



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ - REITORIA DE ENSINO DE PÓS - GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE



ANA DANÚSIA IZIDÓRIO RODRIGUES DE ARAÚJO

**DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS**

TERESINA

2018

ANA DANÚSIA IZIDÓRIO RODRIGUES DE ARAÚJO

**DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luisa Helena de Oliveira Lima

Área de concentração: Saúde Pública

Linha de pesquisa: Análise de Situações de Saúde

TERESINA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

A658d Araújo, Ana Danúcia Izidório Rodrigues de.
Determinantes do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de dois anos / Ana Danúcia Izidório Rodrigues de Araújo. -- Teresina, 2018.
64 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, 2018.
“Orientação : Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima.”
Bibliografia

1. Saúde Pública. 2. Promoção da saúde. 3. Criança. 4. Aleitamento materno. 5. Consumo alimentar. I. Título.

CDD 618.923 9

ANA DANÚSIA IZIDÓRIO RODRIGUES DE ARAÚJO

**DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: ____/____/____

Prof^ª. Dr^ª. Luisa Helena de Oliveira Lima
Universidade Federal do Piauí / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
Presidente da banca

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará / Faculdade de Medicina
1^a Examinador

Prof^ª. Dr^ª. Ana Larissa Gomes Machado
Universidade Federal do Piauí / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
2^a Examinador

Prof^ª. Dr^ª. Ana Roberta Vilarouca da Silva
Universidade Federal do Piauí / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
Examinador Suplente

Ao Senhor Deus e aos meus pais, pelo incentivo, confiança e amor.

AGRADECIMENTOS

Como dizia Fernando Pessoa, “tenho em mim todos os sonhos do mundo”, e realizá-los sozinha seria impossível. Para chegar até aqui contei com as bênçãos do supremo Deus, digno de toda honra e glória, que esteve comigo em todos os momentos e permitiu que eu conseguisse vencer mais uma etapa. Sou só gratidão meu Senhor!

Agradeço aos meus pais por todo carinho, paciência e apoio a mim dedicados. É por vocês e para vocês toda a minha luta diária.

À minha irmã (i.m) que mesmo ausente fisicamente, me inspira a seguir em frente.

À minha orientadora querida que esteve sempre ao meu lado incansavelmente, com muita paciência e sabedoria, meu muito obrigada! Não conseguirei recompensá-la nunca.

Aos meus familiares por sempre acreditarem em mim e continuarem me incentivando, principalmente minha família materna que esteve diariamente ao meu lado nessa caminhada.

À UFPI e ao PPGSC pela oportunidade em cursar minha tão sonhada pós-graduação.

Aos amigos de turma, por estarem compartilhando as aflições e buscando maneiras de solucioná-las. Vocês foram fundamentais para o meu crescimento.

Aos professores do PPGSC pelos ensinamentos tão bem repassados.

Ao GPeSC que me ofereceu suporte para desenvolver a coleta de dados e pelas sugestões das professoras, no aperfeiçoamento do trabalho.

À minha amiga Rose que esteve comigo, ouvindo minhas angústias e medos, sempre com uma palavra de conforto e incentivo.

Às bolsistas de ICV, Bianca e Alessandra e PIBIC, Karol, à Regianne e Anna Luiza por me ajudarem na coleta de dados. Certamente esse trabalho não teria sido concluído sem a colaboração de vocês. Serei eternamente grata.

Às professoras da banca Ana Larissa, Ana Roberta e Márcia, pela disponibilidade e contribuições. Muito obrigada!

“Os grandes feitos são conseguidos não pela força, mas pela perseverança”.

(Samuel Johnson)

RESUMO

A alimentação saudável nos primeiros anos de vida resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todos os ciclos de vida, destacando determinantes do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses e a introdução de alimentos em tempo oportuno e de qualidade, levando em consideração sua frequência, diversidade e consistência. Frente a isso, podem surgir fatores de risco ou proteção para o desmame precoce. Com isso, este estudo objetivou analisar práticas de aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de dois anos e os seus fatores determinantes. Trata-se de um estudo transversal, realizado entre maio de 2016 e junho de 2017, em Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento Infantil do município de Picos – PI. A população do município foi de 2.218 crianças menores de dois anos e após cálculo amostral foram entrevistadas 1.031, a partir do instrumento de coleta de dados adaptado do guia de marcadores de consumo alimentar. Foram realizadas perguntas referentes às condições sociodemográficas da criança, consumo alimentar, dados do seu nascimento e dados relacionados à mãe. Para a análise estatística, utilizou-se o SPSS versão 20.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, parecer 985.375. Das 1031 crianças, 61,9% tinham de 6 a 23 meses, 50% eram do sexo masculino e 57,1% foram declaradas pardas. Em relação às mães, 29,2% tinham idade entre 20 e 24 anos, 38,5% possuem ensino médio completo e 69% não trabalham fora de casa. Quando analisado o aleitamento materno, verificou-se que apenas 33,9% das crianças menores de 6 meses encontravam-se em aleitamento materno exclusivo (AME), mas entre as crianças maiores de 6 meses, 60,4% continuavam consumindo leite de peito. No que diz respeito à introdução alimentar dessas crianças, notou-se que não foi satisfatória, pois 76,4% das crianças não estavam recebendo alimentos na frequência adequada, 90,1% não recebiam na diversidade mínima desejada e 50,9% não eram oferecidas na consistência recomendada. O tipo de aleitamento não mostrou associação com o tipo de parto ($p=0,240$), porém esteve associado com a amamentação na primeira hora de vida ($p=0,038$) indicando que o início da amamentação na primeira hora de vida está associado à maior duração do AME. Com relação ao peso ao nascer, quando comparado por pares, observou-se diferença de média entre as crianças em AME e aleitamento misto. Crianças em AME tiveram maior peso ao nascer ($p=0,021$). A análise permitiu observar que a amamentação na primeira hora de vida, uso de chupeta, os graus de escolaridade ensino fundamental e superior e a faixa etária de 20-29 anos apresentaram relação estatisticamente significativa com o desmame ($p < 0,05$). Conclui-se que o uso de chupeta e ensino superior como grau de escolaridade da mãe da criança determinaram o desmame. Mediante o exposto, fica evidenciado que o incentivo a amamentação na primeira hora de vida é primordial para o aumento da amamentação exclusiva e que são necessárias orientações sobre o preparo de alimentos de forma adequada, com o intuito de garantir alimentação de qualidade.

Palavras-chave: Saúde Pública. Promoção da saúde. Criança. Aleitamento materno. Consumo alimentar.

ABSTRACT

Healthy eating in the first years of life results in a number of health benefits for children throughout life cycles, highlighting the determinants of exclusive breastfeeding up to six months and the introduction of timely and quality food, leading to their frequency, diversity and consistency. Faced with this, risk factors or protection may arise for early weaning. Thus, this study aimed to analyze practices of breastfeeding and complementary feeding in children under two years and their determinants. This is a cross-sectional study, carried out between May 2016 and June 2017, in Basic Health Units and Early Child Care in the city of Picos - PI. The population of the municipality was 2,218 children under two years and after a sample calculation were interviewed 1,031, from the data collection instrument adapted from the guide of food consumption markers. Questions were asked regarding the sociodemographic conditions of the child, food consumption, birth data and data related to the mother. For the statistical analysis, SPSS version 20.0 was used. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, opinion 985.375. Of the 1031 children, 61.9% had 6 to 23 months, 50% were male and 57.1% were declared brown. In relation to mothers, 29.2% were between 20 and 24 years old, 38.5% had completed high school and 69% did not work outside the home. When analyzing breastfeeding, it was verified that only 33.9% of children under 6 months were exclusively breastfed (EB), but among children older than 6 months, 60.4% continued to consume breast milk. Regarding the dietary intake of these children, it was found that it was not satisfactory, since 76.4% of the children were not receiving adequate food, 90.1% did not receive the minimum desired diversity and 50.9% were not the recommended consistency. The type of lactation showed no association with the type of delivery ($p = 0.240$), but it was associated with breastfeeding in the first hour of life ($p = 0.038$), indicating that the onset of breastfeeding in the first hour of life is associated with a longer duration of the AME. Regarding birth weight, when compared by pairs, we observed a mean difference between the children in EB and mixed suckling. Children in EB had higher birth weight ($p = 0.021$). The analysis showed that breastfeeding in the first hour of life, pacifier use, schooling levels of primary and higher education, and the age group of 20-29 years showed a statistically significant relationship with weaning ($p < 0.05$). It was concluded that the use of pacifiers and higher education as the educational level of the mother of the child determined weaning. It is evident from this that encouraging breastfeeding in the first hour of life is essential for the increase in exclusive breastfeeding and that adequate food preparation guidelines are needed to ensure quality feeding.

Key words: Public Health. Health promotion. Child. Breastfeeding. Food consumption.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e sanitário das crianças e mães pesquisadas. Picos, 2017. n=1031	34
Tabela 2 - Prevalência de aleitamento em crianças menores de 6 meses e crianças de 6 a 23 meses. Picos, 2017. n=1031.....	35
Tabela 3 - Caracterização do consumo alimentar quanto à frequência, diversidade mínima e consistência. Picos, 2017. n=639.....	36
Tabela 4 - Associação entre tipo de parto, amamentação na 1ª hora de vida e peso ao nascer com o tipo de aleitamento em menores de 6 meses e de 6 a 23 meses. Picos, 2017. n=1031.....	37
Tabela 5 - Fatores associados ao desmame por regressão logística multivariada. Picos, 2017. n=392.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AC	Alimentação complementar
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
BLW	Baby-Led Weaning
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ENPACS	Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GPeSC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIM	Pronto Atendimento Infantil Municipal Frei Damião
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UFPI	Universidade Federal do Piauí
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Histórico das práticas alimentares infantis	16
3.2	Benefícios e tipos de aleitamento materno	17
3.3	Importância da alimentação complementar saudável.....	19
3.4	Métodos de introdução alimentar (tradicional, participativa/responsiva, BLW)	19
3.5	Políticas e programas de promoção da alimentação infantil saudável.....	21
3.6	Panorama dos índices de aleitamento materno e alimentação complementar.....	23
4	METODOLOGIA	25
5	ARTIGO COMPLETO	26
	INTRODUÇÃO	29
	METODOLOGIA	30
	RESULTADOS	34
	DISCUSSÃO	40
	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS DO ARTIGO.....	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	55
	APÊNDICE A – Marcadores de Consumo Alimentar	56
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
	APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	59
	ANEXOS	61
	ANEXO A – Parecer consubstanciado	62
	ANEXO B – Normas da Revista	65

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como enfoque o Aleitamento Materno (AM) e a Alimentação Complementar (AC) em crianças menores de dois anos de idade, considerando que essa prática é de suma importância para garantir o crescimento saudável da criança.

A alimentação saudável nos primeiros anos de vida, que inclui a prática do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até seis meses de idade e a introdução de alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade, mantendo o leite materno até dois anos de idade ou mais, resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2015a).

Nesse enfoque, a prática médica vem negligenciando a gravidez e o AM como fases para a saúde do conceito, levando à hipótese de que o leite materno pode ser substituído por produtos artificiais sem prejuízo (VICTORA et al., 2016).

Apesar disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em associação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tem empreendido um esforço mundial e estabelecido estratégias no sentido de ampliar o tempo de Aleitamento Materno. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma destas estratégias e pode ser considerada como uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importância da atuação dos estabelecimentos de saúde (hospitais e maternidades) na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Assim, implantar e seguir *Os Dez Passos* preconizados pela IHAC pode representar um diferencial no aumento do índice de AM na instituição (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Globalmente, a prevalência de AM aos 12 meses é maior na África subsaariana, sul da Ásia e partes da América Latina. Na maioria dos países de alta renda, a prevalência é inferior a 20%. Notam-se diferenças importantes, entre o Reino Unido (<1%) e nos EUA (27%), e entre a Noruega (35%) e na Suécia (16%) (VICTORA et al., 2016).

No Brasil, apesar dos avanços, a mediana de amamentação exclusiva observada para as crianças residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 1,8 mês, e a de AM foi de 11,2 meses, o que indica a introdução precoce de líquidos e alimentos (BRASIL, 2009).

Nesse enfoque, evidências apontam que durante as últimas décadas, efeitos positivos da amamentação têm aumentado. O benefício é mais notório no que diz respeito à proteção contra doenças infecciosas, sendo mais explícito nas populações de países de baixa renda que tem alta prevalência desses agravos, mas também é relevante nos países industrializados (SCHACK-NIELSEN; MICHAELSEN, 2006).

Destaca-se ainda que a amamentação não só melhora a inteligência até a idade adulta, como também tem um efeito em nível individual e social, por aumentar os níveis de escolaridade e, por conseguinte, mais habilidade (VICTORA et al., 2015).

Em contrapartida, sendo um indicador de excelência das práticas de AM como um dos condicionantes preditivos da sobrevivência e desenvolvimento das crianças nos primeiros meses de vida, a amamentação na primeira hora após o nascimento ainda constitui uma meta longe de ser alcançada (BELO et al., 2014).

Dessa forma, pode-se destacar uma revisão sistemática onde foi construído um modelo conceitual abordando os componentes de um ambiente favorável para a amamentação que inclui os determinantes que operam em múltiplos níveis e afetam as decisões e comportamentos sobre amamentação ao longo do tempo. Entretanto, as práticas de amamentação são afetadas por uma ampla gama de fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais (ROLLINS et al. 2016).

Apesar dos benefícios estabelecidos, a amamentação não é mais uma norma em muitas comunidades. Os determinantes multifatoriais da amamentação necessitam de medidas de suporte em diversos níveis, de legislações e políticas a atitudes e valores sociais, condições de trabalho e emprego para mulheres, e serviços de saúde para possibilitar que as mulheres amamentem (ROLLINS et al., 2016).

Ante o exposto, pode-se enfatizar que a alimentação complementar precoce não apresenta vantagens nutricionais e seu consumo pode levar ao aparecimento de algumas doenças, relacionando-se até mesmo com o aumento da morbimortalidade infantil, além de aumentar também as chances do desmame precoce (BRASIL, 2009; WHO, 2003).

Por outro lado, a introdução tardia pode causar retardo no crescimento e apresentar o risco de desnutrição, devido às crianças não adquirirem os valores energéticos e nutrientes necessários para o seu desenvolvimento (OPAS, 2005; WHO, 2003).

Além disso, torna-se evidente que, para a AC ser aplicada de forma correta, as mães necessitam de orientações acerca do assunto. A desinformação e as orientações prestadas de forma insatisfatória podem comprometer significativamente todo o processo de introdução da alimentação complementar à criança e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais, conforme preconizado pela OMS (OLIVEIRA; PARREIRA; SILVA, 2014).

Assim, como fatores determinantes do desmame precoce, destaca-se: referência ao choro e à fome da criança; insuficiência do leite materno; trabalho das mães fora de casa; problemas relacionados às mamas e recusa ao seio, por parte da criança, como opções para a

introdução de outros alimentos precocemente, além disso, constatou-se ainda que o choro e a fome da criança são, para as mães, determinantes para alimentação complementar antes de concluir os seis meses de AME (FROTA et al., 2009).

Em vista disso, informações sobre o uso de bicos artificiais são úteis devido a sua potencial interferência sobre as práticas de alimentação infantil e a associação entre o uso de mamadeira e incidência da doença diarreica e mortalidade infantil (BRASIL, 2009b).

Considerando esses aspectos, o profissional de saúde deve estar atento a este momento da vida, pois, a partir dos 6 meses, a criança deve iniciar a alimentação complementar saudável. Mesmo recebendo outros alimentos, o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças (BRASIL, 2015b).

Dessa forma, os profissionais de saúde devem participar da promoção da alimentação saudável das crianças desde os primeiros dias de vida. Na atenção básica, por exemplo, é importante que o enfermeiro oriente as mães sobre a importância da amamentação desde o pré-natal até o pós-parto, além de informar sobre a introdução correta da alimentação complementar durante a puericultura (ARAÚJO et al., 2013).

Estudos de base populacional com avaliação criteriosa do padrão alimentar infantil podem ser encontrados na literatura científica brasileira, porém tornam-se escassas no que tange aos fatores determinantes do AM e AC. Dessa forma, conhecer o padrão de consumo alimentar, tanto individual quanto coletivo, é essencial para orientar as ações de atenção integral à saúde e, principalmente, para promover a melhoria do perfil alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2015b).

Este estudo torna-se relevante à medida que procura apresentar os determinantes do AM e alimentação complementar em crianças menores de dois anos, bem como esclarecer os fatores associados ao desmame precoce, com o intuito de expor os achados resultantes de seus hábitos, dispondo para a gestão pública indicadores que subsidiem o planejamento de estratégias a serem desenvolvidas para estimular o AME e reduzir o desmame precoce.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar as práticas do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de dois anos.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico das crianças e mães pesquisadas;
- Identificar a prevalência e o tipo de AM na população estudada;
- Verificar a proporção de crianças em aleitamento materno continuado;
- Caracterizar o consumo alimentar das crianças pesquisadas de acordo com frequência, diversidade e consistência;
- Relacionar a amamentação na primeira hora de vida, tipo de parto e peso ao nascer com o tipo do AM;
- Descrever os fatores e os determinantes associados ao desmame precoce na população estudada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico das práticas alimentares infantis

Na alimentação infantil do passado, tal como no presente, o leite estava onipresente. O leite materno, o de uma ama, o de animais como burra, vaca, ovelha ou cabra, inalterado ou acrescido a água ou derivados de cevada, deveriam ser ofertados para o desenvolvimento de uma criança. Após o desmame, não acabava o consumo de leite. Este aparecia único, ou mais frequentemente, em parceria com outros alimentos. Depois seguiam-se as açordas, que era uma espécie de alimento feito de pão, água, alho e azeite, além das papas (BRAGA, P. D.; BRAGA I. M. R. M., 2013).

Independentemente do grau de riqueza da família, a alimentação fornecida às crianças era, com frequência, desequilibrada. Uns por falta de gêneros, outros por excesso de carne, ou por preconceitos diante de frutas e legumes. Apenas no século XX, muito particularmente no período após a Segunda Guerra Mundial, começou-se a tentar inverter estes quadros com sucesso entre os mais abastados. O aparecimento das diversas espécies de leite em pó infantil e de farinhas lácteas para a infância, em Portugal, a partir de 1923, permitiu suprir carências e criaram a imagem do bebê gordo, com bochechas de cor avermelhada como sinônimo do bebê bem nutrido e saudável. Afinal, comer bem foi durante séculos, sinônimo de comer muito (BRAGA, P. D. ; BRAGA I. M. R. M., 2013).

Sob outra perspectiva, o Aleitamento Materno (AM) é influenciado no Brasil desde o descobrimento, quando os portugueses trouxeram consigo o hábito do desmame, enquanto o AM entre os índios tupinambás era amplamente difundido, tendo seu período mínimo de 18 meses. Naquela época, a amamentação para as mulheres europeias burguesas não era considerada uma prática digna de sua classe social (SILVA, 1990).

Dessa forma, até os séculos XVI e XVII o AM das tribos Tupinambás brasileiras não havia sofrido influência europeia. Com a colonização, as portuguesas trouxeram o hábito da utilização das amas-de-leite, sendo este papel exercido pelas escravas negras (SILVA, 1997). Logo em seguida, no século XVIII, os índices de mortalidade infantil elevaram-se na Europa, fato este justificado pela entrega das crianças aos cuidados das amas-de-leite (BADINTER, 1985).

A partir disso, ainda no século XVIII, na Europa, e apenas no século XIX, no Brasil, inicia-se uma revolução na forma de visualizar o papel da mãe e sua importância. Diversas publicações da época traziam recomendações às mães para que cuidassem e

amamentassem pessoalmente seus filhos, surgindo assim a assertiva do instinto materno, do amor incondicional e espontâneo da mãe para com seu filho (BADINTER, 1985).

Nessa época, a amamentação passou a ser imposta à nutriz, com o objetivo de solucionar o problema da elevada taxa de mortalidade infantil da época. Baseada nesse contexto é criada a representação de que a lactação é um dever da nutriz – surge então o mito “mãe boa” é a que amamenta (ALMEIDA, 1999; SILVA, 1997).

Atualmente, o consumo alimentar infantil revela-se como arena de uma batalha de significados envolvendo diversos atores sociais, tendo ainda, neste caso, a particularidade de expressar o conflito inaugurado entre uma crescente autonomia infantil e o discurso hegemônico regulador das práticas e visões de mundo de nossas instituições, bem como da sociedade civil (DUTRA, 2015).

As práticas alimentares, além de serem determinantes das condições de saúde na infância, estão fortemente condicionadas ao poder aquisitivo das famílias, pois este influencia diretamente a disponibilidade, quantidade e qualidade dos alimentos consumidos (BARBOSA; CROCCIA; CARVALHO, 2005).

3.2 Benefícios e tipos de Aleitamento Materno

O leite é uma importante fonte de nutrição para o lactente, pois é composto por proteínas, gorduras e carboidratos, sendo o alimento essencial para o desenvolvimento do bebê, protege contra doenças alérgicas, desnutrição, *Diabetes Mellitus*, doenças digestivas, obesidade, cáries, entre outras (RAMOS et al., 2010).

Nesse enfoque, a amamentação previne mais mortes entre as crianças de menor nível socioeconômico, enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior (WHO, 2000).

Para o bebê, o ato da amamentação estimula pele, sentidos, um exercício físico contínuo que propicia o desenvolvimento da musculatura e ossos bucais. As crianças tendem a ser mais tranquilas, propicia uma respiração correta mantendo uma relação boa entre as estruturas duras e moles do aparelho estomatognático proporcionando uma adequada postura de língua e vedamento de lábios, enquanto que para a mãe, a amamentação tem um papel importante sob vários aspectos. Ao amamentar, é suprida a separação abrupta ocorrida pós-

parto que pode causar até depressão, o instinto maternal é satisfeito (VIEIRA et al., 2009; ANTUNES et al., 2008).

Por outro lado, a literatura especializada destaca como vantagens do AM para a saúde da mulher, a redução de estresse e mau humor, mediada pela ocitocina, a sensação de bem-estar, devido à liberação endógena de betaendorfina, a promoção da contração uterina pela ocitocina liberada com a sucção do bebê, entre outras, além de indicar que, a longo prazo, a amamentação materna reduz o risco de diversos tipos de doenças, como câncer, artrite reumatoide e osteoporose (ANTUNES et al., 2008).

Entende-se que a prática do AM não se beneficia da adoção de um modelo ideal de assistência e de adesão a padrões e normas, mas pode ser um potente fomentador de cuidados se tomada como um horizonte comum para que profissionais de saúde e mulheres possam interagir e trocar experiências e conhecimentos para a promoção e proteção da saúde de mulheres e crianças (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Certamente, o sucesso da amamentação será alcançado se as dificuldades forem diagnósticas e trabalhadas, dentro da possibilidade do binômio mãe-filho, uma vez que cada indivíduo possui suas fragilidades e limitações. Apesar disso, através do conhecimento sobre os benefícios do AM, as barreiras podem ser superadas e as estatísticas aumentadas no que tange à sua exclusividade até os seis meses de vida e a sua continuidade até dois anos ou mais, incluindo a complementação com alimentos saudáveis.

Em conformidade, para garantir uma correta caracterização de AM, existem definições específicas, a partir do seu consumo em exclusividade ou da ingestão de outros alimentos. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2007), costuma classificá-lo em:

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

3.3 Importância da Alimentação Complementar Saudável

A promoção da Alimentação Complementar (AC) saudável vem se tornando uma prioridade na agenda das políticas públicas de alimentação e saúde. No Brasil, ações nesse sentido foram iniciadas no começo dos anos 2000, sendo a mais recente a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tem por objetivo promover a prática da amamentação e da AC saudável na Atenção Básica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

A AC pode ser sistematizada através de três atributos que são: oportunidade, adequação nutricional e segurança. A oportunidade diz respeito à idade de introdução da alimentação complementar, sendo definida como precoce quando iniciada antes dos seis meses, oportuna se iniciada entre seis e sete meses e tardia quando iniciada a partir dos sete meses de idade da criança (OLIVEIRA et al., 2015).

A adequação nutricional se expressa por meio de quatro componentes: presença, na alimentação, de nutrientes específicos necessários ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil (por exemplo, ferro e vitamina A); variedade dos alimentos oferecidos; densidade energética dos alimentos e preparações e ausência de produtos ultraprocessados na alimentação. Além disso, a segurança abarca dois componentes: a inocuidade das preparações e a ausência de aditivos na alimentação (OLIVEIRA et al., 2015).

Apesar disso, estudos indicam que o consumo precoce de alimentos complementares promove consequências danosas para a saúde da criança, tanto imediato quanto a longo prazo, podendo ser um dos fatores que justifica o aparecimento das doenças crônicas na idade adulta (MONTEIRO et al., 2010).

3.4 Métodos de introdução alimentar (tradicional, participativa/responsiva, Baby-Led Weaning)

No primeiro ano de vida, as práticas alimentares são importantes na formação dos hábitos da criança, e classifica-se em duas fases: antes dos 6 meses e após os 6 meses de

idade. A partir do 6º mês deverão ser oferecidos alimentos com 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 8 meses de idade. Devem ser variados, com misturas balanceadas, contendo cereais, tubérculos, alimento de origem animal, de origem vegetal e gorduras (CABRAL et al., 2015).

Dessa forma, os métodos de introdução alimentar são escolhidos pelos pais ou responsáveis pela criança de acordo com o seu conhecimento, necessidade ou demanda de tempo para o momento da alimentação.

Método tradicional

Esse tipo de método envolve a oferta dos alimentos no dedo ou na colher, no qual inicialmente são preparados em forma de purê ou papas e gradualmente aumenta-se a textura, até chegar ao padrão em que é consumido pela família (CAMERON; TAYLOR; HEALTH, 2016).

Tradicionalmente, a introdução da AC passa por um período de alimentação triturada, até o lactente adquirir a habilidade de consumir alimentos em pedaços. Na prática, o momento de introdução de alimentos não triturados tem sido adiado, fator esse que leva a uma maior frequência de problemas na alimentação nessa idade, estando mais relacionado com as tradições culturais e a disponibilidade dos alimentos do que com razões fisiológicas ou marcos do desenvolvimento (VILARES; SEGOVIA; SERRA, 2013).

Método participativo/responsivo

No contexto de alimentação, o fato de o cuidador apresentar capacidade de resposta e comportamento ativo caracteriza uma alimentação do tipo responsiva ou sensível, definida como a reciprocidade entre a criança e o cuidador, e que reflete uma situação em que a criança sinaliza através de ações motoras, expressões faciais ou vocalizações; o cuidador reconhece os sinais e responde prontamente de uma forma que significa apoio, e a criança percebe que houve uma resposta aos sinais emitidos. Estabelece-se uma comunicação intermediada pela linguagem verbal e não verbal (BLACK; ABOUD, 2011).

Alguns dos componentes de alimentação responsiva que são eficazes e estimulam a ingestão de alimentos incluem: responder positivamente à criança com sorrisos, fazer contato visual e usar palavras de incentivo; alimentar a criança lenta e pacientemente, com

bom humor; esperar quando a criança parar de comer e observar atentamente se ela expressa sinais de saciedade; oferecer alimentos para que a criança possa se alimentar sozinha (ABOUD; SHAFIQUE; AKHTER, 2009).

Método Baby-Led Weaning

Recentemente, uma nova tendência de desmame, conhecida como Baby-Led Weaning (BLW) emergiu no Reino Unido como uma alternativa aos métodos tradicionais de AC (RAPLEY, 2006; RAPLEY; MURKETT, 2008). Esse método consiste na AC dirigida pela criança, o qual representa o momento em que a criança leva o alimento à boca com as mãos, ao invés de ser alimentado por um adulto com o auxílio de uma colher (RODRIGUEZ, 2015).

O BLW na sua forma mais estrita exige que a criança tenha completo controle sobre a sua própria alimentação desde o início do período de AC. Em teoria, é um método da alimentação infantil bem diferente quando comparado com o método tradicional de colher – alimentação pastosa (RAPLEY; MURKETT, 2008). No entanto, as questões essenciais, tais como a forma como os pais realmente podem seguir o BLW na prática e em qual proporção está associada a comportamentos relacionados à saúde na população em geral, permanecem sem resposta (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2016).

3.5 Políticas e programas de promoção da alimentação infantil saudável

Em 1981 foi lançado o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, o qual recebeu destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do *marketing* de leites artificiais (ALENCAR, 2008).

Inserida na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) encontra-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991 e adotada por mais de 20.000 hospitais em cerca de 156 países, incluindo o Brasil. Os critérios globais da IHAC compreendem a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do

Leite Materno (no caso do Brasil, a NBCAL-Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras) pelas maternidades certificadas (BRASIL, 2010a).

Entre as principais estratégias da política governamental de promoção do aleitamento materno figura a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH), a maior e mais complexa do mundo, com 271 unidades. Os seus serviços estão em franca expansão: entre 2003 e 2008 a coleta de leite aumentou 56%, o número de doadoras praticamente dobrou, chegando a 113 mil e o número de crianças beneficiadas cresceu 50%. Além de coletar, processar e distribuir leite humano, os bancos de leite prestam assistência às lactantes cujos filhos estão hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação em qualquer momento (BRASIL, 2010).

No ano de 2010, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que foi incorporada à Estratégia Rede Amamenta e Alimenta Brasil, em 2012, como forma de orientar e capacitar profissionais de saúde, visando o fortalecimento das ações voltadas ao incentivo e promoção da introdução da alimentação complementar adequada e oportuna de crianças menores de 24 meses na Rede de Atenção Básica de Saúde, e conseqüentemente, na formação de hábitos alimentares desde o início da vida do ser humano (BRASIL, 2010a).

A ENPACS tem como objetivo impulsionar a orientação da AC como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, por meio da introdução da alimentação complementar em tempo oportuno, de maneira adequada, com qualidade nutricional e sanitária, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras (PASSOS, 2010).

Para que se alcance a efetividade e a eficácia de uma política pública de alcance nacional como essa ação, integrante da Política Nacional de Alimentação e Nutrição faz-se necessário, além de todo o investimento de recursos públicos que se vêm injetando, criar condições para a efetiva aplicação da proposição da Estratégia (PASSOS, 2010).

Além disso, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2013 a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil – através da portaria nº 1.920, como mencionado anteriormente, objetiva qualificar as ações de promoção do AM e da AC saudável para crianças menores de dois anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para essas atividades como rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013).

Considera-se que o pré-natal é o momento oportuno de iniciar o preparo para a amamentação, conversando com a mulher e sua família sobre as vantagens, o manejo e o preparo das mamas. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, sugere-se que o enfermeiro ou outro profissional de saúde que assiste a mulher durante o pré-natal busque realizar frequentemente estratégias educativas que promovam a amamentação, considerando o conhecimento das mães e suas características socioculturais e clínicas que podem influenciar na sua decisão por amamentar ou não (VISINTIN et al., 2015).

Os motivos que dificultam a amamentação podem ser preveníveis, desde que exista a orientação da mulher. Portanto, os enfermeiros devem estar atentos a quaisquer fatores, implementando as devidas ações nas práticas, reforçando o período ideal em oferecer a alimentação complementar (FROTA et al., 2009).

O enfermeiro apresenta um papel fundamental no incentivo ao AM e à alimentação saudável, devido a sua ampla inserção em todos os níveis de atenção à saúde (OLIVEIRA; PARREIRA; SILVA, 2014). Sendo assim, destaca-se o profissional enfermeiro, que atua fornecendo as orientações sobre as práticas de amamentação e introdução de alimentos saudáveis devido estar em contato direto com a mulher na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Além disso, destaca-se que tanto a ENPACS quanto a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil devem ser implementadas por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas UBS.

Dentre as atividades desenvolvidas visando à mobilização social, o Brasil comemora anualmente a Semana Mundial da Amamentação, entre 01 e 07 de agosto, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 01 de outubro. As comemorações configuram-se como um importante *marketing* social capaz de aumentar os índices de aleitamento materno, além de sensibilizar novas doadoras de leite humano (CORREA; MONTEIRO, SOEIRO, 2010).

3.6 Panorama dos índices de AM e AC

Apesar dos ganhos impressionantes em vários países ao longo da última década, as taxas de aleitamento materno globais sofrem um progresso lento desde 1995. As melhorias nas taxas de Aleitamento Materno (AM) são fundamentais para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, após 2015 (UNICEF; WHO, 2013).

Nesse contexto, apenas 44% dos recém-nascidos no mundo são amamentados logo na primeira hora de vida após o nascimento. Ainda menos, crianças menores de seis meses de idade em amamentação exclusiva. Globalmente, menos de 40% das crianças menores de seis meses são alimentados somente com leite materno, sem alimentos ou líquidos adicionais incluindo a água. Revela-se que estes índices permaneceram relativamente inalterados por quase duas décadas (UNICEF; WHO, 2013).

No que se refere às estatísticas no Brasil, foi realizada a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2009, cujo objetivo foi verificar a situação da amamentação e da AC no país (BRASIL, 2009a).

Na Pesquisa observou-se que, do total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA. A prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL, 2009a).

Verificou-se maior frequência do AME no sexo feminino e na região Norte do país; observa-se uma tendência crescente da prevalência do AME com o aumento da escolaridade materna; em relação a idade materna, a maior frequência de AME foi identificada entre as mulheres entre 20 e 35 anos. Chama atenção o predomínio do AME entre as mulheres que estavam em licença-maternidade no momento da pesquisa (BRASIL, 2009a).

Considerando a AC, revelaram a introdução precoce de água, chás e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente – já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). Por outro lado, 26,8% das crianças entre 6 e 9 meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semissólidos na dieta da criança, não recebiam comida salgada (BRASIL, 2009a).

Nessa faixa etária, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9% verduras/legumes. Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, constatou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses (BRASIL, 2009a).

4 METODOLOGIA

A dissertação foi desenvolvida no formato de artigo e nele estão descritos a metodologia, os resultados e a discussão. O artigo foi submetido ao periódico *Texto & Contexto Enfermagem*, *qualis* B1 para a área de Saúde Coletiva.

5 ARTIGO COMPLETO

Determinantes do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar em crianças menores de dois anos

Determinants of breastfeeding and complementary feeding in children under two years of age

Ana Danúsia Izidório Rodrigues de Araújo

Enfermeira.

Universidade Federal do Piauí (UFPI). Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade – CCS/UFPI.

Teresina, PI, Brasil.

E-mail: anadanusia_15@hotmail.com

Luisa Helena de Oliveira Lima.

Doutora em Enfermagem.

Universidade Federal do Piauí (UFPI). Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade – CCS/UFPI.

Picos, PI, Brasil.

E-mail: luisa17lima@gmail.com

Márcia Maria Tavares Machado

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública

Universidade Federal do Ceará (UFC). Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária.

Fortaleza, CE. Brasil.

E-mail: marciamachadoufc@gmail.com

Ana Larissa Gomes Machado

Doutora em Enfermagem

Universidade Federal do Piauí (UFPI). Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Picos, PI, Brasil.

E-mail: analarissa2001@yahoo.com.br

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Doutora em Enfermagem

Universidade Federal do Piauí (UFPI). Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade –
CCS/UFPI.

Picos, PI, Brasil.

E-mail: robertavilarouca@yahoo.com.br

RESUMO: O estudo tem como objetivo analisar as práticas do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos. Trata-se de um estudo transversal, realizado na cidade de Picos (PI) entre os meses de maio de 2016 a junho de 2017, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das zonas urbana e rural e em um serviço de pronto atendimento infantil, com mães e/ou responsáveis por crianças menores de dois anos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, parecer 985.375. Os resultados revelaram que, quando analisado o aleitamento materno, verificou-se que apenas 33,9% das crianças menores de 6 meses encontram-se em aleitamento materno exclusivo, mas entre as crianças maiores de 6 meses, 60,4% continuam consumindo leite de peito. No que diz respeito a alimentação complementar, 76,4% não estava na frequência adequada, 90,1% não estava na diversidade mínima adequada e 50,9% não estava na consistência adequada. A amamentação na primeira hora de vida, o uso de chupeta, os graus de escolaridade ensino fundamental e superior e a faixa etária de 20-29 anos apresentaram relação estatisticamente significativa com o desmame ($p < 0,05$). Conclui-se que para a criança crescer saudável e assim permanecer por todos os seus ciclos de vida, é essencial que esteja em aleitamento materno exclusivo até os seis meses, iniciando a partir deste momento, a introdução de alimentos em qualidade e quantidade recomendadas.

Palavras-chave: Saúde Pública. Promoção da Saúde. Criança. Aleitamento Materno. Consumo Alimentar.

ABSTRACT: This study aims to analyze the practices of breastfeeding and complementary feeding in children under two years of age. This is a cross-sectional study carried out in the city of Picos (PI) between May 2016 and June 2017, in the Basic Health Units of the urban and rural areas and in a prompt child care service with mothers and or responsible for children under two years of age. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, opinion 985.375. The results showed that, when analyzing breastfeeding, it was verified that only 33.9% of children less than 6 months of age are exclusively breastfed, but among children over 6 months of age, 60.4% continue to consume breast milk. With regard to complementary feeding, 76.4% were not in the adequate frequency, 90.1% were not in the appropriate minimum diversity and 50.9% were not in the proper consistency. Breastfeeding in the first hour of life, pacifier use, schooling levels of primary and higher education, and the age range of 20-29 years had a statistically significant relationship with weaning ($p < 0.05$). It was concluded that the use of pacifiers and higher education as the educational level of the mother of the child determined weaning. Thus, it is evidenced that the incentive to breastfeed in the first hour of life is paramount for the increase of exclusive breastfeeding and that guidelines on the preparation of food are necessary in order to guarantee quality feeding.

Keywords: Public Health. Health Promotion. Child. Breastfeeding. Food Consumption.

INTRODUÇÃO

A alimentação saudável nos primeiros anos de vida, que inclui a prática do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até seis meses de idade e a introdução de alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade, mantendo o leite materno até dois anos de idade ou mais, resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todos os ciclos de vida¹.

Globalmente, a prevalência de Aleitamento Materno (AM) aos 12 meses é maior na África subsaariana, sul da Ásia e partes da América Latina. Na maioria dos países de alta renda, a prevalência é inferior a 20%. Notam-se diferenças importantes, entre o Reino Unido (<1%) e nos Estados Unidos (27%), e entre a Noruega (35%) e na Suécia (16%)².

No Brasil, apesar dos avanços, a mediana de amamentação exclusiva observada para as crianças residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 1,8 mês, e a de AM foi de 11,2 meses, o que indica a introdução precoce de líquidos e alimentos³.

Pesquisas apontam que a amamentação não só melhora a inteligência até a idade adulta, como também tem um efeito em nível individual e social, por aumentar os níveis de escolaridade e, por conseguinte, mais habilidade⁴.

Apesar de seus benefícios estabelecidos, a amamentação não é mais uma prática exclusiva em muitas comunidades. Os determinantes multifatoriais da amamentação necessitam de medidas de suporte em diversos níveis, de legislações e políticas a atitudes e valores sociais, condições de trabalho e emprego para mulheres, e serviços de saúde para possibilitar que elas amamentem⁵.

Em uma revisão sistemática foi construído um modelo conceitual abordando os componentes de um ambiente favorável para a amamentação, que inclui os determinantes que operam em múltiplos níveis e afetam as decisões e comportamentos sobre amamentação ao longo do tempo. Em consonância a isso, as práticas de amamentação são afetadas por uma ampla gama de fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais⁵.

Nesse contexto, considerando o crescimento da criança, por volta dos seis meses de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. Assim, além de complementar as necessidades nutricionais, a introdução de alimentos, em idade oportuna, aproxima progressivamente a criança dos hábitos alimentares da família e ou cuidador e proporciona uma adaptação do bebê a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas¹.

Além disso, torna-se evidente que, para a Alimentação Complementar ser aplicada de forma correta, as mães necessitam de orientações acerca do assunto. A desinformação e as orientações prestadas de forma insatisfatória podem comprometer significativamente todo o processo de introdução da alimentação complementar à criança e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais, conforme preconizado pela OMS⁶.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar as práticas do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado na cidade de Picos (PI) de maio de 2016 a junho de 2017, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das zonas urbana e rural e em um serviço de pronto atendimento infantil.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica do município, há um total de 36 equipes de saúde da família, sendo: 25 na zona urbana e 11 na zona rural⁷.

Além das UBS, os dados também foram coletados no pronto atendimento, por dispor de sala de vacina de porte considerável e receber grande parte do público-alvo do estudo.

A população de crianças na faixa etária de menores de dois anos, que residem no município, foi de 2.218. Para essa estimativa, utilizou-se o número de crianças da referida idade que estavam cadastradas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)⁸ até fevereiro do ano de 2016.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para estudos transversais com população finita⁹: $n = (Z\alpha^2 * P * Q * N) / (Z\alpha^2 * P * Q) + (N - 1) * E^2$. Onde: n = tamanho da amostra; Z α = coeficiente de confiança; N = tamanho da população; E = erro amostral absoluto; Q = porcentagem complementar (100-P); P = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo.

Foram considerados como parâmetros o coeficiente de confiança de 99% (2,57), o erro amostral de 3% e população de 2.218 crianças (menores de dois anos) (N=2218) residentes em Picos. A prevalência considerada foi a maior prevalência esperada para o estudo (50%), tendo em vista que a dificuldade de estudos nacionais sobre consumo alimentar (P=0,50). A partir da aplicação da fórmula encontrou-se uma amostra mínima de 1.004 participantes. Entretanto a amostra foi composta por todas as crianças menores de dois anos que compareceram ao serviço no período de maio de 2016 a junho de 2017, totalizando 1031 participantes. Destes, 392 eram menores de 6 meses e 639 de 6 a 23 meses.

Os dados foram coletados pela pesquisadora e por alunos dos cursos de Graduação em Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, integrantes da área de Saúde da Criança do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/GPESC/UFPI/CNPq. Foi utilizado um formulário estruturado adaptado do guia de marcadores de consumo alimentar, contendo questões que indagam sobre a condição sociodemográfica, consumo do leite materno e de outros alimentos complementares, dados do nascimento da criança e também dados da mãe.

É válido ressaltar que a abordagem das mães das crianças ocorreu em apenas um dos vários locais, seja na sala de espera, anterior a consulta de puericultura, seja ao tempo em que os participantes da pesquisa compareciam às salas de vacina das UBS.

A coleta de dados da zona rural foi realizada conforme agendamento da imunização das crianças dessa área, logo, os dias foram informados em cronograma pela equipe de enfermagem e coordenação do serviço.

Ao término do preenchimento do instrumento de coleta de dados, o entrevistador colou um adesivo na caderneta de vacinação da criança com o intuito de assegurar que o participante não fosse entrevistado novamente.

As variáveis independentes foram as sociodemográficas e as relacionadas ao nascimento da criança e dados da mãe.

Já as variáveis dependentes, que caracterizam o consumo alimentar, foram coletadas, considerando o consumo do alimento no dia anterior ao da coleta. Para as crianças menores de 6 meses, investigou-se consumo de leite do peito: sim ou não; consumo de outros alimentos tais como, mingau, água/chá, leite de vaca, fórmula infantil, suco de fruta, fruta, comida de sal e outros alimentos/bebidas: sim ou não.

Em caso de crianças de 6 a 23 meses, considerou-se consumo de leite do peito, consumo de fruta inteira, em pedaço ou amassada e a quantidade de vezes que foi consumida; consumo de comida de sal (de panela, papa ou sopa quantas vezes foi consumida, forma em que a comida foi oferecida, será indagado se foi em pedaços, amassada, passada na peneira, liquidificada ou só o caldo; consumo de outro leite que não é do peito: e consumo de outros alimentos como: mingau com leite, iogurte, legumes, vegetal ou fruta de cor alaranjada, verdura de folha, carne ou ovo, fígado, feijão, arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo), hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado, doces ou guloseimas.

A partir disso, para auxiliar o diagnóstico coletivo, foram utilizados indicadores construídos a partir da avaliação das variáveis descritas anteriormente. No caso da alimentação e nutrição, têm-se os indicadores do consumo alimentar, que, observados de forma regular, constituem-se ferramentas de cuidado e gestão das ações de alimentação e nutrição em diversos níveis¹⁰.

Para crianças menores de 6 meses, pôde-se verificar o aleitamento materno exclusivo, cujo indicador tem o objetivo de estimar a proporção de crianças até 5 meses e 29 dias que receberam exclusivamente leite materno no dia anterior à avaliação. Considerar todas as crianças na respectiva faixa etária com resposta “sim” à pergunta “A criança tomou leite de peito?”, desde que seja assinalado “não” para qualquer um dos outros itens da questão “Ontem a criança consumiu”. Fórmula de cálculo: crianças até 5 meses e 29 dias que receberam apenas leite materno dividido pelo total de crianças até 5 meses e 29 dias.

O critério de aleitamento materno predominante foi considerado se tiver sido respondido “sim” à questão “A criança ontem tomou leite do peito” e também à questão “Ontem a criança consumiu água/chá” e/ou “Ontem a criança consumiu suco de fruta” e “não” às demais questões.

Para se atribuir aleitamento materno misto, a questão “A criança ontem tomou leite do peito” precisaria ter como resposta “sim”, além das questões “Ontem a criança consumiu mingau” ou “Ontem a criança consumiu leite de peito” ou “Ontem a criança consumiu fórmula infantil” e “não” nas demais questões.

Em aleitamento materno complementado, as respostas precisariam ser “sim” nas questões “A criança ontem tomou leite do peito”, “Ontem a criança consumiu fruta” ou “Ontem a criança consumiu comida de sal” ou “Ontem a criança consumiu outros alimentos/bebidas” e “não” nas questões “Ontem a criança consumiu mingau”, “Ontem a criança consumiu leite de vaca” e “Ontem a criança consumiu fórmula infantil”.

E para constar a classificação de aleitamento misto, precisaria verificar apenas a resposta “não” na questão “A criança ontem tomou leite do peito”.

Dessa forma, semelhante aos indicadores para crianças menores de 6 meses, seguem aqueles referentes à investigação da alimentação das crianças de 6 a 23 meses.

Para constar aleitamento materno misto, a questão “A criança ontem tomou leite do peito” precisaria ter como resposta “sim”, além das questões “Ontem a criança consumiu outro leite que não é do peito” e “Ontem a criança consumiu mingau com leite”, além de “não” às questões “Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada” e “Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)”.

Com o intuito de verificar o aleitamento materno complementado das crianças da referida idade, as respostas precisariam ter sido “sim” nas questões “A criança ontem tomou leite do peito”, “Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada” e/ou “Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)” e “não” nas questões “Ontem a criança consumiu outro leite que não é do peito” e “Ontem a criança consumiu mingau com leite”.

Além disso, foi considerado aleitamento artificial se a resposta da questão “A criança ontem tomou leite do peito” for não e aleitamento materno continuado a partir da proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de idade que receberam leite materno no dia anterior à avaliação. Considerar toda faixa etária na resposta “sim” à questão “Ontem a criança tomou leite de peito?”, cuja fórmula de cálculo inclui crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam leite materno dividido pelo total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias.

Para a análise da frequência recomendada de alimentos, o indicador reflete a proporção de crianças de 6 a 8 meses e 29 dias que receberam alimentos na frequência recomendada para a idade no dia anterior à avaliação, considerando todas as crianças na respectiva faixa etária, de acordo com as seguintes observações: se a criança de 6 a 6 meses e 29 dias, considerar o consumo de duas frutas e uma comida de sal; e se criança de 7 a 8 meses e 29 dias, considerar o consumo de duas frutas e duas comidas de sal. A fórmula de cálculo considera crianças de 6 a 8 meses e 29 dias que receberam alimentos na frequência recomendada para a idade, dividido pelo total de crianças de 6 a 8 meses e 29 dias.

Dando continuidade a introdução de alimentos adequada, o indicador da diversidade alimentar apresenta a proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam seis grupos alimentares no dia anterior à avaliação, considerando todas as crianças na respectiva faixa etária que consumiram os seis grupos de alimentos relacionados: leite materno ou outro leite que não do peito, mingau com leite ou iogurte; frutas, legumes e verduras; vegetais ou frutas de cor alaranjada e folhas verdes escuras; carnes e ovos; feijão; e cereais e tubérculos (arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão – sem ser instantâneo). A fórmula de cálculo considera crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam seis grupos alimentares, dividido pelo total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias.

Os dados foram digitados e tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 e estatisticamente processados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0.

Além disso, foram analisados com base em frequências absolutas e percentuais e em medidas de tendência central e de dispersão. Para comparar médias utilizou-se ANOVA e

para aquelas com $p < 0,05$ foi utilizado o Teste de Tukey para comparação entre os pares. Para identificar os fatores associados ao desmame foi utilizada a regressão logística multivariada por meio do teste de Wald.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí estando de acordo os requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹¹ que por sua vez trata dos aspectos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos, obtendo aprovação conforme parecer consubstanciado de nº. 985.375.

RESULTADOS

Os resultados, a seguir, apresentam a análise das 1031 participantes, detalhando as variáveis relacionadas ao AM em crianças menores de dois anos (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil socioeconômico e sanitário das crianças e mães pesquisadas. Picos, 2017. n=1031.

Variáveis	f	%
Área		
Urbana	866	84,0
Rural	165	16,0
Idade da criança		
0 a 30 dias	108	10,5
2 meses	82	8,0
3 meses	69	6,7
4 meses	68	6,6
5 meses	65	6,3
6 a 8 meses	148	14,4
9 a 11 meses	123	11,9
12 a 17 meses	233	22,6
18 a 23 meses	135	13,1
Sexo da criança		
Feminino	515	50,0
Masculino	516	50,0
Raça/cor da criança		
Amarela	10	1,0
Branca	386	37,4
Parda	589	57,1
Negra	46	4,5
Idade da mãe		
13 a 14 anos	5	0,5
15 a 19 anos	174	16,0
20 a 24 anos	301	29,2
25 a 29 anos	237	23,0

30 a 34 anos	183	17,7
35 a 39 anos	101	9,8
40 anos ou mais	25	2,4
Não sabe/Não foi informado	5	0,5
Grau de escolaridade da mãe		
Sem escolaridade	4	0,4
Fundamental incompleto	168	16,4
Fundamental completo	83	8,1
Médio incompleto	166	16,1
Médio completo	397	38,5
Superior incompleto	75	7,3
Superior completo	134	13,0
Não sabe/Não informado	4	0,4
Trabalho da mãe		
Trabalha fora	248	24,1
Não trabalha fora	711	69,0
Está sob licença maternidade	71	6,9
Não sabe/Não informado	1	0,1

Acerca das características das crianças entrevistadas, 61,9% tinha de 6 a 23 meses, percentual de sexo semelhante, com 50% e 57,1% foram declaradas pardas.

Referindo-se aos dados da mãe, 29,2% tinham idade entre 20 e 24 anos, 38,5% das mães entrevistadas possuem ensino médio completo e 69% não trabalham fora de casa.

Através do questionamento sobre o consumo de leite materno no dia anterior à entrevista, investigou-se o tipo de Aleitamento Materno nas crianças pesquisadas, subdividindo-se em menores de seis meses e de 6 a 23 meses (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de aleitamento em crianças menores de seis meses e de 6 a 23 meses. Picos, 2017. n=1031.

Variáveis	< 6 meses		6 a 23 meses	
	F	%	f	%
Exclusivo				
Sim	133	33,9	-	-
Não	259	66,1	-	-
Predominante				
Sim	89	22,7	-	-
Não	303	77,3	-	-
Complementado				
Sim	6	1,5	98	15,3
Não	386	98,5	541	84,7
Misto				
Sim	92	23,5	15	22,7
Não	300	76,5	624	97,7
Artificial				
Sim	72	18,4	250	39,1

Não	320	81,6	389	60,9
Continuado				
Sim	-	-	386	60,4
Não	-	-	250	39,1
Não sabe/Não informado	-	-	3	0,5

Conforme apresentado na tabela 2, observa-se que, quando comparado aos demais tipos de aleitamento, a maioria das crianças menores de 6 meses (33,9%) estava em aleitamento materno exclusivo. Já entre as crianças maiores, percebeu-se que 60,4% continuam em aleitamento materno.

Acerca do consumo alimentar, a tabela 3 apresenta a frequência, diversidade mínima e a consistência dos alimentos oferecidos às crianças de 6 a 23 meses.

Tabela 3. Consumo alimentar quanto à frequência, diversidade mínima e consistência. Picos, 2017. n=639.

Variáveis	f	%
Frequência adequada		
Sim	141	22,1
Não	488	76,4
Não sabe/Não foi informado	10	1,6
Diversidade mínima		
Sim	8	1,3
Não	576	90,1
Não sabe/Não foi informado	55	8,6
Consistência adequada		
Sim	305	47,7
Não	325	50,9
Não sabe/Não foi informado	9	1,4

Notou-se que a introdução alimentar não está sendo satisfatória devido os indicadores revelarem que 76,4% das crianças não estavam recebendo alimentos na frequência adequada, 90,1% não recebiam na diversidade mínima desejada e 50,9% não consumiam na consistência recomendada.

Os dados acerca da associação entre o tipo de parto, a amamentação na primeira hora de vida, o peso ao nascer e o tipo de AM em crianças menores de seis meses estão dispostos na tabela 4.

Tabela 4. Associação entre tipo de parto, amamentação na 1ª hora de vida e peso ao nascer com o tipo de aleitamento em menores de 6 meses e de 6 a 23 meses. Picos, 2017. n=1031.

Variáveis	Exclusivo	OR	Predominante	Complementado	Misto	Artificial	Continuado	OR	p-valor
< 6 meses									
Tipo de parto ^{&f}									
Vaginal	32(29,4)		32(29,4)	3(2,8)	24(22,0)	18(16,5)	-		0,240
Cesárea	101 (35,7)		57(20,1)	3(1,1)	68(24,0)	54(19,1)	-		
Mamou na 1ª hora de vida ^{&f}		0,399 (0,207 – 0,769)							0,038*
Sim	108(37,8)		66(23,1)	5(1,7)	61(21,3)	46(16,1)	-		
Não	25(23,6)		23(21,7)	1(0,9)	31(29,2)	26(24,5)	-		
Peso ao nascer ^{¥€§}	3319,45 (521,88)		3306,85(496,56)	3416,83(374,09)	3106,67(628,07)	3181,17(462,39)	-		0,021*
6 à 23 meses									
Tipo de Parto ^{&f}									0,220 ^f
Vaginal	-		-	30(18,3)	6(3,7)	179(37,1)	62(37,8)		
Cesárea	-		-	67(14,1)	9(1,9)	68(44,7)	214(45,1)		
Mamou na 1ª hora de vida ^{&f}								1,537 (1,021 – 2,313)	0,040 ^f
Sim	-		-	75(15,5)	10(2,1)	179(37,1)	219(45,3)		
Não	-		-	23(15,1)	5(3,3)	68(44,7)	56(36,8)		
Peso ao nascer ^{¥€}	-		-	3295,81(483,57)	3267,67(332,33)	3233,09(559,64)	3287,89(553,57)		0,748 [¥]

[&]Valores em n (%); ^fTeste de Wald; [¥]Valores em média (desvio-padrão); [€]ANOVA; [§]Teste de Tukey.

O tipo de aleitamento não mostrou associação com o tipo de parto ($p=0,240$), porém esteve associado com a amamentação na primeira hora de vida ($p=0,038$) indicando que o início da amamentação na primeira hora de vida está associado à maior duração do AME. Com relação ao peso ao nascer, quando comparado por pares, observou-se diferença de média entre as crianças em AME e misto. Crianças em AME tiveram maior peso ao nascer ($p=0,021$).

Conforme apresentado na tabela 4, a associação do tipo de aleitamento materno nas crianças de 6 a 23 meses foi significativa com a amamentação na primeira hora de vida ($p=0,040$). Mamar na 1ª hora de vida aumentou em 53% a chance de estar em aleitamento materno continuado.

Quanto aos fatores que podem ou não favorecer o desmame precoce, foram analisadas as variáveis pertinentes ao nascimento da criança e à mãe (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores associados ao desmame por regressão logística multivariada. Picos, 2017. n=392.

Variável	Desmame		OR	IC (95%)		p-valor
	n	%		LI	LS	
Tipo de parto						
Normal	10	9,2	0,42	0,16	1,09	0,075
Cesárea	24	8,5	1,0			
Amamentação na primeira hora de vida						
Sim	18	6,3	0,28	0,12	0,68	0,005
Não	16	15,1	1,0			
Uso de chupeta						
Sim	27	22,3	14,80	5,64	38,86	<0,001
Não	7	2,6	1,0			
Trabalho						
Não trabalha fora de casa	19	6,9	0,37	0,10	1,39	0,141
Licença maternidade	6	9,2	0,75	0,22	2,61	0,656
Trabalha fora	9	18,0	1,0			
Grau de Escolaridade						
Ensino fundamental						
Sim	4	4,2	0,22	0,06	0,84	0,026
Não	30	10,2	1,0			
Ensino médio						
Sim	15	7,5	0,54	0,23	1,29	0,166
Não	19	10,0	1,0			
Ensino superior						
Sim	15	16,0	2,31	1,01	5,29	0,048
Não	19	6,4	1,0			
Idade da mãe						
14-19	6	7,1	0,69	0,22	2,19	0,533
20-29	14	6,8	0,15	0,04	0,60	0,007
30-39	13	13,3	0,09	0,00	3,72	0,203
40 ou mais	1	20,0	1,0			

OR – Odds Ratio (Razão de Chances); IC – Intervalo de Confiança; LI – Limite inferior; LS – Limite superior.

A análise permitiu observar que a amamentação na primeira hora de vida, o uso de chupeta, os graus de escolaridade ensino fundamental e superior e a faixa etária de 20-29 anos apresentaram relação estatisticamente significativa com o desmame ($p < 0,05$). Foram identificados como fatores de risco ao desmame precoce em crianças menores de 6 meses, o uso de chupeta e o grau de escolaridade ensino superior.

Nesse caso, a probabilidade de desmame aumenta em 14 vezes nas crianças que usam chupeta e em duas vezes nas crianças de mães com ensino superior.

Em oposição a isso, aparecem como fatores de proteção ao aleitamento materno o fato da criança ter nascido por parto normal, reduzindo em mais de 50% o desmame, em 70% por ter sido amamentada na primeira hora de vida, em mais de 60% por conta da mãe não trabalhar e em quase 70% por apresentar grau de escolaridade o ensino fundamental e em mais de 40% ensino médio, além de mais de 80% pela mãe estar na faixa etária de 20-29 anos.

DISCUSSÃO

É consensual que a amamentação exclusiva até os seis meses de vida e a continuidade do consumo de leite de peito até os dois anos, associado à alimentação complementar de qualidade, resulta no desenvolvimento saudável da criança. Destacam-se inúmeros fatores que precisam estar envolvidos no processo para que o êxito seja alcançado.

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico, foi possível verificar em um estudo¹² sobre orientações recebidas por mães no pré-natal, parto e puerpério sobre aleitamento materno, que a maior frequência de mães (72,2%) encontravam-se entre a idade de 20 e 34 anos. A média de idade das participantes foi de 23,9 anos, sendo a idade mínima de 15 e a máxima de 39 anos e tinham como escolaridade o ensino médio com aproximadamente 64,0%. Porém, considerando o trabalho fora de casa no período da gestação, foi verificado que a metade das mulheres (50,0%) possuía trabalho formal¹².

Sobre o consumo de leite materno, em um estudo de metanálise publicado recentemente, dentre as crianças menores de 6 meses em países de baixa e média renda, 36,3 milhões (63%) não recebiam amamentação exclusiva no momento da pesquisa nacional mais recente. As porcentagens correspondentes foram 53% nos países de baixa renda, 61% nos países de média-baixa renda e 63% nos países de média-alta renda. Dentre as crianças de 6-23 meses em países de baixa e média renda, 64,8 milhões (37%) não recebiam leite materno no momento da pesquisa nacional mais recente, com taxas correspondentes de 18% nos países de baixa renda, 34% nos de média-baixa renda e 55% nos de média-alta renda. Nos países de baixa e média renda, 100,1 milhões de crianças não eram amamentadas de acordo com as recomendações internacionais².

Além disso, um estudo recente revelou que a introdução precoce da alimentação complementar influenciou negativamente na duração do AME, encontrando-se bem menor que a recomendada pela OMS e Ministério de Saúde¹³.

No entanto, o Brasil é um dos casos de sucesso de melhorias nos padrões de amamentação devido ao envolvimento da sociedade e forte apoio e investimento do governo para a adoção de práticas como o monitoramento do código internacional, a adoção de licença maternidade paga e a implantação de uma rede de bancos de leite humano e de hospitais amigos da criança⁵.

Por outro lado, a partir dos 6 meses, a introdução de alimentos deve ocorrer dentro dos padrões recomendados¹⁴, confrontando com os achados desse estudo os quais revelam que 76,4% das crianças não recebiam alimentos na frequência adequada, 90,1% não recebiam a alimentação na diversidade mínima adequada e 50,9% não recebiam na consistência adequada.

Nesse enfoque, pode-se destacar os resultados da *II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno*, que investigou práticas alimentares de crianças de até 12 meses e também trouxe dados preocupantes sobre o consumo de alimentos não recomendados. No dia anterior à investigação, 8,7% das crianças de 9-12 meses consumiram café; 11,6%, refrigerante; 71,7%, biscoitos/salgadinhos³.

Diante disso, os resultados do estudo desenvolvido com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (2006/2007), permitiu verificar que a maioria das crianças brasileiras não consumiam diariamente verduras de folhas, legumes, carnes e frutas, mas que sua alimentação, restringia-se apenas a arroz com feijão¹⁵, estando também, em concordância com o estudo em questão.

Corroborando estes resultados, outro estudo revelou que quanto à oferta dos alimentos, 51,2% ofereciam quatro vezes ao dia, independentemente de estarem em AM ou não. Em relação à consistência dos alimentos, 58,1% eram oferecidos às crianças em consistência pastosa, 25,6% em líquida e 16,3% em consistência sólida⁶.

Ressalta-se que, as diretrizes no país sobre alimentação para crianças apontam para a necessidade do consumo diário de frutas, verduras de folhas, legumes, leguminosas e carnes e a necessidade de se evitar o consumo de refrigerantes, biscoitos, doces, salgadinhos e outros alimentos não recomendados nos primeiros anos de vida das crianças¹⁶.

No que diz respeito à consistência, a introdução 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. Com 8 meses, a criança que for estimulada a receber papas com consistência espessa, vai desenvolver melhor a musculatura facial e a capacidade de mastigação. Assim, ela aceitará, gradativamente, com mais facilidade a comida da família a partir dessa idade¹⁷.

Ao relacionar o tipo de parto, a amamentação na primeira hora de vida e o peso ao nascer com o tipo de aleitamento, foi possível observar que, nos menores de seis meses, o AME foi maior nas crianças que nasceram por parto cesáreo e que mamaram na primeira hora de vida. Já nas crianças de 6 a 23 meses, a maioria estava em aleitamento continuado, tendo nascido por parto cesáreo e consumido leite na primeira hora de vida. Em contraposição a isso, estudos constataram menor prevalência de AME em mulheres submetidas a partos cesáreos¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹.

Um estudo que analisou a correlação entre amamentação na primeira hora de vida e duração do aleitamento materno em 67 países, teve como resultado que entre as crianças não amamentadas na primeira hora havia maior índice de desmame na primeira semana de vida, o que foi associado com mortalidade infantil²⁰.

Desta maneira, estudos revelam que a primeira amamentação deve ocorrer imediatamente após o parto. Essa recomendação corresponde ao 4º Passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM. Esse contato auxilia na interação da mãe com bebê e conseqüentemente fortalecimento do vínculo entre eles, aumentando a duração do AM e reduzindo mortalidade neonatal²¹⁻²².

Para confirmar outro achado, estudo realizado no estado de Pernambuco, demonstrou que não houve associação estatística entre o peso de nascimento e as taxas de AM nos maiores de quatro meses. Nos bebês nascidos com peso inferior a 2500g só houve associação estatística quando analisado com as variáveis: escolaridade materna e tipo de parto²³.

Em relação ao desmame, o presente estudo destacou que o tipo de parto, grau de escolaridade, trabalho da mãe e realização de assistência de pré-natal não obtiveram associação significativa, porém amamentação na primeira hora de vida e uso de bicos artificiais estiveram estatisticamente associados.

Analisando outro critério, embora a maioria dos estudos relatar associação positiva entre maior escolaridade materna e duração do AM, este estudo especificamente, não apresentou diferença estatisticamente significativa, revelando que as mães que estudaram até o ensino médio completo amamentaram mais¹⁷⁻²⁴⁻²⁵⁻²³.

O conhecimento deficiente e a falta de informação podem fazer a jovem mãe acreditar em mitos e em crenças acerca da amamentação, tais como a de que o leite materno é fraco, não mata a sede ou é insuficiente para atender às demandas da criança²⁶.

Outro fator predisponente para o desmame é o trabalho da mãe, porém o estudo não mostrou associação. Ressalte-se que a maioria das mães não possuem emprego. Diante disso, a literatura apresenta estudos que apontam a volta ao trabalho ou ao estudo como o fator mais alegado pelas mães para o desmame precoce. Uma das causas prováveis para esta alegação pode ter sido a falta de orientação sobre a possibilidade de não interromper a amamentação pelo imperativo do trabalho²⁷⁻²⁸.

Estudo realizado no interior de São Paulo demonstrou que mães que trabalham fora e sem licença-maternidade têm três vezes mais chance desmamarem precocemente seus filhos²⁹.

A realização do pré-natal é indispensável no sentido de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança. Trata-se de um momento oportuno para a discussão de pontos importantes do cuidado infantil, incluindo o aleitamento materno e a alimentação complementar³⁰.

Para confirmar a significância da variável amamentação na primeira hora de vida com desmame, estudo desenvolvido em 2013 comprovou que a amamentação na primeira hora de vida, demonstrou associação com a amamentação exclusiva²⁰.

A literatura científica aponta que o uso de chupeta e/ou mamadeira está relacionado à introdução de alimentação complementar precoce, de forma bastante definida, podendo estimular a introdução de líquidos logo no sétimo dia de vida da criança, prejudicando assim o AME²⁹⁻³¹⁻³²⁻³³.

Sendo assim, é fundamental que medidas protetoras sejam dispensadas para o sucesso do aleitamento materno e que a alimentação complementar aconteça dentro do preconizado pelos programas de saúde, estando de acordo com o contexto social em que a díade mãe-bebê estão inseridos.

CONCLUSÃO

Através dos dados coletados, o presente estudo constatou que o consumo de leite materno, de forma exclusiva até os 6 meses, e continuado, até 2 anos ou mais têm sido insuficiente ou limitado, mesmo com os investimentos de programas de incentivo a amamentação.

Dessa forma, pode-se concluir que é fundamental o incentivo às práticas de alimentação saudável no acompanhamento de puericultura, ocasião esta que deve ser esclarecidos benefícios a respeito da duração de amamentação e a introdução de alimentos no momento oportuno. A educação em saúde deve ser voltada para essa temática sempre que o profissional de saúde observar a necessidade do público que presta assistência, com o intuito de minimizar os índices de desmame e introdução de alimentos precoce.

Muitos fatores podem favorecer o desmame precoce, tais como uso de chupeta e ensino superior como grau de escolaridade da mãe. Em virtude disso, é essencial também que as políticas de promoção à saúde da gestante e do bebê estejam voltadas para os fatores de risco, a fim de extingui-los e assim aumentar a duração da amamentação, além de buscar medidas de desestímulo a determinados alimentos nocivos à saúde.

Além disso, destaca-se ainda que nas consultas de pré-natal seja oportuno orientações fundamentadas de aleitamento materno, levando em consideração a realidade da família e abordando também as possíveis dificuldades a serem enfrentadas durante esse momento.

Portanto, nota-se que o sucesso da alimentação saudável nas crianças menores de dois anos é responsabilidade compartilhada da mãe, cuidador da criança e profissional que assiste à família, pois é através do conhecimento adequado das práticas que isto é colocado em prática.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2ª ed. Brasília, 2015a.
- 2 Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21 st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387: 475-490.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, 2009a.
- 4 Victora CG, Horta BL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015; 3: 199-205.
- 5 Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 2016; 387: 491-504.
- 6 Oliveira BB, Parreira BDM, Silva SR. Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivência e prática de mães. *REAS [Internet]* 2014; 3(1):2-13.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde 2016. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipePI.def>. Acesso em 13 jun 2016.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/downloads.asp>. Acesso em 13 jun 2016
- 9 Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras*. 2011;10(4):275-278.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. Brasília, 2015.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012.
- 12 Barbieri MC, Bercini LO, Melo KJB, Ferrani RAP, Tacla MTGM, Sant'anna FL. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e Puerpério. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015; 36 (1): 17-24.
- 13 Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24 (3): 465-474.

- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos de idade. Brasília, 2005.
- 15 Bortolini GA, Gubert MB, Santos L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(9):1759-1771.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor. Brasília, 2010.
- 17 Boccolini CS. Determinantes sociais do aleitamento materno. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública] - : Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
- 18 Faleiros FT, Trezza EM, Carandina L. Factors influencing breast-feeding decision and duration. *RevNutr*. 2006; 19: 623-630.
- 19 Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding After cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012; 95: 1113-1135.
- 20 Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89:131-36
- 21 Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica*, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.
- 22 Belo MNM, Azevedo PTAC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, Caminha MFC. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. 2014; 14 (1): 65-72.
- 23 Caminha M De F, Batista Filho, M, Serva VB, Arruda IK, Figueiroa JN, Lira PI. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010; 44: 240-248.
- 24 Brasil. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Alimentação adequada pode reduzir mortes de crianças, segundo Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/arqui_vos/2012/04/30/alimentacao-adequada-pode-reduzir-mortes-de-criancas-segundo-ministerio-da-saude. Brasília, 2012b. Acesso em: 30 ago 2016 era 28
- 25 Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006; 9: 40-46.
- 26 Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad. Saúde Coletiva*. 2015; 23 (2):132-139.
- 27 Figueiredo SF. Avaliação da iniciativa Hospital Amigo da Criança na prática do Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em uma maternidade

pública da cidade de São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009.

28 Uchimura NS, Gomes AC, Uchimura TT, Yamamoto AE, Miyazato P, Rocha SF. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. *Acta Sci.* 2001; 23 (3): 713-718.

29 Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2012; 46 (3): 537-543.

30 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. 2ª ed. Brasília, 2010b.

31 Campagnolo PDB, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo M. R. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Nutr.* 2012; 25(4): 431-439.

32 Araújo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007; 22 (2): 91-99.

33 França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(4): 607-614.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu diagnosticar o consumo alimentar de crianças até dois anos de idade residentes em um município do interior do Piauí, abordando tanto os diversos tipos de aleitamento quanto a introdução alimentar e seus fatores associados, como perfis sociodemográficos e obstétricos.

Para que a criança cresça saudável e assim permaneça por todos os seus ciclos de vida, é essencial que esta esteja em aleitamento materno exclusivo até os seis meses, iniciando a partir deste momento, a introdução de alimentos em qualidade e quantidade recomendadas.

Por outro lado, as dificuldades encontradas no ato de amamentar também devem ser esclarecidas, e conseqüentemente construído plano de cuidado para solucioná-las.

A alimentação complementar deve ser iniciada gradativamente, obedecendo os tipos de alimentos preconizados pelo Ministério da Saúde, com o intuito de garantir os nutrientes essenciais para a qualidade de vida da criança.

Foi possível perceber, durante a análise dos dados que os resultados coincidem com o conteúdo abordado pela literatura científica, divergindo em algumas variáveis, porém entende-se que a prevalência de aleitamento, principalmente exclusivo, está distante do que é esperado.

Muitos fatores podem favorecer o desmame precoce, tais como uso de chupeta e ensino superior como grau de escolaridade da mãe. Dessa forma, é essencial que as políticas de promoção à saúde da gestante e do bebê estejam voltadas para os fatores de risco, a fim de extingui-los e assim aumentar a duração da amamentação, além de buscar medidas de desestímulo a determinados alimentos nocivos à saúde.

Sendo assim, destaca-se ainda a importância das consultas de pré-natal, considerando que o enfermeiro é responsável pela condução dessa assistência na atenção básica e, portanto deve colaborar com a orientação das gestantes, no que diz respeito ao incentivo do aleitamento materno e da alimentação complementar em tempo oportuno, em parceria com os demais profissionais que atuam neste contexto.

Como limitações pode-se mencionar a cultura de realização de acompanhamento de puericultura no serviço privado, fato este que dificultou a coleta de dados, além da falta de disponibilidade das mães em responderem às questões e o tamanho da amostra do estudo.

REFERÊNCIAS

- ABOUD, F. E; SHAFIQUE, S; AKHTER S. The intervention responsive feeding increases infant self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. **Journal of Nutrition**, v. 139, n.9, p. 1738-1743, 2009.
- ALENCAR, S. M. S. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. 2008. p. 70-101.
- ALMEIDA, J. A.G. Amamentação: um híbrido natureza – cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 166p.
- ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2008.
- ARAÚJO, N. L.; LIMA, L. H. O.; OLIVEIRA, E. A. R.; CARVALHO, E. S.; DUALIBE, F. T.; FORMIGA, L. M. F.; Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, p. 1064-1072, 2013.
- ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 22, n. 2, p.91-99, 2007.
- BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. 5ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.
- BARBOSA, R. M. S.; CROCCIA, C.; CARVALHO, C. G. N.; FRANCO, V. C.; SALLES-COSTA, R.; SOARES, E. A. Consumo alimentar de crianças com base 4 na pirâmide alimentar brasileira infantil. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 5, p. 633-641, 2005.
- BELO, M. N. M.; AZEVEDO, P. T. A. C. C.; BELO, M. P. M.; SERVA, V. M. S. B. D.; BATISTA FILHO, M.; FIGUEIROA, J. N.; CAMINHA, M. F. C. Aleitamento na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 1, p.65-72, 2014.
- BLACK, M.M.; ABOUD, F.E. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. **J. Nutr.**, v. 141, p. 490–494, 2011.
- BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; VASCONCELLOS, A.G. G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.
- BOCCOLINI, C. S. Determinantes sociais do aleitamento materno. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.Tese.
- BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9):1759-1771, set, 2012.

BRAGA, P. D.; BRAGA, I. M. R. M. Do leite à açorda. Para a história da alimentação infantil (séculos XVI-XIX). In: ARAÚJO, M. M. L.; LÁZARO, A. C.; RAMOS, A.; ESTEVES, A. O tempo dos alimentos e os alimentos no tempo. Citcem, 2012. p. 149-168.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor**. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 13 jun 2016.

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. 2ª ed. Brasília, 2010c

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Alimentação adequada pode reduzir mortes de crianças, segundo Ministério da Saúde**. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/arqui_vos/2012/04/30/alimentacao-adequada-pode-reduzir-mortes-de-criancas-segundo-ministerio-da-saude. Brasília, 2012a. Acesso em: 30 ago 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria Nº 1.920**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 2ª ed. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica**. Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde 2016**. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipePI.def>. [Acesso em 13 jun 2016](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/downloads.asp>. Acesso em 13 jun 2016.

BROILO, M. C.; LOUZADA, M. L. C.; DRACHLER, M. L.; STENZEL, L. M.; VITOLO, M. R. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 485-491, 2013.

CABRAL, S. A. A. O.; ALENCAR, M. C. B.; UCHOA, S. A. O.; CABRAL, B. A. G.; SILVA, H. M. L. A alimentação infantil a partir da análise dos hábitos alimentares de crianças de 0 a 2 a partir de progenitoras da agricultura familiar. **Revista Verde**, v. 10, n. 2, p.143-148, 2015.

CAMERON, S. L.; TAYLOR, R. W.; HEALTH, A. M. Parent-led or baby led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. **BMJ Open**, v. 3, p. 1-10, 2016.

CAMINHA, M. DE F.; BATISTA FILHO, M.; SERVA, V. B.; ARRUDA, I. K.; FIGUEIROA, J. N.; LIRA, P. I. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. **Rev Saude Publica.**, v. 44, p.240-248, 2010.

CAMPAGNOLO, P. D. B.; LOUZADA, M. L. C.; SILVEIRA, E. L.; VITOLO, M. R. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev Nutr.**, v. 25, n. 4, p.431-439, 2012.

CORREA, M. A.; MONTEIRO, M. D.; SOEIRO, R. L. Promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno. Rio de Janeiro, 2010.

DUTRA, R. C. A. Consumo alimentar infantil: quando a criança é convertida em sujeito. **Revista Sociedade e Estado**, v. 30, n. 2, p. 451-469, 2015.

Department of Health. Birth to Five. COI: London, 2007.

FALEIROS, F.T.; TREZZA, E. M.; CARANDINA, L. Factors influencing breast-feeding decision and duration. **RevNutr.**, v. 19, p. 623-630, 2006.

FIGUEIREDO, S. F. Avaliação da iniciativa Hospital Amigo da Criança na prática do Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em uma maternidade pública da cidade de São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009

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

- FROTA, M. A.; COSTA, F. L.; SOARES, S. D.; SOUSA FILHO, O. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; CASIMIRO, C. F.; Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p.61-67, 2009.
- MONTEIRO, MANC; Et al. Práticas alimentares em crianças menores de um ano de idade da cidade de Maringá-Pr. Anais Eletrônico V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica CESUMAR – Centro Universitário de Maringá – Paraná.Paraná, 2010.
- OLIVEIRA, B. B.; PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivencia e prática de mães. **REAS [Internet]**, v.3, n.1, p.2-13, 2014.
- OLIVEIRA, J. M.; CASTRO, I. R. R.; SILVA, G. B.; VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 377-394, 2015.
- OLIVEIRA, D. D.; CRISTIANO, S. B.; FAERSTEIN, E.; VERLEY-JR, E. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. **J Pediatr** , v.93, n.2, p.130-135, 2017.
- PASSOS, M. C. Relatório para Oficina para formação de tutores da ENPACS. Florianópolis, 2010.
- PRIOR, E.; SANTHAKUMARAN, S.; GALE, C.; PHILIPPS, L. H.; MODI, N.; HYDE, M. J. Breastfeeding After cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **Am J Clin Nutr.**, v. 95, p.1113-1135, 2012.
- QUELUZ, M.C.; PEREIRA, M. J. B.; SANTOS, C. B.; LEITE, A. M.; RICOO, R. G. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.
- RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G.; SALDIVA, R. D. M.; PEREIRA, L. M. R.; ALBERTO, N. S. M. C. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Rev Epidemiol Serv Saúde**, v. 19, n. 2, p.115-124, 2010.
- RAPLEY, G. Baby-led weaning: a developmental approach to the introduction of complementary foods. In: *Maternal and Infant Nutrition and Nurture Controversies and Challenges* (eds V. Moran & F. Dykes), p. 156–171, 2006.
- RAPLEY, G.; MURKETT, T. *Baby-led weaning: helping your child love good food*. London, UK: Vermilion, 2008.
- ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014.
- RODRIGUEZ, S. M. **Baby-led weaning**: Alimentación complementaria dirigida por el bebé. España, 2015.

ROLLINS, N. C.; LUTTER, C. K.; BHANDARI, N.; HAJEEBHOY, N.; HORTON, S.; MARTINES, J. C.; PIWOZ, E. G.; RICHTER, L. M.; VICTORA, C. G. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, v.387, p.491-504, 2016.

SCHINCAGLIA, R. M.; OLIVEIRA, A. C.; SOUSA, L. M.; MARTINS, K. A. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p.465-474, 2015.

SHACK-NIELSEN, L.; MICHAELSEN, K. F. Breast feeding and future health. **Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care**, v. 9, p.289-296, 2006.

SILVA, A. A. M. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira [Dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 1990. 320p.

SILVA, I. A. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997. 268p.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, 2013.

UCHIMURA, N. S.; GOMES, A. C.; UCHIMURA, T. T.; YAMAMOTO, A. E.; MIYAZATO, P.; ROCHA, S.F. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. **Acta Sci.**, v. 23, n. 3, p.713-718, 2001.

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

UNITE FOR CHILDREN. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breastfeeding Advocacy Initiative**: For the best start in life. New York, 2013.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. **Public Health Nutr.**, v. 9, p. 40-46, 2006.

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

VICTORA, C. G.; HORTA, B. L.; QUEVEDO, L.; PINHEIRO, R. T.; GIGANTE, D. P.; GONÇALVES, H.; BARROS, F. C. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health**, v. 3, p. 199-205, 2015.

VIEIRA, R. W.; DIAS, R. P.; COELHO, S. C.; RIBEIRO, R. L. Do aleitamento materno à alimentação complementar: atuação do profissional nutricionista. **Saúde & Amb. Rev.**, v. 4, n.2, p.1-8, 2009.

VILARES, J. M. M.; SEGOVIA, M. J. G.; SERRA, J. D. Alimentación complementaria dirigida por el bebé (baby-led weaning). Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos em el lactante? **Acta Pediatr Esp**, v. 71, n. 4, p. 99-103, 2013.

VISITIN, A. B.; PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; LEITE, F. M. C. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. **Enferm. Foco**, v. 6, n. ¼, p.12-16, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, v. 355, p. 451-455, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington: Pan American Health, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**:conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. Washington, DC: WHO, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	Entrevistador: _____
	Data: _____
	Nº: _____

Município: _____ UF: _____ Local da vacinação: _____
 1 - Área: 1.() Urbana 2.() Rural

Data de nascimento: ____/____/____ 2 - Idade: ____ dias ____ meses
 2 - Idade: 1.() 30 dias 2.() 31 a 60 dias 3.() 61 a 90 dias 4.() 91 a 120 dias 5.() 121 a 180 dias 6.() 181 a 240 dias
 7.() 241 a 300 dias 8.() 301 a 360 dias 9.() 361 a 450 dias 10.() 451 a 510 dias 11.() 511 a 720 dias
 3 - Sexo: 1.() Feminino 2.() Masculino 4 - Raça/Cor: 1.() Amarela 2.() Branca 3.() Parda 4.() Negra 5.() Indígena

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	5 - A criança ontem tomou leite do peito? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	Ontem a criança consumiu:	
	6 - Mingau 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	7 - Água/chá 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	8 - Leite de vaca 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	9 - Fórmula infantil 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	10 - Suco de fruta 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	11 - Fruta 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	12 - Comida de sal (de panela, papa ou sopa) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	13 - Outros alimentos/bebidas 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	14 - A criança ontem tomou leite do peito? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	15 - Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	16 - Se sim, quantas vezes? 1.() 1 vez 2.() 2 vezes 3.() 3 vezes ou mais 8.() Não Sabe	
	17 - Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
18 - Se sim, quantas vezes? 1.() 1 vez 2.() 2 vezes 3.() 3 vezes ou mais 8.() Não Sabe		
19 - Se sim, essa comida foi oferecida: 1.() Em pedaços 2.() Amassada 3.() Passada na peneira 4.() Liquidificada 5.() Só o caldo 8.() Não Sabe		
Ontem a criança consumiu:		
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES	20 - Outro leite que não é do peito 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	21 - Mingau com leite 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	22 - Iogurte 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	23 - Legumes (não considerar os utilizados com temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	24 - Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	25 - Verdura de folha (alface, acelga, repolho) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	26 - Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	27 - Fígado 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	28 - Feijão 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	29 - Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	30 - Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	31 - Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	32 - Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	33 - Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bolas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	DADOS DO NASCIMENTO DA CRIANÇA	34 - Esta criança é o primeiro filho? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe
		35 - Em que município esta criança nasceu? 8.() Não Sabe
		36 - Onde a criança nasceu? 1.() Casa 2.() Casa de parto 3.() Hospital público 4.() Hospital particular 5.() Outros 8.() Não Sabe
		37 - Qual foi o tipo de parto? 1.() Vaginal/normal 2.() Fórceps 3.() Cesárea 8.() Não Sabe
		38 - A criança mamou no peito na primeira hora de vida, logo após o parto? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe
		39 - Qual foi o peso dessa criança ao nascer? _____ g 8.() Não Sabe
40 - No primeiro dia em casa, após alta da maternidade, a criança tomou: 1.() Leite materno 2.() Outro leite 3.() Água 4.() Chá 8.() Não Sabe		
41 - Usou mamadeira ou chupinha? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe		
42 - Usou chupeta? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe		
43 - A criança frequenta creche? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe		
DADOS DA MÃE	44 - Qual sua idade (anos completo)? _____ anos 8.() Não Sabe	
	45 - A Sra. sabe ler e escrever? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	46 - Qual seu grau de escolaridade? 1.() Fundamental incompleto 2.() Fundamental completo 3.() Médio incompleto 4.() Médio completo 5.() Superior incompleto 6.() Superior completo 7.() Sem escolaridade 8.() Não Sabe	
	47 - Sobre o trabalho, neste momento a Sra.? 1.() Está trabalhando fora 2.() Não está trabalhando fora 3.() Está sob licença maternidade	
	48 - Realizou consultas de pré-natal? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	
	49 - Se sim, quantas consultas? _____ consultas	
	50 - Recebeu orientações sobre amamentação durante o pré-natal? 1.() Sim 2.() Não 8.() Não Sabe	

*Adaptado de Formulário de marcadores de consumo alimentar (BRASIL, 2015)

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para mães com 18 anos de idade ou mais)

Título do projeto: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida.

Pesquisadora responsável: Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9978-8228

Pesquisadores participantes: Luisa Helena de Oliveira Lima

Telefones para contato: (89) 9925-3737

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar, com voluntário (a), em uma pesquisa. O(A) senhor(a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse para tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o(a) senhor(a) não será penalizada de forma alguma.

Meu nome é Edina Araújo Rodrigues Oliveira, sou enfermeira e professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento uma pesquisa sobre a prática de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição da UFPI.

Caso aceite, os acadêmicos irão preencher um formulário com a senhora para obter informações sobre a sua gravidez, o seu parto, a alimentação do seu filho e vai examinar seus seios. Além disso, a criança será pesada e serão medidos o comprimento, o tamanho da cabeça e a largura do peito e da barriga. Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível. O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno e a alimentação complementar em crianças menores de dois anos de idade no município de Picos.

A senhora terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A pesquisa trará riscos mínimos, tais como o seu constrangimento ao responder as perguntas, e o manuseio do seu filho. No entanto, pretendemos evitar que essas situações incomodem o mínimo possível, ocorrendo o esclarecimento de todo e qualquer procedimento.

Haverá benefício indireto para o participante, já que trata de um estudo sobre as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, buscando a promoção de uma vida adulta saudável.

Se o (a) senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, assim como o de seu filho. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Você terá todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em participar nesse

estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação e do meu filho está isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data _____
 Nome _____ e _____ Assinatura _____ do _____ sujeito _____ ou responsável: _____

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

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntaria o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação no estudo.

Picos, _____ de _____ 20____.

 Pesquisador (a) responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. Tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.

APÊNDICE C

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (menores participantes da pesquisa)

Título do projeto: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida.

Pesquisadora responsável: Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9978-8228

Pesquisadores participantes: Luisa Helena de Oliveira Lima

Telefones para contato: (89) 9925-3737

Você está sendo convidado(a) a participar, com voluntário(a), em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse para tomar a decisão. Será feita a leitura cuidadosamente do se que segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma.

Meu nome é Edina Araújo Rodrigues Oliveira, sou enfermeira e professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento uma pesquisa sobre a prática de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição da UFPI.

Caso aceite, os acadêmicos irão preencher um formulário com você para obter informações sobre a sua alimentação. Além disso, você será pesado e serão medidos o comprimento, o tamanho da cabeça e a largura do peito e da barriga. Este exame físico não trará risco para você e o desconforto será o mínimo possível. O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno e a alimentação complementar em crianças menores de dois anos de idade no município de Picos.

Você terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

A pesquisa trará riscos mínimos, tais como o seu constrangimento ao responder as perguntas, e o manuseio do seu filho. No entanto, pretendemos evitar que essas situações incomodem o mínimo possível, ocorrendo o esclarecimento de todo e qualquer procedimento.

Haverá benefício indireto para o participante, já que trata de um estudo sobre as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, buscando a promoção de uma vida adulta saudável.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Caso você concorde em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Você terá todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em participar nesse

estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação está isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data _____
 Nome _____ e Assinatura _____ do sujeito _____ ou responsável: _____

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

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada TALE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntaria o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação no estudo.

Picos, _____ de _____ 20____.

 Pesquisador (a) responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. Tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚI - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida

Pesquisador: EDINA ARAÚJO RODRIGUES OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 33473014.1.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 985.375

Data da Relatoria: 19/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, que tem como pesquisador responsável a profa. EDINA ARAÚJO RODRIGUES OLIVEIRA e como integrante da equipe de pesquisa LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA.

Na contextualização da pesquisa a pesquisadora informa acerca da importância do aleitamento materno para a criança não somente na perspectiva nutricional mas também emocional e cognitiva. A pesquisadora informa que "Tendo como objetivo investigar as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar no município de Picos – PI, nos menores de dois anos de idade. Trata-se de um estudo de natureza descritiva do tipo longitudinal, com abordagem quantitativa pois serão investigados a prática de aleitamento materno e alimentação complementar em crianças picosenses menores de dois anos de idade. Será desenvolvido nas Unidades de Saúde das Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos - PI."

Foi apresentado como hipótese de pesquisa "Consideramos como pressupostos do estudo que a prática correta do aleitamento materno e a introdução coerente da alimentação complementar proporcionará aos menores de dois anos um crescimento e desenvolvimento saudável, reduzindo

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 985.375

agravos e doenças na fase adulta.”

Na metodologia a pesquisadora informa que: "Trabalharemos com três equipes da zona urbana que possuem um número considerável de gestantes cadastradas (BRASIL, 2014). A população será composta por todas as crianças nascidas vivas no período de junho de 2014 a dezembro de 2015. Para estimativa do tamanho da população, utilizou-se o número de gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no mês de maio do corrente ano e residentes na zona urbana de Picos, totalizando 70 gestantes. A amostra será censitária, pois trabalharemos com todos os nascidos vivos. Os participantes serão selecionados de forma consecutiva, à medida que forem nascendo, e que preencherem os critérios de elegibilidade. Para participar as crianças e mães terão que atender os seguintes critérios de inclusão: - criança nascida viva, no período da coleta (junho de 2014 a dezembro de 2015); - criança cujo responsável aceite participar da pesquisa e assine o termo de consentimento livre e esclarecido. Serão considerados critérios de exclusão: - RN com muito baixo peso ao nascer inferior a 1.500g ou com idade gestacional (método Capurro) menor que 32 semanas, que impossibilite a permanência em alojamento conjunto; - óbito fetal ou neonatal precoce; - óbito materno; - destino da puérpera – unidade semiintensiva; - mãe com sorologia positiva para HIV no pré-natal registrada em prontuário." Assim, foi estabelecida para a pesquisa uma amostra de 70 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Investigar as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar no município de Picos – PI, nos menores de dois anos de idade.

Objetivo Secundário:

-Traçar o perfil socioeconômico e sanitário das crianças pesquisadas;-Analisar a prevalência de aleitamento materno (AM) e de aleitamento materno exclusivo (AMEX) na população estudada;-Levantar as para desenvolvimento do AM, AMEX e introdução da alimentação complementar na população pesquisada."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os estudo não apresentará riscos de ordem física ou psicológica para os sujeitos do estudo.

Benefícios:

Conhecimento aprofundado da prática de aleitamento materno e introdução da alimentação

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 985.375

complementar nos menores de dois anos de idade com vistas a melhorar o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, além do cuidado familiar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realizada a análise documental a partir da qual foi procedida a uma apreciação ética da pesquisa, restou evidenciada a sua pertinência e valor científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sanadas as pendências o projeto encontra-se apto para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 13 de Março de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO B – Normas da Revista

CHECK LIST DE SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Atualizado 05/10/2016

<p>1. O pagamento de submissão foi realizado? (Supplemental files not for review)</p>	<p>7. O Manuscrito: a) Contém o título somente no idioma do manuscrito? b) Redigido na ortografia oficial do idioma do primeiro autor?</p>
<p>2. Tem no máximo seis (06) autores?</p>	<p>c) Digitado com espaço de 1,5 cm? d) Configurado em papel A4 e página numeradas?</p>
<p>3. Title page (Página de identificação) e Main Document (Manuscrito Principal) estão anexados em arquivos separados e em formato WORD?</p>	<p>e) Margem superior e esquerda: 3cm. Margem inferior e direita: 2 cm? f) Letra Times New Roman, tamanho 12? g) Recuo no início de cada parágrafo? (1,25) h) Verbatins nas normas? (itálico) i) As seções são: INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO?</p>
<p>4. Número de páginas: INCLUINDO resumo e descritores EXCLUINDO as referências; a) ARTIGO ORIGINAL: Possui 15 páginas b) RELATO DE EXPERIÊNCIA: Possui 10 páginas c) REVISÃO: Possui 20 páginas (Inclui resumo + referências) d) REFLEXÃO: Possui 12 páginas</p>	<p>8. Tabelas, quadros e figuras: a) Há no máximo 05 ilustrações? b) Estão numeradas por algarismos arábicos? c) As tabelas não possuem traços internos? d) A fonte é Times New Roman, tamanho 12? e) O espaçamento entre linhas é SIMPLES? f) As imagens estão no corpo do texto e anexadas separadamente no sistema em formato JPEG ou TIFF, resolução de 300dpi, tamanho 23x16?</p>
<p>5. Resumo e descritores: a) Está somente na primeira página do MANUSCRITO? b) Tem no máximo 250 palavras? c) Está ESTRUTURADO, contendo as seguintes seções: OBJETIVO DO ESTUDO; MÉTODO; PRINCIPAIS RESULTADOS; CONCLUSÃO. d) Tem no mínimo 05 e no máximo 08 descritores? e) Os descritores estão separados por PONTO?</p>	<p>9. Citações: a) A citações está depois das pontuações e sem parêntese? b) Citações oriundas de dois ou mais autores que estão de forma sequencial na referência, utiliza-se HÍFEN: 1-5; c) Citações diretas estão entre aspas e informam a página do trecho?</p>
<p>6. Na página de identificação: a) Título do manuscrito (máx. 15 palavras)? b) Nome completo, título acadêmico mais elevado, afiliação institucional e e-mail de cada autor, cidade, estado e País? c) O nome do departamento e da instituição a qual o trabalho deve ser atribuído? d) Nome endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do AUTOR CORRESPONDENTE? e) Os agradecimentos estão na página de identificação? f) As contribuições individuais de cada autor estão nessa página? g) Está incluída nessa página informações sobre o texto de origem? h) Auxílio de fontes de fomento está nessa página?</p>	<p>10. Notas de rodapé: a) Há no máximo 03 notas de rodapé? b) Utilizar o asterisco para indicar a nota (*, **,***);</p>
	<p>11. Referências: a) Referências estão atualizadas? Máximo 05 anos? b) As referências que estejam disponíveis online em Inglês estão citadas em Inglês? c) As referências estão em Vancouver?</p>
	<p>12. Há no mínimo uma citação da REVISTA TEXTO E CONTEXTO ENFERMAGEM?</p>
	<p>13. Documentos suplementares: Está anexado em arquivo independente e classificado como Supplemental files not for review a - Declaração de transferência de direitos autorais assinada por todos os autores? - Comprovante de pagamento? - Aprovação do comitê de ética e pesquisa?</p>