deve ser utilizado para oferecer a alimentação à criança?

PASSO: 6 Que tipos de alimentos complementares devem ser oferecidos a criança?

PASSO: 7 Quais os alimentos que a criança deve ser estimulada a consumir diariamente?

PASSO: 8 Que alimentos devem ser evitados na alimentação da criança desde os primeiros anos de vida?

PASSO: 9 Quais os cuidados de higiene que deve-se ter no preparo, manuseio e armazenamento dos alimentos da criança?

PASSO: 10 Quando a criança estiver doente que fica sem apetite, como e quais alimentos devem ser oferecidos?



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para senhor (a) participar da pesquisa sobre Alimentação infantil x Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos, orientada pela professora Juliana Padilha Ramos Neves.

Sua participação é voluntária, o que significa que a senhora poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura avaliar as práticas das mães em relação à amamentação e a introdução da alimentação complementar em crianças menores de dois anos. A pesquisa justifica-se devido à importância do conhecimento da alimentação nos primeiros anos de vida para formação de bons hábitos alimentares saudáveis. Caso decida aceitar o convite, a senhora será submetida aos seguintes procedimentos: responder um questionário contendo perguntas sobre sua idade, escolaridade, tipo de parto, renda familiar, número de gestações, e trabalho fora de casa e ainda sobre idade, sexo, peso e comprimento ao nascer e a prática alimentar de seu(a) filho(a).

Os riscos possíveis associados a sua participação nesta pesquisa são pequenos, que serão minimizados através das seguintes providências: (1) não será utilizado nenhum método invasivo que cause algum tipo de constrangimento, (2) seu nome não será revelado e para isso será usado um código para identificar seu questionário.

O benefício da sua participação será contribuir para identificar se o programa crescimento e desenvolvimento realizado nesta unidade de saúde está dando cobertura às questões sobre as práticas alimentares das crianças até 2 anos de idade. Caso seja verificado que as mães participantes da pesquisa e atendidas neste programa não estão recebendo adequadamente as informações sobre as práticas alimentares de seus filhos, os serviços e/ou profissionais responsáveis serão comunicados pelo pesquisador e poderão melhorar os atendimentos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite, mediante análise.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora responsável professora Juliana Padilha Ramos Neves, no Endereço R Prefeita Eliane Barro N: 2000, Bairro Tirol ou pelo telefone: 3215-2946.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande- CEP/UFRN
Praça do campus Universitário Lagoa Nova Caixa Postal 1666, CEP 59072970 Natal/RN Telefone 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa Práticas alimentares de crianças menores de dois anos atendidas na unidade básica de saúde de Bom Pastor.

Participante da pesquisa:

Impressão dactiloscópica



Pesquisador responsável:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- CEP/UFRN
Praça do campus Universitário Lagoa Nova Caixa Postal 1666, CEP 59072970 Natal/RN Telefone 3215-3135.

ANEXO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 225/2011

Prot. nº	047/11-P CEP/UFRN
CAAE	0055.0.051.001-1
Projeto de Pesquisa	Práticas alimentares de crianças menores de dois anos atendidos na unidade básica de saúde de bom pastor
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE 4.05 - Nutrição
Pesquisador Responsável	Bianca Amoud Rodrigues
Instituição Proponente	Faкультade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN
Instituição Coparticipante	Unidade Básica de Saúde de Bom Pastor
Nível de abrangência do Projeto	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
Período de realização	Início set/2010 - Final dez/2011 Arrolamento dos participantes: Início mai/2011 - Final jun/2011
Revisão ética em	1º de junho de 2011

RELATO

1. RESUMO

O protocolo sob análise contém uma proposta de estudo que tem como objetivo geral: "avaliar a amamentação e a introdução da alimentação complementar de crianças menores de dois anos na Unidade Básica de Saúde Bom Pastor". Objetivos específicos: "1) identificar a idade prevalente das crianças na introdução da alimentação complementar; 2) verificar os fatores que estão associados com a não amamentação da criança e a introdução precoce de alimentos complementares; 3) conhecer acerca da introdução de alimentos líquidos, semi-sólido/sólido nos lactentes, como prática complementar ao leite materno ou como prática alimentar exclusiva e 4) avaliar o conhecimento das mães sobre os dez passos da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos no primeiro ano de vida proposto pelo Ministério da Saúde".

Para atingir esse objetivo serão recrutadas 45 mães cujas crianças tenham idade inferior a dois anos e que realizam o acompanhamento com assiduidade junto à referida Unidade e que ademais, estejam incluídas no Programa Crescimento e Desenvolvimento/MS. Para obtenção da informação necessária será utilizado um questionário composto por dados sociodemográficos, dados da criança ao nascer, tipo de aleitamento e sobre a prática alimentar. As perguntas sobre a prática alimentar são apresentadas com respostas fechadas mutuamente excludentes com duas alternativas (sim e não) e com um campo informar a idade de sua introdução. Inclui ainda perguntas sobre a prática da não alimentação, inerentes à mãe e à criança. O questionário é finalizado por questões abertas relativas ao conhecimento sobre os dez passos da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos.

Os pesquisadores acreditam que a educação alimentar das crianças deve iniciar-se nos primeiros meses de vida, momento em que são construídos os alicerces dos hábitos alimentares. Portanto deve ser de interesse da população, sociedade civil e autoridades a promoção e proteção da amamentação e inserção da alimentação complementar em tempo oportuno.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d). **Atenção: conforme circular 017/11 – CONEP sobre o TCLE, torna-se obrigatória a rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas assim como a assinatura de ambos na última página;**

2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);

3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 15 de junho de 2011.


Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN