

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALCIONE COSTA DA SILVA
KÉZIA SANTOS DIAS
SUÊNIA MACELLE BRAGA DE LIMA

PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DE CRIANÇAS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VIANA – MA

São Luís

2008

**ALCIONE COSTA DA SILVA
KÉZIA SANTOS DIAS
SUÊNIA MACELLE BRAGA DE LIMA**

**PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DE CRIANÇAS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VIANA – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís

2008

Silva, Alcione Costa da.

Práticas alimentares no primeiro ano de vida de crianças residentes no município de Viana/MA. Alcione Costa da Silva; Kezia Santos Dias; Suênia Macelle Braga de Lima. - São Luís, 2008.

66f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Práticas alimentares. 2. Menores de um ano. 3. Aleitamento materno exclusivo. I. Título.

CDU 613.953 (081)

ALCIONE COSTA DA SILVA
KÉZIA SANTOS DIAS
SUÊNIA MACELLE BRAGA DE LIMA

PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DE CRIANÇAS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VIANA – MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

Profa. Árina Santos Ribeiro
Mestre em Saúde e Ambiente
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

A Deus, fonte do saber.

Aos nossos pais, pelo exemplo de educação.

A toda nossa família, nosso tesouro.

AGRADECIMENTOS

A Deus o mestre de nossas vidas.

Às nossas mães, pela paciência e amor.

Aos nossos pais, o nosso maior exemplo de sabedoria.

Aos nossos irmãos, pelo companheirismo.

Ao nosso namorado, esposo, por serem amigos, compreensivos e estarem sempre ao nosso lado.

A nossa orientadora Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm pelo apoio e incentivo.

A Secretária de Saúde Maria Nadi da Costa Moraes pela atenção, compreensão e auxílio para a concretização deste estudo.

A Meire pela ajuda oferecida durante a pesquisa.

Enfim, a todos que torceram e ajudaram para a consolidação deste trabalho.

“Tudo começa ao nascer. Nosso primeiro ato depois de nascer é sugar o leite materno. Este é um ato de afeição, de vínculo. Sem este ato, nós não sobrevivemos. É fato... É a realidade”.

Dalai Lama

RESUMO

Tão importante quanto a prática correta do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é a introdução oportuna de alimentos após essa idade. No presente estudo foram avaliadas as práticas alimentares de 133 crianças menores de um ano que compareceram no período da 2ª etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra Pólio. Foi utilizado um questionário sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, elaborado pelo Ministério da Saúde seguindo as recomendações da OMS. No instrumento de coleta de dados continham os seguintes itens: consumo de leite materno, água, chá, mingau doce ou salgado, fruta em pedaço ou amassada, refrigerante, café, bolacha, biscoito, salgadinho e comida de sal (panela, papa, sopa); uso de mamadeira e chupinha, preenchimento do gráfico de peso e altura na nova Caderneta da Criança de Saúde. As questões sobre alimentação foram aplicadas aos responsáveis das crianças menores de um ano, e, quando a mãe era a acompanhante da criança, foram incluídas questões sobre sua idade, grau de escolaridade e ocupação. Tendo, por ventura, como objetivos: identificar os alimentos mais oferecidos às crianças no primeiro ano de vida, conferir se o acompanhamento do peso e crescimento da criança é realizado com periodicidade e investigar a conjuntura sócio-cultural das mães e sua influência na alimentação complementar das crianças. Das 133 crianças analisadas, foi observado que 75,9% tomaram água nas 24 horas que antecederam a pesquisa; 66,9% tomaram mingau doce ou salgado; 66,1% não comeram fruta em pedaço ou amassada e 78,2% não comeram comida de panela. Em relação aos ingredientes incluídos na alimentação da criança, 69,0% não tinham algum tipo de carne de boi, frango, peixe ou miúdo, nem feijão em caldo ou grão, respectivamente e 55,1% não tinham legumes e/ou verduras e 73,7% não comeram bolacha biscoito ou salgadinho. No que concerne ao percentual de Cadernetas de Saúde da Criança que possuem registros de peso e altura no gráfico de crescimento, pode-se observar que 60,0% não tinham o registro de peso no gráfico e 74,6% não tinham o registro de altura. Com relação ao nível sócio-cultural das mães, das 124 entrevistadas, 68,5% eram maiores de 20 anos, 56,5% possuíam o Ensino Fundamental e 84,7% não estavam trabalhando fora. O percentual das mães jovens-adultas que tinham cursado o Ensino Fundamental e, não estavam trabalhando fora, é superior a outras variáveis. No entanto, avalia-se que a alimentação não adequada das crianças estudadas pode sim estar associadas a baixa escolaridade das mães, visto que, a baixa idade não influenciou a prática desta atitude. Outro fator que podemos unir a prática da má-alimentação é a baixa renda, pois, grande parte das mães não possuía emprego que proporcionassem um salário fixo, dificultando, assim, a compra de certos alimentos que possuem altos preços e que seriam essenciais para uma nutrição correta.

Palavras-chave: Práticas alimentares. Menores de um ano. Aleitamento materno exclusivo.

ABSTRACT

So important like the correct practice of maternal feeding exclusive until the six months of age is the opportune introduction of meals after that age. In this present paper it was evaluated the feeding practices among 133 babies under one year old age who attended the 2nd phase of the National Campaign of Vaccination against Polio. It was used a questionnaire with the recommendation of the Health Ministry as to the Feeding Practice in the first year of life according the recommendations of the OMS. The data collection instrument contained the following items: maternal milk consumption, water, tea, sweet porridge or salted one, fruit, pieces or mashed, soft drink, coffee, cracker, cookies, salted food (pan, mush, soup); use of nursing bottle and pacifier infant, fulfilling the weight graphic, and height in the new Child Health Roll Book. The questions about feeding were applied to the children's responsible persons of babies less than one-year age and, too, when the mother was a child's companion, it was included question about age, schooling level and occupation. It aimed to get the following goals: identify the meals most offered to the children during their first year of life, to compare whether the child's weight and growing is performed with periodicity and to investigate the mother's socio-cultural conjuncture and its influence in the children's complementary feeding. About the 133 analyzed children, it was observed that 75.9% drank water in the 24 hours which preceded the field research; 66.9% took sweet or salted porridge; 66.1% didn't eat pan food. As to the relation of the included ingredients in the child's feeding, 69% didn't get any kind of beef, chicken, fish, nor beans in broth or grains, respectively and 55.1% didn't include vegetables or greens and 73.7% didn't eat cracker, cookies or salted little meat. As to the percentual of the Child's Health Roll Books, which possess registers of weight and height in the growing graphic it, can be observed. That 60.0% had no weight registers and height in the growing graphic and 74.6% had no height register. As to the mothers' socio-cultural level, from the 124 interviewed, 68.5% were adults from 20 years old up, 56.5% possessed the fundamental schooling (Primary) and 84.7% didn't work extra home. The percentual of young-adult mothers who had majored the Fundamental Schooling and didn't work out of home is superior to other variables however, one considers that the feeding not adequate to those studied children but it may be yes to be associated to the mother's how level of schooling, because the low age didn't influence such practice of that attitude. Another factor, which one can add to it, is the practice of bad feeding, conditioned to the low income for a great deal of mothers didn't possess a job which could proportionate a fixed salary, and so getting difficult to buy certain meals which have high prices, however considered essential to a correct nutrition.

Key words: Feeding Practices. Babies Under One Year Old Age. Exclusive Maternal Lactation.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Distribuição percentual das crianças menores de um ano de vida, que receberam leite de peito nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008 32
- Gráfico 2 – Distribuição percentual do número de vezes que as crianças menores de um ano tomaram leite de peito nas últimas 24 horas. Viana – MA, 200833
- Gráfico 3 – Distribuição percentual das crianças menores de um ano que tomaram água nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008 34
- Gráfico 4 – Distribuição percentual das crianças menores de um ano de vida que ingeriram chá nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008 35
- Gráfico 5 – Distribuição percentual das crianças menores de um ano de vida que ingeriram outro leite nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008 36
- Gráfico 6 – Distribuição percentual da quantidade de Cadernetas de Saúde das crianças menores de um ano de vida apresentadas pelas mães ou acompanhantes. Viana – MA, 2008 47
- Gráfico 7 – Distribuição percentual do peso ao nascer das crianças menores de um ano de vida encontrado nas cadernetas de saúde ou relatado pela mãe. Viana – MA, 2008 48
- Gráfico 8 – Distribuição percentual da quantidade de Cadernetas de Saúde da Criança que possuem pelo menos dois registros de peso no gráfico de crescimento. Viana – MA, 2008 49
- Gráfico 9 – Distribuição percentual da quantidade de Cadernetas de Saúde da Criança que possuem pelo menos dois registros de altura no gráfico de crescimento. Viana – MA, 2008 50

Gráfico 10 – Distribuição percentual da faixa etária das mães das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA, 2008	51
Gráfico 11 – Distribuição percentual da condição de trabalho das mães das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA, 2008	53

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Perfil das crianças menores de um ano de vida residentes no município de Viana – MA, 2008 31
- Tabela 2 – Distribuição percentual do número de vezes que as crianças menores de um ano de vida receberam outro leite nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008 37
- Tabela 3 – Distribuição percentual das variações alimentares ingeridas pelas crianças menores de um ano de vida nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008 38
- Tabela 4 – Distribuição percentual sobre a maneira como a comida foi preparada e servida para as crianças menores de um ano de vida. Viana – MA, 2008 40
- Tabela 5 – Distribuição percentual do tipo de ingredientes da comida oferecida as crianças menores de um ano de vida nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008 42
- Tabela 6 – Distribuição percentual dos líquidos que as crianças menores de um ano de vida ingeriram nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008 44
- Tabela 7 – Distribuição percentual do uso de mamadeira ou chuquinha nas últimas 24 horas pelas crianças menores de um ano de vida. Viana – MA, 2008 46
- Tabela 8 – Distribuição percentual da escolaridade das mães das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA, 2008 52

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	8
LISTA DE TABELAS	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 Aleitamento Materno	17
3.2 Importância da amamentação	20
3.3 Duração da amamentação exclusiva	22
3.4 Alimentação Complementar	23
4 METODOLOGIA	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	59
ANEXO	65

1 INTRODUÇÃO

Desde a concepção até a maturidade na idade adulta, o ser humano passa por uma série de modificações físicas e funcionais, as quais têm como base o aumento da massa e a aquisição de novas funções. As condições adequadas para o desenvolvimento humano dependem de diversos fatores, tais como alimentação, saúde, habitação, hábitos de higiene, atividades sócio-culturais. A incipiência desses fatores no decorrer da vida poderá comprometer, mutuamente, as dimensões orgânica e psíquica.

Euclides (2000, p.97) aponta que o termo *crescimento* é preferencialmente empregado para caracterizar o aumento da massa (tamanho do corpo como um todo ou de qualquer de suas partes), que por sua vez está associado à multiplicação celular (hiperplasia) e ao aumento do tamanho das células (hipertrofia). O termo *desenvolvimento* designa a aquisição de funções, sendo associado à diferenciação celular e à maturação dos diferentes sistemas e órgãos. Embora sejam processos distintos, ocorrem de forma simultânea e integrada, podendo-se dizer que são dois fenômenos em um só.

Todo ser humano nasce com um potencial genético de crescimento, que poderá ou não ser alcançado, dependendo das condições de vida em que esteja exposto. “O crescimento é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), dentre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança desde seu nascimento, que podem acelerar ou retardar esse processo” (ROMANI; LIRA, 2004, p.65).

Referente à faixa etária pueril, os cuidados com a alimentação devem ser indeléveis. Uma infância bem regrada, em termos nutricionais, certamente, é capaz de determinar a futura qualidade de vida. Constantemente, pesquisas sobre a saúde infantil apontam para os extremos, isto é, em países desenvolvidos o problema principal é a obesidade, e em países em desenvolvimento a desnutrição e o raquitismo são demasiadamente comuns. Trata-se de uma problemática global. Os estudos a respeito podem até existir, contudo as ações de combate ainda são raras. Grandes organizações, como a ONU, por exemplo, têm agido perenemente, mas seus esforços não são suficientes para fechar essa chaga há tempos em carne viva. De acordo com WHO (1998), o leite humano oferece os nutrientes de que a criança necessita para iniciar uma vida saudável e representa o alimento essencial para o lactente até o sexto mês de vida, como alimento exclusivo; a partir de então, deve ser complementado com outras fontes nutricionais até pelo menos 2 anos de idade.

Os cuidados com a criança no primeiro ano de vida são fundamentais, por ser esta fase em que ela se encontra extremamente vulnerável, tendo em vista o fenômeno do crescimento e a sua total dependência. Dentre as necessidades básicas para assegurar a sobrevivência e o crescimento e o desenvolvimento adequado, a nutrição assume papel importante (EUCLYDES, 2000, p.88).

Com efeito, um bom desenvolvimento deve começar pelo aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a amamentação juntamente com a inclusão de alimentos complementares é recomendado até os dois anos de idade. Sabe-se que a administração de outros líquidos nos primeiros quatro meses de vida da criança poderá interferir negativamente na absorção de nutrientes, induzindo à diminuição da ingesta de leite materno, a qual acarretará, na criança, menor ganho ponderal e aumento do risco de doenças e, na mãe, a diminuição da produção de leite, redução na duração do aleitamento materno, diminuição da eficácia da lactação como meio contraceptivo.

Os primeiros dois anos de vida constituem uma fase de especial importância devido à elevada taxa de crescimento somático e desenvolvimento apresentado pela criança. O crescimento somático tem sua aceleração entre 0 e 2 anos de idade e posteriormente na puberdade, e o crescimento neural também apresenta intensa velocidade nos primeiros dois anos de vida – o perímetro cefálico aumenta 50% nos primeiros seis meses e 75% até os dois anos. Neste contexto a nutrição adequada assume papel imprescindível para garantir um crescimento satisfatório” (SIGULEM; TADDEI, 2004, p.45).

A explanação de Birch (1998, p.42) nos revela que, como onívoras, as crianças têm que consumir uma variedade de alimentos para obter uma dieta adequada e manter o crescimento e a saúde. Como mamíferos todos nós começamos a vida consumindo leite, e esta dieta exclusiva de leite provê um contraste dramático à variedade de alimentos que define a dieta dos onívoros. A transição do leite para uma dieta de onívoro começa durante a segunda metade do primeiro ano de vida, quando o aleitamento exclusivo não corresponde mais a uma dieta adequada.

A introdução de alimentos complementares apropriados na dieta infantil necessitará atender as técnicas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) em Práticas Adequadas de Alimentação Infantil onde refere que nutrição infantil é o conjunto de processos dietéticos, comportamentais e fisiológicos que envolve a ingestão de alimentos adequados para suprir as necessidades nutricionais, protegendo as vias aéreas da criança contra aspiração de substâncias estranhas, e não excedendo a capacidade funcional do trato gastrintestinal e dos rins da criança. Muitas das vezes, as mães poderão oferecer o peito logo após a refeição com os alimentos complementares, pois, geralmente, a quantidade de alimento deglutida pela criança é ínfima.

A alimentação complementar, como o nome diz, é para complementar o leite materno e não para substituí-lo. A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual. Os alimentos complementares são constituídos pela maioria dos alimentos básicos que compõem a alimentação das famílias (BRASIL, 2002).

O Guia Alimentar Para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2002) recomenda que a partir do momento em que a criança começa a receber qualquer outro alimento, a absorção do ferro do leite materno reduz significativamente. Por este motivo a introdução de carnes e vísceras (fígado, rim, coração, moela de frango etc.), mesmo em pequena quantidade, é muito importante. Outros alimentos que façam parte da dieta da família podem ser oferecidos às crianças a partir de 8 meses de vida, desde que os sejam amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços.

A nutrição de uma determinada comunidade não depende somente da ascensão a um nutrimento adequado mas, principalmente, da instrução e costume de seus membros. A construção dos embasamentos em hábitos alimentares inicia-se muito precocemente, logo nos primeiros meses de vida, no início dos procedimentos alimentares.

O comportamento alimentar da criança é determinado pela interação da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais. Entretanto, a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é o produto da interação da criança com a própria mãe ou a pessoa mais ligada à sua alimentação. É importante lembrar que os lactentes ingerem os alimentos que lhes são oferecidos e do modo como são preparados (VIEIRA et al., 2004, p.26).

A criança afluente da família um vasto campo de aprendizado social. O espaço doméstico, a maneira de viver dos pais, as analogias interfamiliares possuem capacidades amplas de influência nas primazias alimentares, capaz de dissimular o equilíbrio energético da nutrição através da disponibilidade e composição dos alimentos. No entanto, a família poderá designar o aprendizado de um hábito socialmente benquisto ou inserir novas rotinas que poderão colaborar para a concepção de um arquétipo de conduta alimentar adequada ou não.

[...] embora o processo de aprendizagem possa ser semelhante nas diversas culturas, acredita-se que as preferências e estilos de controle da ingestão dos alimentos difiram enormemente devido às diferenças das práticas alimentares para crianças pequenas, que são influenciadas pela disponibilidade dos alimentos, crenças e tabus relacionados aos alimentos, e contexto social de alimentar-se (BIRCH, 1997 apud GIUGLIANI, 1995, p. 67).

De acordo com Vygostky (1984, p.67); Wallon (1971, p.59), o desenvolvimento infantil ocorre em ambientes físico-sociais já pré-estabelecidos. Nesses ambientes os adultos fazem com que as crianças participem de diferentes atividades, promovendo, assim, diferentes

ações. O poder aquisitivo bem como a progressão da escolaridade dos membros de uma família são condições relevantes para a correta alimentação da criança e seu adequado desenvolvimento, visto que a aquisição de alimentos em um lar depende da renda de seus membros.

Monteiro (1997, p.80); Freitas (1997, p.13) enfatizam que a eficiência no cuidado infantil associada às oportunidades de emprego e de salários são dependentes da escolaridade familiar, especialmente materna. Tojo et al (1995, p.25) dizem que “O grau de educação da mãe é um dos melhores indicadores do tipo e da qualidade da dieta”.

O desmame, bem como a iniciação de novos alimentos à dieta infantil, careceriam ser examinados tanto pelo ponto de vista fisiológico quanto pelo ponto de vista sociocultural. “A nutrição e as práticas alimentares são práticas sociais, não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar, pois o significado do ato de nutrir, de comer, ultrapassa o mero ato biológico” (ROTENBERG; VARGAS, 2004, p.56).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Conhecer as práticas alimentares de crianças menores de um ano de idade residentes no município de Viana – MA.

2.2 Específicos

- Verificar as características demográficas das crianças estudadas.
- Identificar os alimentos mais oferecidos as crianças no primeiro ano de vida.
- Conferir se o acompanhamento do peso e crescimento da criança é realizado com periodicidade.
- Investigar a conjuntura social das mães e sua influência na alimentação complementar das crianças.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Aleitamento Materno

A elevada velocidade de crescimento e desenvolvimento associada à intensa maturação são características dos primeiros anos de vida de uma criança. A nutrição tem um papel fundamental para assegurar a sobrevivência e o crescimento adequado da criança. “A qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos são de extrema importância para seu desenvolvimento e têm repercussões ao longo da vida” (SALDIVA et al., 2007, p.44).

Marcondes (1981, p.40) retrata que, como primeiro fenômeno da fisiologia digestiva do recém-nascido, a amamentação representa a exigência alimentar mais precoce, reclamada por impulsos cíclicos de fome, pelos sinais característicos de voracidade ou, mais agudamente, pelo choro. *A priori*, os desejos da criança são instintivos, despertados pela necessidade de reposição nutricional; *a posteriori*, tais impulsos associam-se à percepção consciente, isto é, ao contentamento demonstrado pela criança, ao prenúncio e à própria amamentação ou protesto pelo choro, quando não são percebidos. No recém-nascido, as experiências com a amamentação são incoordenadas nas primeiras 24 horas de vida, todavia, tornam-se eficientes em torno do terceiro dia e, na criança prematura, em torno do sétimo dia.

“As sensações de bem-estar e gratificação sentidas pela criança, ao ser amamentada, são fundamentais nas relações materno-infantis. De uma forma geral, permanentemente, sob outras formas, tais fenômenos manifestar-se-ão no desenrolar de toda a vida” (MARCONDES, 1981, p.38).

As práticas do aleitamento materno remontam aos primórdios da Humanidade, como afirma Benzeery (1989, p.28) e, ao longo da História, registram-se tendências distintas, segundo o contexto social vigente. A abdicação da prática natural de amamentação vem ocorrendo de forma gradual. As contingências da vida moderna, por razões complexas e variadas, entre as quais se destacam as altas taxas de urbanização e industrialização, e a crescente participação da mulher no processo de desenvolvimento, podem ser as possíveis causas de tal abandono.

Na década de 70 e no início da década de 80, vários esforços foram iniciados a favor da amamentação. Durante esse período, foi firmado o movimento mundial em favor da amamentação exclusiva, resultando essa ação social no surgimento de diversos trabalhos científicos, quando se propôs a revisão das práticas das instituições de saúde, mudança de atitudes de seus profissionais e da sociedade, incluindo-se a formulação de programas de

governo que possam resultar em Políticas Públicas dirigidas à proteção e promoção da amamentação.

Em março de 2001, a Organização Mundial de Saúde convidou consultores internacionais a realizarem uma revisão sistemática da literatura científica, buscando suporte ao que poderia ser a duração ótima do aleitamento materno exclusivo e, conseqüentemente, a idade adequada para introdução segura e apropriada de alimento complementar.

[...] o resultado dessa revisão deu origem à proposta de Estratégia Global para a alimentação infantil, reportada na 54ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em maio desse mesmo ano e posteriormente aprovada na 55ª Assembléia Mundial de Saúde. A partir daí a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar aos governos e instituições de saúde a promoção do aleitamento materno exclusivo como a única fonte de alimento para praticamente todos os lactentes até seis meses de idade (BRUNKEN et al., 2006, p. 69).

Saldiva et al (2007, p.81) ratificam o supracitado e pontuam que o aleitamento materno isoladamente é capaz de suprir as necessidades de uma criança até os seis meses, porém, após esse período, deve ser complementado com alimentos adequados para atender às necessidades nutricionais e para a prevenção de morbimortalidade infantil, incluindo-se desnutrição e sobrepeso.

No Brasil, o Programa Nacional de Aleitamento Materno foi lançado em 1981 e incluiu atividades objetivando a proteção (legislação trabalhista, controle de *marketing* de substituto do leite materno), promoção (utilização da mídia, capacitação profissional) e incentivo à amamentação (incentivo à criação de grupos de mães, produção de materiais informativos e de aconselhamento), como explicam Audi et al (1999, p.54). O referido autor e companheiros de estudos adicionam ainda que, uma década após, o impacto positivo dessas políticas foi identificado a partir de resultados de estudos de âmbito nacional que mostraram aumento de 134 dias na mediana do aleitamento materno e de 72 dias na mediana do aleitamento materno exclusivo. Na década de 90 foi realizado um estudo nas capitais dos Estados brasileiros, o qual apontou a mediana do aleitamento materno exclusivo de 23,4 dias, e do aleitamento materno de 294 dias, significando que períodos de amamentação mais prolongados não implicam, necessariamente, em maior duração do aleitamento materno exclusivo. Tal estudo confirma que, embora haja avançado muito, a duração do aleitamento materno exclusivo está distante da que é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

“O reconhecimento do aleitamento natural, como uma importante arma no combate à desnutrição e proteção da saúde infantil, levou a Organização Mundial de Saúde a

indicá-lo como uma das “pontas de lança” em prol do bem-estar da criança, principalmente nos países subdesenvolvidos” (BENZEERY et al., 1989, p.15). Dentre as diversas vantagens do leite materno, pode-se destacar a composição de nutrientes como a principal delas. A qualidade e a quantidade dos seus componentes, como proteínas, água, vitaminas e sais minerais, satisfazem necessidade do bebê. “Além disso, o bebê aproveita muito melhor o leite materno, digerindo e absorvendo mais nutrientes do que quando toma leite de vaca ou outro tipo de leite” (BRASIL, 2001, p.45).

As crenças e tabus referentes à alimentação infantil são aspectos considerados no âmbito do contexto familiar. De acordo com Ministério da Saúde “*entende-se por crença a opinião adotada com fé e convicção, e por tabu a proibição convencional imposta por tradição ou costume a certos atos, modo de se alimentar, de se vestir, etc.*” (BRASIL, 2001, p.35). Morley (1980, p.37) divide as crenças e os costumes em quatro grupos distintos: os costumes benéficos, os inócuos, os considerados nocivos e os costumes sobre os quais ainda pouco se conhece. Segundo este mesmo autor, a maioria dos costumes são benéficos ou inócuos e são poucos aqueles que são nocivos.

“Ao focar o entendimento materno sobre a alimentação infantil, tem-se o interesse de conhecer o saber popular, pois, entende-se que o indivíduo é sujeito de suas ações e que não se deve reduzir as situações por eles vividas a dados rotineiros; é necessário procurar os significados que são atribuídos a sua pessoa” (ZABOROWSKI, 1990, p.38). A amamentação bem conduzida não oferece nenhum inconveniente à mãe. Há indícios de que lhe traga, pelo contrário, certas vantagens, facilitando a involução do útero no puerpério e reduzindo a incidência do câncer de mama. O receio de que predisponha à obesidade e às cáries dentárias e torne flácidos os seios é infundado, desde que em seu transcurso se respeitem as regras higiênicas e, em particular, se observe um regime alimentar conveniente. “Aumentando prolactina circulante, a amamentação materna atrasa o retorno da ovulação, dá lugar à amenorréia *post-partum*, que se estende por um período proporcional ao em que se prolonga o aleitamento ao seio” (PERNETTA, 1982, p.142).

“É importante que o profissional de saúde valorize os costumes locais e se esforce para que se mantenham, pois é uma das formas de proporcionar a confiança a este profissional” (BRASIL, 2001, p.38). Este necessita desvendar como as crenças surgem e, se estas tiverem um aspecto nocivo, aquele deve alvitrar vicissitudes em busca da mudança.

3.2 Importância da amamentação

O aleitamento materno representa o primeiro e mais importante período no processo individual e coletivo da alimentação humana. Em consequência de múltiplas e interativas razões, incluindo sua constituição em nutrientes, adequação de seus componentes à fisiologia da digestão e metabolismo do lactente, conteúdo e especificidade do seu complexo de imunoglobulinas e outras substâncias protetoras contra agentes infecciosos e até mesmo por razões subjetivas (interação mãe-filho), “o aleitamento materno é a condição alimentar prioritária para a saúde e nutrição da criança nos primeiros meses de vida” (FILHO;MIGLIOLI, 2006, p.9). Pernetta (1982, p.100) sobrepõe que o leite materno, sem dúvida alguma, é o alimento ideal para o lactente. Sua composição química está em perfeita correspondência com as necessidades nutritivas e atende às condições particulares da digestão e do metabolismo nesse período. Demais, como passa direto do seio para a boca do lactente, sem qualquer intermediário, é fornecido em temperatura apropriada e isento de germes patogênicos, ainda em ambientes das mais precárias condições higiênicas.

O primeiro leite extraído do seio materno é chamado de colostro. Este é muito nutritivo e possui uma abundância de agentes protetores muitas vezes maiores que a do “leite maduro”, produzido posteriormente. “O colostro é suficiente e adequado para o bebê, na quantidade em que é produzido. Os fatores de proteção presentes na sua composição protegem o recém-nascido de infecções. Durante o crescimento, o leite materno vai tendo sua composição naturalmente alterada para se adaptar às necessidades da criança. Por isso, ele não é sempre igual, é específico para cada criança” (BRASIL, 2001, p.41).

Na visão de Benzeery;Accioly (1989, p.14) provavelmente nenhum outro fator isoladamente terá papel tão decisivo para a condição nutricional de crianças no 1º semestre de vida. Além de sua adequação nutricional, quer do ponto de vista quantitativo quer qualitativo, os elementos de defesa imunológica do leite materno (imunoglobulinas em especial a IgA secretória, enzimas bactericidas e bacteriostáticas, células fagocitárias, entre outros) protegem a criança contra uma gama de germes patogênicos causadores de infecções altamente debilitantes, como, por exemplo, as gastroenterites e as infecções do trato respiratório. Adicionalmente, o aleitamento representa um ato de amor, um estreitamento da relação mãe-filho que, como todo sentimento, não pode ser sequer simulado por qualquer outra prática alimentar.

A literatura universal sobre o assunto e, particularmente, o estudo clássico de Fuchs e Victoria (2002), no Brasil, evidenciando que o uso exclusivo do leite materno pode

reduzir, em mais de 20 vezes, o risco de mortalidade infantil por diarreias, IRA e outras infecções, oferecem um suporte de consensos que devem ser referenciados como fundamentais na compreensão do processo saúde/doença da criança. Isto numa visão de curto prazo, porque, na verdade, as vantagens de aleitamento materno se estendem a todo ciclo da vida humana, como observam Alves e Figueira no livro “Doenças do Adulto com Raízes na Infância”, assim ressaltam Filho;Miglioli (2006, p.9).

Falta de saneamento básico e água limpa, má alimentação, habitação inadequada e outras condições precárias de vida aumentam as chances de as crianças apresentarem diarreia e outras infecções, principalmente quando a amamentação exclusiva aos seis meses for substituída pelo leite artificial. “O declínio da prática do aleitamento materno teve, sem dúvida, maior impacto sobre a população infantil no 3º mundo. Enquanto nos países desenvolvidos esse fato não apresenta significativamente sérios riscos à saúde do lactente, nos países subdesenvolvidos teve, e ainda tem, conseqüências nefastas, na medida em que a “substituição” do leite materno se faz por “similares” artificiais, via de regra manuseados sem os devidos cuidados, erroneamente diluídos e sujeitos a contaminação, podendo, sem exagero, representar o limite entre a vida e a morte” (BENZEERY;ACCIOLY, 1989, p.13).

Além da proteção contra diversas doenças, a amamentação ao peito proporciona preciosos benefícios de caráter psicológico, visto que há uma ligação íntima entre a mãe e o lactente: “satisfaz de modo mais amplo às necessidades emocionais de ambos e oferece ao lactente a maior garantia de um equilíbrio interno numa época de importância decisiva para a formação da personalidade, como é o primeiro ano de vida” (PERNETTA, 1982, p.129). Apesar dos progressos reais e consideráveis assinalados durante esses últimos anos no domínio da alimentação infantil, são evidentes as vantagens da amamentação materna sobre todas as modalidades do alimento artificial. Ainda não perdeu a validade, e certamente jamais a perderá.

3.3 Duração da amamentação exclusiva

A amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida constitui prática indispensável para a saúde e o desenvolvimento da criança. “Além do maior risco de infecções, sabe-se que a administração de outros alimentos, além do leite materno, interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar a menor ganho ponderal” (BRUNKEN, 2006, p. 446).

Benzeery;Accioly (1989, p.21) pontuam que todos os esforços devem ser feitos no sentido de prolongar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. Os mesmo autores revelam que nos países onde a desnutrição materna é prevalente e onde a mulher desempenha papel na força produtiva, a falha do crescimento de crianças alimentadas exclusivamente ao seio sobrevém em torno dos 3 meses de idade. Considerando esses achados e as possíveis diferenças individuais, recomenda-se a observação atenta do comportamento da curva de crescimento entre os 4 e 6 meses de idade em crianças dos países subdesenvolvidos. Pode-se concluir através do supracitado que o achatamento ou declínio da curva, em ausência de sinais de infecção ou de intercorrências que possam justificá-los, pode significar insuficiência do leite materno como fonte única de nutrição do lactente. A monitorização do crescimento torna-se, pois, um indicador preciso para a introdução dos alimentos de desmame, que devem ser oferecidos o mais precocemente para prevenir a desnutrição e o mais tardiamente possível para favorecer o aleitamento natural.

“A partir de 1-2 anos a criança começa a estabelecer os seus padrões alimentares e tende a persistir sem muitas alterações durante toda a vida” (TOJO, 1995, p.30). Euclides (1997, p.98) adiciona, também, que é nessa fase que a criança tem necessidade maior de explorar e participar das relações familiares. Suas preferências e aversões alimentares vão-se consolidando e o seu apetite juntamente com sua voracidade começam a reduzir em virtude da diminuição da velocidade de crescimento. Em vista disso, a qualidade da alimentação começa a ter uma maior importância do que a quantidade que ela ingere.

Destarte, Pernetta (1982, p.103) revela que o leite materno satisfaz, no mais alto grau, a todas as condições atualmente exigidas para um alimento ser considerado bom para o lactente. Pareceria talvez supérflua a insistência neste ponto evidente e controverso da Pediatria preventiva. Contudo muitas pessoas de tal forma se deixam impressionar pelos progressos do aleitamento artificial e pela propaganda comercial dos produtos alimentares industrializados, que chegam a fazer pouco do leite humano ou a crer que a amamentação

materna (incontestavelmente um processo muito antigo) se tenha tornado um modo obsoleto de nutrir o lactente e só se conserve ainda na ordem do dia em atenção à rotina.

3.4 Alimentação Complementar

Desde a década de 1970, ocorreram muitas pesquisas e avanços científicos em relação à promoção do aleitamento materno mas, infelizmente, a alimentação complementar não tem sido muito explorada. “Afinal, tão importante quanto a prática correta do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é a introdução oportuna de alimentos após essa idade” (MONTE;GIUGLIANI, 2004, p.80). Pensando nisso, o Ministério da Saúde elaborou o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2002) e Monte & Giugliani (2004) publicaram recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. “Ambos reforçam que a alimentação complementar é fator essencial para a segurança alimentar e para o desenvolvimento das populações e seus países, cabendo aos profissionais de saúde repassar as recomendações adequadas às mães” (BUNKEN, 2006, p.445).

O desmame ocorre quando o leite materno torna-se insuficiente para atender plenamente às exigências nutritivas do lactente necessitando, então, ser complementado por outros alimentos. A utilização do termo substituição em vez de complementação constitui grave erro, na medida em que nenhum outro alimento, quer seja de confecção caseira quer preparado comercialmente, equivale nutricionalmente ao leite materno. “Até mesmo a oferta de água pode configurar o desmame, uma vez que sua administração pressupõe a utilização de artifícios (chucas, mamadeiras), que vêm interferir no reflexo de sucção ao seio e, conseqüentemente, prejudicar a lactação e a amamentação” (BENZEERY;ACCIOLY, 1989, p.20). Nos países em desenvolvimento, o desmame representa um momento de risco considerável de desnutrição infantil, já que alimentos de baixa densidade nutricional e freqüentemente contaminados assumem o lugar do leite humano. “É bastante conhecida a incidência de intercorrências infecciosas, sobretudo a chamada diarreia do desmame” (BUNKEN, 2006, p.447).

O processo do desmame é muito delicado para as crianças, sobretudo se ocorrer muito cedo, visto que os alimentos ingeridos a partir daquele momento poderão ser ou não agradáveis e irão ou não completar as necessidades nutricionais da criança principalmente se a sua introdução ocorrer de maneira brusca ou desequilibrada. “Deve-se ficar atento se o ganho de peso está adequado evitando-se o desenvolvimento da desnutrição e outras doenças”

(BRASIL, 2001, p.38). Saldiva (2007, p.54) ressalta que, do ponto de vista nutricional, a introdução precoce de alimentos pode ser desvantajosa, pois diminui a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes do leite materno, aumenta o risco de contaminação e de reações alérgicas. Por outro lado, a introdução tardia de alimentos é desfavorável, na medida em que não atende às necessidades energéticas do lactente e leva à desaceleração do crescimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes.

Durante muitos anos, os esquemas de introdução de alimentos não lácteos ou “alimentos sólidos” foram baseados na experiência com o aleitamento artificial na Europa e América do Norte. Esses esquemas foram reproduzidos nos países da América Latina, onde a oferta precoce de outros alimentos, com redução do volume de leite materno consumido pela criança, acarreta risco considerável. Hoje, a tentativa de retomada ao aleitamento materno conduz a repensarmos o modelo até então adotado, no intuito de busca-se soluções racionais que atendam aos aspectos fisiológicos da criança e a outros de natureza prática (BENZEERY;ACCIOLY, 1989, p.20). “A inferioridade do aleitamento artificial está, pois, ligada a dois fatores: (1) contaminação bacteriana do leite, ocasionada pelas manipulações sofridas desde o momento da mungidura até o do consumo e (2) diferenças entre a composição química do leite humano e a dos leites animais” (PERNETTA, 1982, p.104).

Em relação ao tempo histórico, pode-se perceber que a prática da amamentação, que se estendia variadamente por períodos longos, passou a sofrer múltiplas influências geradas pela própria civilização. Com isto, reduziu-se o seu período útil natural, até se chegar à atual prática do desmame precoce.

“O afastamento da criança do seio materno, que ainda no meio do presente século fazia-se entre seis meses e um ano, passou nestes últimos anos para três e um mês, e, com muita frequência, para 15 dias de vida pós-natal. O que esta prática trouxe de prejudicial para o desenvolvimento da criança é ressaltado a todo momento, em particular pelo estado de imunodeficiência, que obviamente, incidem negativamente nas crianças que vivem em microambientes pobres” (MARCONDES, 1981, p.31).

Bunken (2006, p.446) afirma que muitos são os benefícios da introdução em tempo oportuno da alimentação complementar que, idealmente, não deve ser iniciada antes dos 6 meses de vida, pois pode haver malefícios em se introduzir precocemente tais alimentos. A partir dos 6 meses de idade, deverão ser oferecidos alimentos inicialmente em consistência pastosa, especialmente preparados para a criança, chamados de alimentos de

transição, com aumento progressivo de sua consistência até chegar à alimentação da família, o que deve ocorrer a partir dos 8 meses de idade.

O importante é registrar que na criança avanços morfológicos e funcionais paralelos ocorrem na maturação dos processos de alimentação e digestão. Entre tantas mudanças que se encadeiam em tais processos, destacam-se: a sucção do leite e amamentação, a erupção dos dentes, a mastigação, os papéis da salivação e deglutição, a instalação de reflexos condicionados ligados aos rituais da alimentação rítmica e da exoneração fecal (MARCONDES, 1981, p. 40).

Com relação a digestão do lactente, diferentemente da estabilidade digestiva que se nota no adulto normal, a fisiologia gastrintestinal na criança envolve aspectos dinâmicos característicos. Relacionam-se eles com específicas fases de adaptação funcionais, presas a mudanças relativamente rápidas no padrão alimentar e fundamentalmente impostas pelo próprio passo rápido do crescimento.

Marcondes (1981, p.35) retrata que do nascimento até o fim do segundo ano de vida, em particular, é necessário que se percebam as mudanças básicas do comportamento alimentar-digestivo da criança. “O aparecimento dos primeiros incisivos dá-se ao final do primeiro semestre, quando também aumenta o volume de secreções digestivas. Nos primeiros meses de vida, a barreira intestinal apresenta certo grau de imaturidade sendo susceptível à passagem de macromoléculas protéicas, que poderão sensibilizar o bebê (alergia)” (BENZEERY;ACCIOLY, 1989, p.25). As transições de uma fase para outra, por vezes, fazem-se por nuances que podem escapar aos menos atentos. Entretanto, elas não deixam de ser críticas. A não percepção de que algo está mudando, pode permitir que interferências nessa evolução natural criem distorções que se podem fixar como condicionamentos anômalos. Marcondes (1981, p.35) revela ainda que a deglutição despertada pela introdução da colher na boca da criança, para ministrar alimentos sólidos, só é aconselhável ao tempo em que o sentar e o controle da cabeça e pescoço permitam livre aceitação ou rejeição. Em torno do nono mês a maturação neurofisiológica da orofaringe permite já perfeita discriminação sensitiva e ao fim do 11º mês a criança está apta a se alimentar por si mesma e indicar preferências definidas.

Apesar da possibilidade de tolerar uma gama variada de alimentos, Benzeery & Accioly (1989, p.25) apontam que deve haver sempre alguma razão fisiológica para introdução de qualquer alimento que venha complementar o leite humano. A oferta de alimentos potencialmente alergênicos, como, por exemplo, o leite de vaca, em idade muito

precoce (sobretudo nos 3 primeiros meses de vida), aumenta, portanto, o risco de sensibilização. Esses eventos apontam para um maior preparo para recepção de outro alimento, que não o da espécie, por volta do final do primeiro semestre de vida.

Do ponto de vista de Mc Laren (1976), o uso do leite animal, a invasão das farinhas de cereais e a própria organização social das comunidades atuais fazem com que os alimentos sólidos entrem precocemente na vida da criança e os cereais, em torno de dois meses e meio. A introdução precoce de alimentos sólidos, além de determinar distorções digestivas, interfere no desenvolvimento dos reflexos sequenciais orofaringo-esofágicos (MARCONDES, 1981, p.32).

4 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, com variáveis quantitativas que visam conhecer as práticas alimentares em crianças menores de um ano de idade residentes no município de Viana – MA.

- **Local de estudo**

O presente estudo foi realizado no Centro de Saúde José Bonifácio Pacífico Serra, localizado na cidade de Viana, município brasileiro do Estado do Maranhão, situada na mesorregião Norte Maranhense e microrregião da Baixada Maranhense. Em 2007 o IBGE estimou a sua população em 45.925 habitantes.

Os municípios que fazem divisa com Viana são Matinha, Penalva, Cajari, Vitória, Arari e São João Batista. Em torno da cidade, encontra-se o lago Viana, considerado o mais belo do Estado do Maranhão. Suas águas parecem espelho de cristal líquido e a paisagem é salpicada de ilhas. A saúde da população é assistida pelo Hospital Municipal Dom Hélio Campos, Hospital Regional José Murad, o mais recente inaugurado Hospital da Criança e demais centros de saúde. As atividades exercidas pelas famílias como meio de subsistência são a agricultura e pesca. As praças, as igrejas e o cais são locais de lazer utilizados pelos moradores de Viana.

- **População**

A população do inquérito constou de 137 crianças menores de um ano de vida que compareceram, juntamente com seus acompanhantes, ao Centro de Saúde José Bonifácio Pacífico Serra no período da 2ª etapa da Campanha de Vacinação contra Pólio que iniciou no dia 9 de agosto de 2008.

- **Instrumento para coleta de dados**

Foi utilizado um questionário sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, elaborado pelo Ministério da Saúde seguindo as recomendações da OMS, o qual poupou questões abertas a fim de facilitar-lhe o preenchimento e evitar que a realização das entrevistas prejudique o andamento da campanha de vacinação. O consumo de leite materno, água, chá, mingau doce ou salgado, fruta em pedaço ou amassada, refrigerante, café; bolacha, biscoito, salgadinho e comida de sal (panela, papa, sopa) foi avaliado. Quando referido à ingestão de sopa ou comida de panela, o questionário explorava o número de vezes: se a comida foi preparada somente para ela, igual à da família ou industrializada; a inclusão de carne (boi, frango, peixe ou miúdos); feijão (em caldo ou grão) e legumes e/ou verduras. O uso de mamadeira e chuquinha, o preenchimento do gráfico de peso e altura na nova Caderneta da Criança elaborada pelo Ministério da Saúde e a frequência nas consultas de rotina também foram averiguados. As questões sobre alimentação foram aplicadas aos responsáveis das crianças menores de um ano e, quando a mãe era a acompanhante da criança, foram incluídas questões sobre sua idade, grau de escolaridade, ocupação e paridade.

- **Etapas para coleta de dados**

Para a concretização da pesquisa, foi determinada uma amostra partindo de dados do API. Estes dados revelaram a quantidade de crianças a serem vacinadas no período da 2ª etapa da Campanha de Vacinação Contra Pólio. Em seguida, o coordenador da pesquisa foi escolhido pela Secretária Municipal de Viana e treinado pelas alunas participantes deste estudo. Sua atuação incluiu a capacitação dos entrevistadores, coleta e digitação dos dados.

Esse coordenador definiu e recrutou uma equipe de entrevistadores integrada por Agentes Comunitários de Saúde, funcionários da instituição de saúde e colaboradores, por exemplo, alunos da escola técnica de enfermagem local. Os entrevistadores foram treinados e habilitados quanto à aplicação das questões do instrumento de pesquisa, abordagem dos acompanhantes das crianças menores de um ano, aplicação do questionário e entrega do instrumento ao coordenador de pesquisa na data prevista.

O instrumento para coleta de dados foi entregue às mães ou acompanhantes das crianças menores de um ano no período da 2ª etapa de vacina que iniciou dia 9 de agosto de 2008.

- **Análise dos dados**

Inicialmente, os dados de todos os questionários respondidos foram analisados. Das 137 crianças que compareceram no período da 2ª etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra Pólio acompanhadas de suas mães ou outros responsáveis, duas mães recusaram participar da entrevista. Dos questionários respondidos, um não apresentava data de nascimento da criança e, em um questionário, a criança já havia completado um ano de vida. Com a exclusão dos questionários que apresentaram as características anteriormente citadas, resultaram 133 para análise dos dados. Após este procedimento, foi criado um banco de dados no Excel 2007.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi encaminhada à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolverá seres humanos. Será realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para obtenção de tais resultados, foram entrevistadas, no período da 2ª etapa de vacinação contra Pólio, 133 mães ou acompanhantes de crianças menores de um ano de vida que estiveram presentes no Centro de Saúde José Bonifácio Pacífico Serra. No decorrer do texto serão analisados quais os alimentos mais oferecidos as crianças no primeiro ano de vida, se o acompanhamento do peso e crescimento da criança é realizado com periodicidade e se a conjuntura sócio-cultural das mães influencia na alimentação complementar das crianças.

Tabela 1 – Perfil das crianças menores de um ano de vida residentes no município de Viana – MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
Sexo		
Feminino	68	51,1
Masculino	65	48,9
Faixa etária		
De 0 a 6 meses	88	66,2
De 7 a 11 meses	45	33,8
TOTAL	133	100,0

Pode-se observar na Tabela 1 que das 133 crianças menores de um ano de vida 51,1% eram do sexo feminino e 48,9% eram do sexo masculino. De acordo com tal casuística, é necessário ressaltar que não foram encontradas referências que afirmassem ou discordassem da relação do sexo com as práticas alimentares das crianças menores de um ano de vida.

Em relação a idade, ressalta-se que 66,2% das crianças tinham de 0 a 6 meses de vida, seguidos por 33,8% com idade entre 7 a 11 meses. De acordo com BRASIL (2003, p. 135) a criança deve ser alimentada exclusivamente do leite materno por um período de seis meses. É recomendado que, após esse período, a criança receba alimentos complementares, estendendo a amamentação por pelo menos dois anos. Sabe-se, portanto, que a introdução tardia de alimentos não-lácteos provoca retardo no crescimento e deficiências nutricionais.

Neste estudo pode-se perceber que a maioria das crianças envolvidas na pesquisa encontra-se na faixa etária de 0 a 6 meses. O Ministério da Saúde (2002), além de recomendar o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, adverte, também, que, durante a introdução de alimentos a partir desta idade, profissionais de Saúde deverão orientar os pais sobre a melhor dieta capaz de suprir as necessidades nutricionais da criança.

Quanto ao percentual de crianças que tomaram leite de peito, o Gráfico 1 mostra que 86,5% tomaram leite de peito nas 24 horas antecedentes à pesquisa e 13,5% não ingeriram.

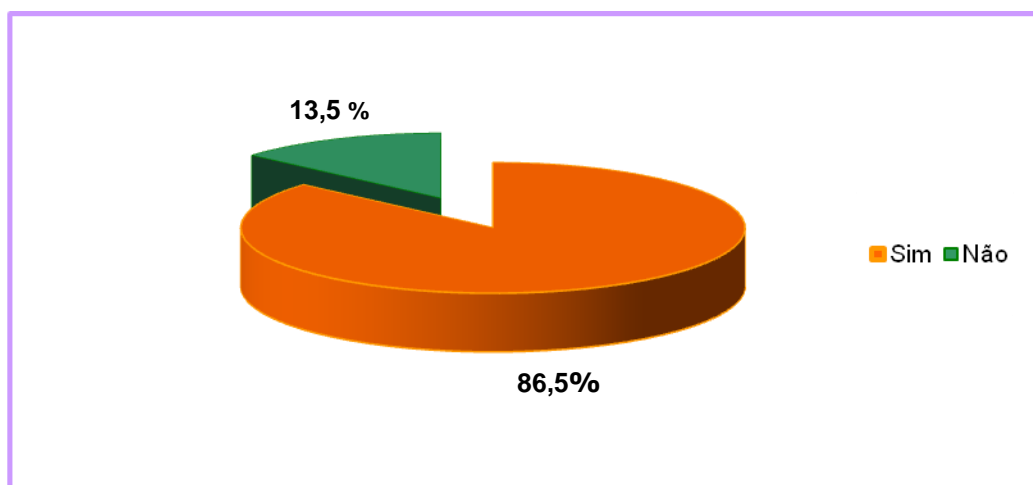


Gráfico 1 – Distribuição percentual das crianças menores de um ano de vida, que receberam leite de peito nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

“O aleitamento materno é, atualmente, considerado peça fundamental para a saúde materna e perinatal e, portanto, faz parte das estratégias de todos os programas, relacionados com estes objetivos, além de representar ainda um elemento importante em todo processo de humanização do nascimento” (BRASIL, 2003, p.142-143). O gráfico revela que a maioria das crianças menores de um ano, inclusas neste estudo, ainda recebem leite de peito.

Através do Gráfico 2, pode-se observar que das 115 crianças que tomaram leite de peito, 65,2% ingeriram mais de 8 vezes o leite nas 24 horas antecedentes à pesquisa, de tal modo, as crianças cuja ingestão foi menor de 8 vezes e as mães que não sabiam responder a tal quesito resultaram em 17,4%, respectivamente.

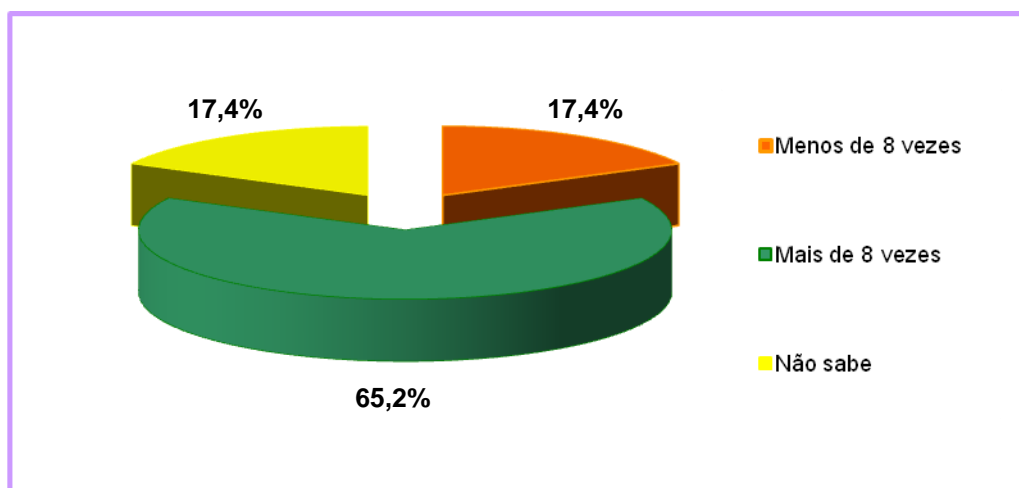


Gráfico 2 – Distribuição percentual do número de vezes que as crianças menores de um ano tomaram leite de peito nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

Brasil (2003, p. 142) ressalta que a duração de cada mamada é variável. Geralmente, a criança se satisfaz mamando de 10 a 15 minutos em cada peito, podendo estender-se. Porém, deve-se deixar a criança mamar enquanto ela estiver sugando. Para terminar a mamada, o ideal é que a criança solte o peito espontaneamente. No entanto, Netto (2005, p. 771) acrescenta que a mulher deve amamentar de 8 a 12 vezes, ou mais, em 24 horas. O recém-nascido habitualmente adormece ou se libera do peito espontaneamente, quando saciado, não sendo necessário especificar o tempo de cada mamada.

Considerando que a maioria das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA ingerem leite de peito mais de 8 vezes em um período de 24 horas, pode-se ressaltar que as mães dos menores inclusos neste estudo oferecem o leite materno conforme a recomendação dos autores supracitados.

De acordo com o Gráfico 3, das 133 crianças menores de um ano, 75,9% ingeriram água nas 24 horas que antecedem à pesquisa e 23,3% não a tomaram. Posteriormente, pode-se observar que 0,8% das mães ou acompanhantes não souberam informar tal questionamento.

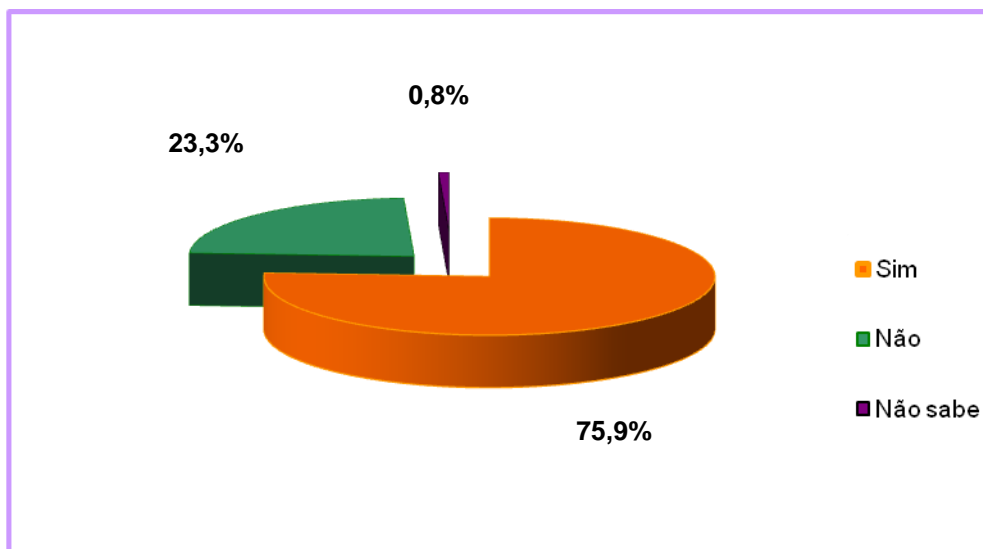


Gráfico 3 – Distribuição percentual das crianças menores de um ano que tomaram água nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

Visto que a maioria das crianças desta pesquisa encontra-se na faixa etária entre 0 a 6 meses, pode-se concluir que o oferecimento de água antes dos 6 meses de vida ocorre com frequência na população em estudo e que a recomendação referida pelo Ministério da Saúde no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2002) que diz: “dar somente leite materno até os seis meses sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”, não está sendo cumprida.

Desde a década de 80, quando começaram a ser publicados os primeiros estudos que mostravam as vantagens da amamentação exclusiva ficou evidente que a introdução de água, chá ou outros líquidos ou alimentos pode aumentar consideravelmente o risco de doenças, ter impacto negativo sobre o crescimento dos lactentes, reduzir a duração total da amamentação podendo também reduzir a duração de amenorréia pós-parto (GIUGLIANI, 2001 apud NETO, 2006, p. 27).

Quanto a ingestão de chá, o Gráfico 4 revela que 75,2% das 133 crianças não tomaram tal bebida nas 24 horas antecedentes à pesquisa, 24,0% ingeriram e em 0,8% as mães ou acompanhantes não souberam responder.

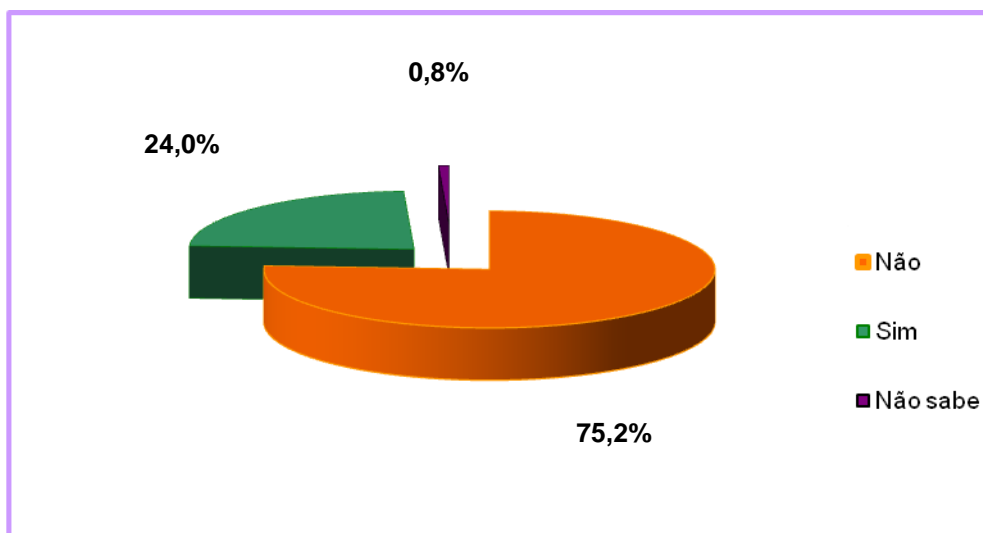


Gráfico 4 - Distribuição percentual das crianças menores de um ano de vida que ingeriram chá nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

Neto (2006, p. 30) revela que a frequência de diarreia pode dobrar quando água e chás são oferecidos em adição ao leite materno para crianças com menos de seis meses de idade, comparadas a crianças em amamentação exclusiva e que a amamentação diminui a incidência e a gravidade de diarreias, de infecções do trato respiratório inferior, de otite média, de infecções por *Haemophilus influenzae* e de meningite bacteriana.

Neste gráfico pode-se observar que a introdução de chá é ínfima quando relacionada à introdução de água, visto que a maioria das crianças relatadas no tópico acima não ingeriram chá nas 24 horas antecedentes à pesquisa. Contudo, infere-se que a ocorrência da introdução de chá em crianças menores de seis meses de idade também é frequente, isto resulta no aumento de crianças com diversas patologias que poderiam ser evitadas com a amamentação exclusiva.

Segundo o Gráfico 5 a ser explanado, 60,9% das 133 crianças menores de um ano de vida não tomaram nenhum outro tipo de leite; por conseguinte, pode-se perceber que 39,1% das crianças receberam outro leite nas 24 horas que antecederam à pesquisa.

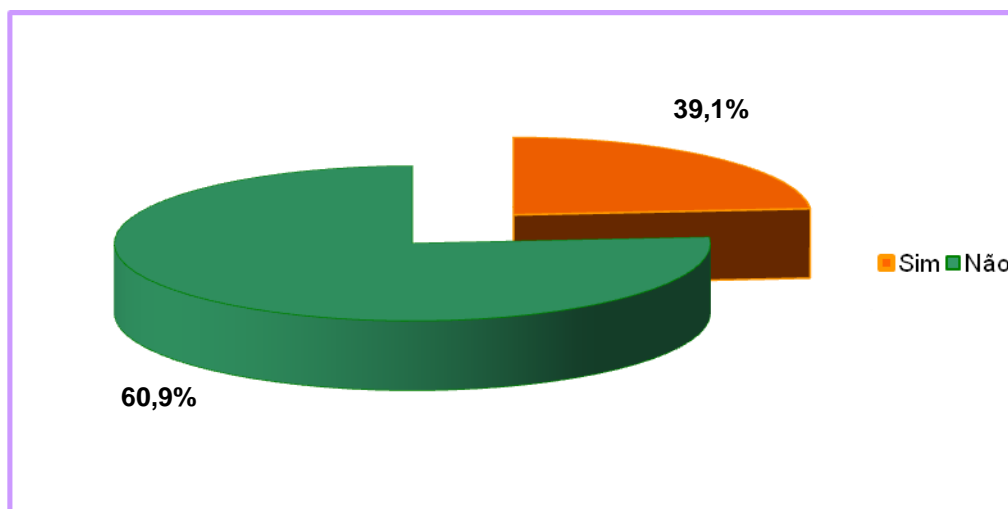


Gráfico 5 - Distribuição percentual das crianças menores de um ano de vida que ingeriram outro leite nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

Dietas excessivamente lácteas são apontadas como uma das causas do aparecimento de anemia nos primeiros anos de vida, assim relata Saldiva (2007, p.56). O mesmo autor afirma que o leite fluido de vaca, além de ser pobre em ferro, pode inibir a absorção do ferro presente em alguns alimentos se consumido concomitantemente, além de provocar micro-hemorragias na mucosa intestinal em crianças menores de um ano. “No Brasil, o Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar (1999) encontrou elevada participação de leite e derivados, espessantes e cereais na dieta das crianças de 6 a 24 meses” (SALDIVA, 2007, p.56).

A partir dos dados referidos no Gráfico 5, analisa-se que grande parte das crianças estudadas não tiveram outro tipo de leite, sem ser o de peito, adicionadas a sua alimentação.

Tabela 2 – Distribuição percentual do número de vezes em que as crianças menores de um ano de vida receberam outro leite nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
Só durante o dia	34	65,3
Só à noite	3	5,8
De dia e de noite	14	26,9
Não sabe	1	2,0
TOTAL	52	100,0

A Tabela 2 descreve que, das 52 crianças que tomaram outro tipo de leite, 65,3% receberam esse leite só durante o dia; 26,9%, o receberam de dia e a noite; 5,8%, o receberam só à noite e 2,0% das mães ou acompanhantes das crianças menores de um ano não souberam responder o número de vezes em que a criança recebeu tal leite.

Dos autores pesquisados, não se encontrou informações quanto ao número de vezes que é recomendado o oferecimento de outro leite, sem ser do peito. Entende-se, pois, que o recomendado é a não introdução deste alimento antes dos seis meses.

Tabela 3 – Distribuição percentual das variações alimentares ingeridas pelas crianças menores de um ano de vida nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
Tomou mingau doce ou salgado		
Sim	89	66,9
Não	43	32,3
Não sabe	1	0,8
TOTAL	133	100,0
Comeu fruta em pedaço ou amassada		
Sim	41	30,9
Não	88	66,1
Não sabe	4	3,0
TOTAL	133	100,0
Comeu comida de panela		
Sim	29	21,8
Não	104	78,2
Não sabe	-	0
TOTAL	133	100,0

Dentre as 133 crianças menores de um ano de vida envolvidas nesta pesquisa, pode-se perceber, através do Tabela 3, que 66,9% não tomaram mingau doce ou salgado nas 24 horas que antecederam a pesquisa. As que ingeriram mingau doce ou salgado resultaram em 32,3% e as mães ou acompanhantes que não souberam responder tal pergunta foi um total de 0,8%.

De acordo com o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2005), dos 10 passos para uma alimentação saudável, o segundo preconiza “a partir dos 6 meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno, até os 2 anos de

idade ou mais”. Ainda no Guia, o terceiro passo, também relacionados à alimentação a partir dos 6 meses, preconiza “(...) dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) três vezes ao dia (...)”.

No presente estudo, pode-se perceber que o mingau doce ou salgado foi oferecido a grande maioria das crianças menores de um ano. Por outro lado, as frutas e comida de panela não estão presentes na dieta de grande parte das crianças envolvidas na pesquisa. Quanto à comida de panela, a ausência desta refeição não causa muito impacto nutricional a criança, pois presume-se que, ao proporcionar a mesma alimentação da família aos menores de um ano, o risco de infecções gastrointestinais são mais freqüentes, principalmente quando esta alimentação não é preparada de forma adequada. Em contrapartida, a ausência de frutas poderá causar sérios problemas nutricionais aos menores. As frutas contêm grandes quantidades de nutrientes capazes de suprir as penúrias orgânicas dos lactentes.

Tabela 4 – Distribuição percentual sobre a maneira como a comida foi preparada e oferecida as crianças menores de um ano de vida. Viana – MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
A comida oferecida foi:		
Igual a da família	3	10,3
Preparada só para a criança	24	82,8
Industrializada (de potinho)	2	6,9
Não sabe	-	0
TOTAL	29	100,0
Essa comida foi:		
Em pedaços	3	10,3
Amassada	19	66,0
Passada na peneira	3	10,3
Liquidificada	4	13,4
Não sabe	-	0
TOTAL	29	100,0

Quanto à forma de preparo dos alimentos, a Tabela 4 explana que, das 29 crianças que receberam comida de panela, 82,2% o alimento foi preparado somente para elas; 10,3% dos alimentos eram iguais aos da família e 6,9% eram alimentos industrializados (potinho). Quando se refere à consistência dos alimentos oferecidos, das 29 crianças que receberam esse alimento, 66,0% era amassada, 13,4% era liquidificada e 10,3% era em pedaços e passada na peneira, respectivamente.

O quinto passo do Guia Alimentar Par Crianças Menores de Dois Anos do Ministério da Saúde recomenda que a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher. Começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

Observa-se neste estudo que, inicialmente, os alimentos têm sido preparados somente para as crianças, isto é uma atitude correta realizada pelas mães. Quanto a consistência oferecida, percebe-se também que as mães oferecem às crianças a forma recomendada *a priori*; o que deverá ser analisado é se a consistência tem acompanhando o desenvolvimento dentário e orgânico da criança, pois o que talvez possa ocorrer é que pela praticidade ou mesmo pelo menor custo (evitar desperdício de energia) as mães preferem oferecer às crianças comidas amassadas ou líquidas, mesmo na fase em que os menores precisam receber alimentos que estimulem a mastigação, pois é de se esperar que aquela criança, que recebe, durante todo o seu primeiro ano de vida, alimentos já no ponto de engolir, desenvolva no futuro certa dificuldade de se alimentar, prejudicando desta forma o seu crescimento e desenvolvimento.

Tabela 5 – Distribuição percentual do tipo de ingredientes da comida oferecida as crianças menores de um ano de vida nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe ou miúdos		
Sim	8	27,6
Não	20	69,0
Não sabe	1	3,4
TOTAL	29	100,0
A comida tinha feijão em caldo ou grão		
Sim	8	27,6
Não	20	69,0
Não sabe	1	3,4
TOTAL	29	100,0
A comida tinha legumes e/ou verduras		
Sim	11	38,0
Não	16	55,1
Não sabe	2	6,9
TOTAL	29	100,0
Recebeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante		
Sim	66	49,6
Não	67	50,4
Não sabe	-	0
TOTAL	133	100,0
Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho?		
Sim	33	24,8
Não	98	73,7
Não sabe	2	1,5
TOTAL	133	100,0

A Tabela 5 está relacionada com os tipos de ingredientes da comida oferecida as crianças menores de um ano de idade residentes no município de Viana – MA. Na variável a comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe ou miúdos. Observa-se que em 69,0% não havia nenhum dos itens relacionados; em 27,6% dos alimentos havia algum desses ingredientes e 3,4% das mães não souberam responder a pergunta.

Em relação à presença de feijão em caldo ou grão no alimento das crianças, 69,0% dos alimentos não o tinham; em 27,6% o feijão estava incluído na alimentação e 3,4% das mães não souberam responder tal quesito. Ao perguntar se o alimento proporcionado continha verduras e/ou legumes, 55,1% responderam não; 38,0% relataram sim e 6,9% das mães não souberam responder. Ao indagar às mães se a criança recebeu algum alimento adoçado com açúcar, adoçante, mel ou melado, das 133 entrevistadas, 50,4% responderam não; 49,6% disseram sim. E com relação à última variável que questiona se a criança comeu bolacha, biscoito ou salgadinho, 73,7% das 133 crianças não ingeriram nenhum item relacionado; 24,8% consumiram algum desses alimentos citados e 1,5% não souberam responder.

“A criança, após os 6 meses de idade, deve receber de forma gradual outros alimentos, sendo necessário garantir o aporte calórico com uma alimentação de elevada densidade energética e rica em micronutrientes” (SALDIVA et al., 2007). Desta maneira, é recomendável que, até os 8 meses, a criança passe por esse período de transição para a alimentação da família.

É preocupante a forma como a alimentação das crianças do presente estudo vem sendo preparada. Nota-se que as mães não se incomodam em incluir ingredientes ricos em vitaminas e nutrientes importantes para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Em alguns casos, existe o erro de os alimentos serem oferecidos na fase errada da criança; em outros, percebemos que, além desta falha, o fato da exclusão de alimentos rico em ferro, vitamina C, e outras nutrientes, resultarão em elevados casos de crianças com anemia, cegueira, desnutrição, entre diversas morbidades.

Tabela 6 – Distribuição percentual de líquido que as crianças menores de um ano de vida ingeriram nas últimas 24 horas. Viana – MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
Tomou suco de fruta natural ou água de coco		
Sim	47	35,3
Não	85	64,0
Não sabe	1	0,7
TOTAL	133	100,0
Tomou suco industrializado ou água de coco de caixinha		
Sim	17	12,8
Não	115	86,5
Não sabe	1	0,7
TOTAL	133	100,0
Tomou refrigerante		
Sim	2	1,5
Não	130	97,8
Não sabe	1	0,7
TOTAL	133	100,0
Tomou café		
Sim	5	3,8
Não	126	94,7
Não sabe	2	1,5
TOTAL	133	100,0

Quanto ao percentual de líquido que as crianças menores de um ano de vida ingeriram, a Tabela 6 nos revela dados sobre o consumo de suco de fruta natural ou água de

coco, suco industrializado ou água de coco em caixinha, refrigerante e café. Relacionado ao consumo de suco de fruta natural ou água de coco, das 133 crianças aludidas na pesquisa, 64,0% não ingeriram tal líquido nas 24 horas antecedentes à pesquisa; 35,3% ingeriram e 0,7% das mães ou acompanhantes não sabiam ou não lembravam se as crianças haviam tomado o que foi referido.

Tratando-se de suco industrializado ou água de coco em caixinha, 86,5% das crianças não os consumiram, 12,8% consumiram um dos dois itens e 0,7% as mães não sabiam responder. Em relação ao refrigerante, as crianças que não tomaram tal líquido foi no total de 97,8%; as que ingeriram perfizeram 1,5% e as mães que não souberam informar resultaram em 0,7%. Destarte, quanto ao consumo de café, 94,7% das crianças não consumiram café nas 24 horas antecedentes à pesquisa; 3,8% o tomaram e 1,5%, as mães, não souberam informar

O 8º passo do Guia Alimentar Para Crianças Menores de Dois Anos (2002) recomenda evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. O mesmo também afirma que é comprovado que a criança nasce com preferência para o sabor doce; no entanto, a adição de açúcar é desnecessária e deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida. Até completar um ano de vida, a criança possui a mucosa gástrica sensível e, portanto, as substâncias presentes no café, enlatados e refrigerantes podem irritá-la, comprometendo a digestão e a absorção dos nutrientes, além de terem baixo valor nutritivo.

Correlacionando os dados do presente estudo com o supracitado, percebe-se que a maioria das crianças não ingeriram os líquidos que o Ministério da Saúde desaprova para a idade das mesmas; assim, os riscos de doenças da mucosa gástrica diminuem. Contudo, a proporção das crianças com idade entre 7 a 11 meses e as que ingeriram suco de fruta ou água de coco é bem semelhante. Isto assegura que as crianças com a idade recomendada para introdução de alimentos complementares estão recebendo sucos de frutas naturais que irão complementar suas necessidades nutricionais.

A desnutrição pode estar relacionada a práticas inadequadas de desmame, e a qualidade dos alimentos consumidos pelas crianças pode refletir-se, a curto e longo prazos, na saúde infantil, por uma programação nutricional que explicaria doenças da idade adulta relacionadas a práticas nutricionais inadequadas no período neonatal e na infância. “Tomando como exemplo a obesidade, as crianças amamentadas têm melhor capacidade de manipular os níveis séricos de colesterol do que as que recebem fórmulas lácteas, com indicativos de prevenção da obesidade na idade adulta” (OLIVEIRA, 2001).

Tabela 7 – Distribuição percentual do uso de mamadeira ou chuquinha nas últimas 24 horas pelas crianças menores de um ano de vida. Viana – MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
Usou mamadeira ou chuquinha		
Sim	90	67,7
Não	43	32,3
Não sabe	-	0
TOTAL	133	100,0
Usou chupeta		
Sim	65	48,9
Não	68	51,1
Não sabe	-	0
TOTAL	133	100,0

Em relação ao uso da mamadeira ou chuquinha, a Tabela 7 retrata que das 133 crianças envolvidas na pesquisa, 67,7% usaram mamadeira ou chuquinha nas 24 horas que antecederam à pesquisa, enquanto 32,3% delas não usaram. Quanto ao uso de chupeta, 51,1% não a usaram e 48,9% usaram a chupeta nas 24 horas antecedentes a pesquisa.

Mascarenhas et al (2006) revelam que um estudo realizado entre bebês expostos ao uso de chupeta, 73% descontinuaram o aleitamento materno exclusivo antes dos 3 meses de idade; para os não-expostos, a prevalência foi de 58%. O mesmo autor ainda acrescenta que a associação entre o uso de chupeta e o desmame precoce é complexa e que a chupeta seria um fator contribuinte para o desmame entre as mães que não se sentem totalmente confortáveis com a amamentação.

No presente estudo, o uso de chupeta e mamadeira expressou ser um dos principais fatores de risco para o desmame. Por outro lado, mesmo considerando-se que a maioria não usa chupeta, pode-se observar que é ínfima a relação destes com as que adotam a chupeta. Howard et al. (2003, p.67), em ensaio clínico randomizado, concluíram que as mães que oferecem chupeta a seus filhos: provavelmente amamentam menos freqüentemente e

apresentam maior possibilidade de desmamarem precocemente quando comparadas a mães que não as oferece.

O Gráfico 6 expressa o número de Cadernetas de Saúde levadas pelas mães ou acompanhantes ao Centro de Saúde José Bonifácio Pacífico Serra no período da 2ª etapa da campanha contra Pólio. Das 133 crianças menores de um ano de vida presentes no local anteriormente citado, 58,6% estavam com a Nova Caderneta de Saúde da Criança e 41,4% não estavam com as mesmas.

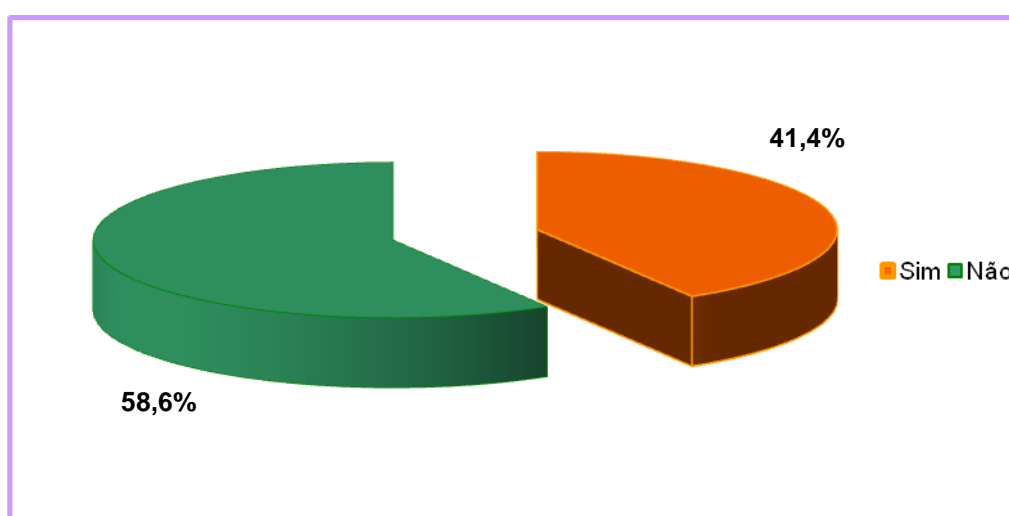


Gráfico 6 - Distribuição percentual da quantidade de Cadernetas de Saúde das crianças menores de um ano de vida apresentadas pelas mães ou acompanhantes. Viana – MA, 2008.

O Ministério da Saúde (2007) ampliou e atualizou a Caderneta da Criança. A partir do ano de 2007, foram acrescentadas ao documento informações sobre cidadania e cuidados com o crescimento saudável da criança. A nova Caderneta funciona como cartilha de orientação para as mães, familiares e cuidadores a fim de que o crescimento e desenvolvimento da criança sejam acompanhados com mais frequência. As informações são fáceis de serem entendidas e, ao mesmo tempo, de grande valia para todos os envolvidos no cuidado da criança. Muitas crianças não possuem esta nova caderneta, como podemos observar através do explicitado no Gráfico 6. As mães que não possuem essa nova ferramenta estão privadas de adquirir novos conhecimentos sobre a saúde, crescimento e desenvolvimento do seu filho, visto que, como o próprio Ministério da Saúde afirma, esta nova caderneta é um documento que possui informações claras, com linguagem apropriada a mães de todas as idades e níveis de escolaridade.

Quanto ao percentual do peso, ao nascer, das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA, pode-se analisar pelo Gráfico 7 que 56,4% das 133 crianças nasceram com peso entre 2.500 a 3.500g; 30,8% nasceram com peso maior que 3.500g e 12,8% nasceram com peso inferior a 2.500g.

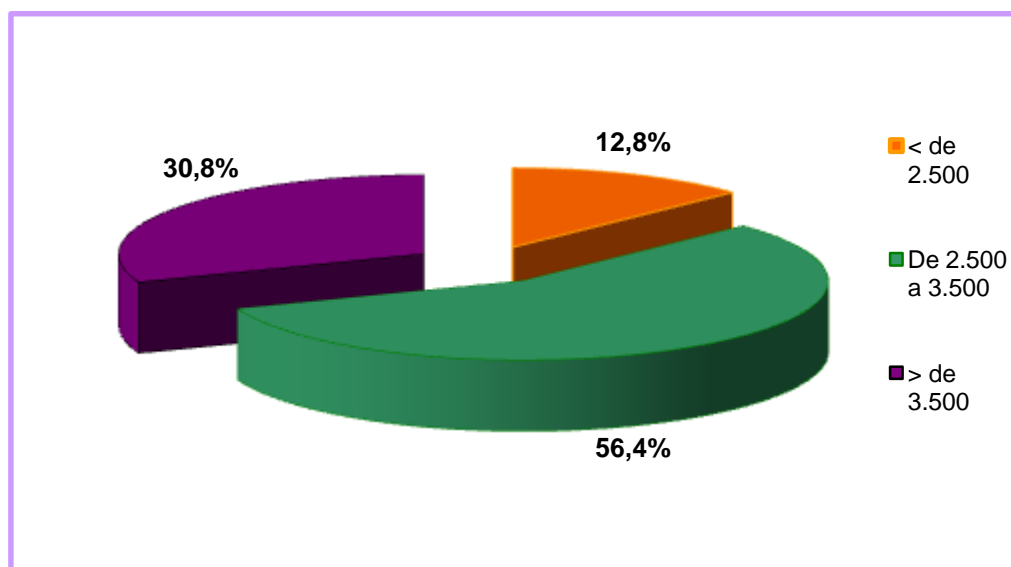


Gráfico 7 - Distribuição percentual do peso ao nascer das crianças menores de um ano de vida encontrado nas cadernetas de saúde ou relatado pela mãe. Viana – MA, 2008.

Os cuidados com a criança no primeiro ano de vida são fundamentais, visto que é nesta fase que ela se encontra extremamente vulnerável a morbidades. “Dentre as necessidades básicas para assegurar a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento adequado, a nutrição assume papel importante” (EUCLYDES, 2000, p.78).

Poucas são as situações clínicas que impossibilitam a mãe de amamentar seus recém-nascidos, como no caso daqueles de muito baixo peso, com menos de 1.000g, ou os prematuros, com idade gestacional inferior a 32 semanas. Em função das necessidades nutricionais e da capacidade funcional individual, a alimentação desses recém-nascidos deve ser particularizada, indicando que eles recebam líquidos ou fórmulas infantis, em adição ou em substituição ao leite materno, embora o colostro e/ou leite materno sejam recomendados, sempre que possível como estímulo intestinal trófico (NETTO, 2005).

Michaelsen, Sci e Friis (1998, p.100) propõem que a introdução inadequada de alimentos complementares é uma das causas principais da alta prevalência de desnutrição nos

países em desenvolvimento. Outras implicações possíveis são o desenvolvimento da obesidade, hipertensão e arteriosclerose a longo prazo.

Nesta pesquisa pode-se observar que o percentual superior foi das crianças que nasceram com peso de 2.500 a 3.500g. As crianças que nasceram com peso entre 2.500 a 3.200g necessitam de atenção da mãe para que não percam peso durante os primeiros meses de vida e, quando estiverem na idade ideal para introdução da alimentação complementar, esta deverá ser rica em nutrientes que auxiliem no crescimento e desenvolvimento ao longo da vida. Em relação às crianças que nasceram com peso entre 3.250 a 3.500g, o adequado acompanhamento durante o primeiro ano de vida e a administração de alimentos adaptados a sua idade livrará, provavelmente, de grandes morbidades em sua fase adulta.

O Gráfico 8 aponta que, das 55 novas Cadernetas de Saúde da Criança levadas pelas mães ao Centro de Saúde José Bonifácio Pacífico Serra, 60,0% não tinham o registro de peso no gráfico, enquanto que 40,0% tinham pelo menos dois registros de peso no gráfico de crescimento.

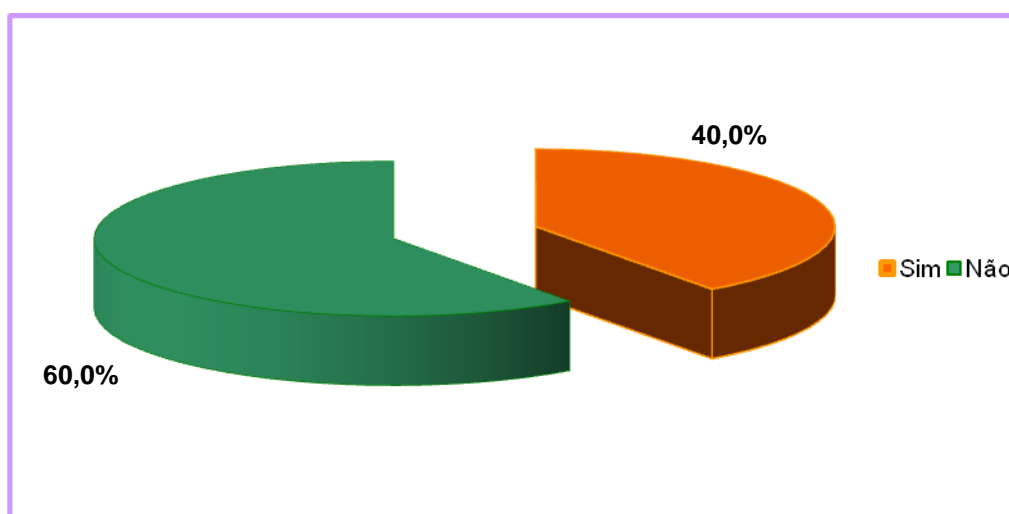


Gráfico 8 - Distribuição percentual da quantidade de Cadernetas de Saúde da Criança que possuem pelo menos dois registros de peso no gráfico de crescimento. Viana – MA, 2008.

Vieira (2004) revela que a diferença no ganho de peso começa a partir de 5-6 meses em crianças alimentadas predominantemente ao seio e não antes dos 9 meses em crianças exclusivamente amamentadas por 4-6 meses. De acordo com Brasil (2005, p.13), para saber-se a criança está comendo a quantidade adequada, é preciso observar

se o peso da criança está aumentando e encontra-se adequado à idade segundo o Cartão da Criança.

Em relação à altura, o Gráfico 9 aponta que das 55 novas Cadernetas de Saúde da Criança levadas pelas mães ao Centro de Saúde José Bonifácio Pacifico Serra, 74,6% não tinham o registro de altura no gráfico, enquanto 25,4% tinham pelo menos dois registros de peso no gráfico de crescimento.

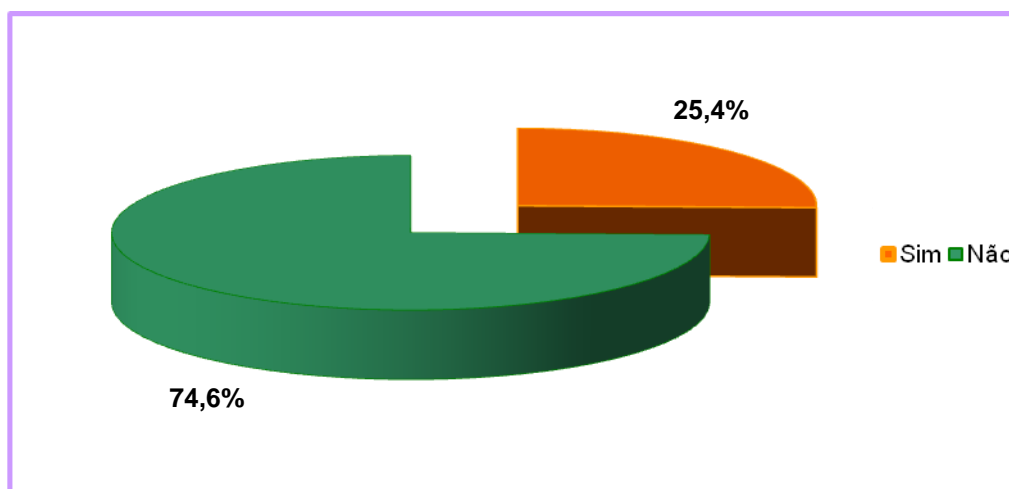


Gráfico 9 - Distribuição percentual da quantidade de Cadernetas de Saúde da Criança que possuem pelo menos dois registros de altura no gráfico de crescimento. Viana – MA, 2008.

Na óptica de Benzeery (1989, p.15), a curva de crescimento da criança é o melhor indicador da adequação do aleitamento materno natural exclusivo. A maioria das curvas de crescimento foi construída na época em que o aleitamento artificial já era prevalente. Assim sendo, ao acompanhar a criança alimentada com leite materno, mais importante que a posição da criança na curva ou seu ganho de peso apresentado, é a inclinação do traçado de seu crescimento ao longo do tempo, visto que a inclinação representa a velocidade de crescimento. Se o seu sentido é ascendente, a criança está bem e, portanto, o leite está atendendo às suas necessidades.

O acompanhamento de peso e altura não pôde ser realizado na maioria das crianças menores de um ano que compareceram ao Centro de Saúde, pois pode-se perceber que, das 55 carteiras levadas pelas mães, a maior parte delas não possuía nenhum registro de peso e altura na curva de crescimento e desenvolvimento. Partindo desta premissa, surge uma dúvida que não pôde ser esclarecida no ato da aplicação do questionário: a

ausência do registro de peso na Caderneta de Saúde da Criança é consequência da falta de consultas de rotina ou falha do profissional ao deixar de preenchê-la?

O Gráfico 10 aborda o percentual da faixa etária das mães das crianças menores de um ano residentes em Viana – MA. Pode-se observar que, das 124 mães entrevistadas, 68,5% eram maiores de 20 anos e 31,5% eram menores de 20 anos.

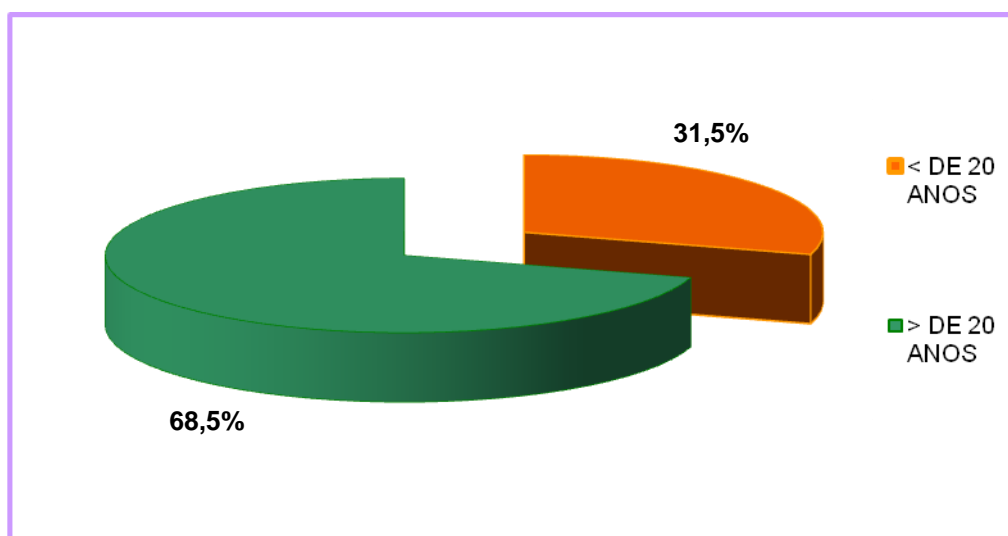


Gráfico 10 - Distribuição percentual da faixa etária das mães das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA, 2008.

Carrut et al (2001, p.79) observaram que os filhos de mães adolescentes ingerem mais gordura, passam a se alimentar mais cedo com as próprias mãos e ingerem cereais mais precocemente que os filhos de mães adultas; no entanto, não diferem quanto à ingestão de carne, frutas e vegetais. Vieira et al. (2004, p.54) encontraram que a alimentação complementar dos filhos das adolescentes foi similar à de mães adultas, exceto para um menor consumo de carnes e maior consumo de ovos, visto que estas apresentavam também menor poder aquisitivo para comprar carnes.

No presente estudo pode-se observar que a maioria das mães era maior que 20 anos, ou seja, não eram mais adolescentes e, sim, jovens e adultas mães. Isto revela que as mesmas, ainda que sendo adultas, estão ofertando aos seus filhos alimentos com quantidade de nutrientes inferior àquela carecida pelo organismo. No transcurso da pesquisa, considerou-se que as frutas, os vegetais e o feijão não têm sido incorporados à dieta das crianças examinadas. No entanto, na óptica desta pesquisa tanto as mães adolescentes quanto as jovens-adultas estão ofertando aos seus filhos alimentos desprovidos de vitaminas.

Tabela 8 – Distribuição percentual da escolaridade das mães das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA, 2008.

VARIÁVEIS	F	%
Sem escolaridade	2	1,6%
Ensino fundamental	70	56,5%
Ensino médio	49	39,5%
Superior incompleto	3	2,4%
Superior completo	-	0
TOTAL	124	100,0

No que concerne ao percentual da escolaridade materna das crianças menores de um ano residentes em Viana – MA, a variável indicando que a mãe possui apenas o Ensino Fundamental revelou que, das 124 mães entrevistadas, 56,5% estavam inclusas neste nível; 39,5% possuíam o Ensino Médio completo; 2,4% ainda estavam cursando o Nível Superior e 1,6% eram sem escolaridade.

Kummer et al (2000, p.78) afirmam que as mulheres com maior escolaridade tendem a valorizar mais o aleitamento materno exclusivo do que as com escolaridade mais baixa. Deste modo, primando pelo aleitamento materno exclusivo, a introdução de alimentos complementares aconteceria como o preconizado pela OMS. Rea et al (1997, p.54), observaram, em um estudo realizado com mulheres trabalhadoras de empresas da Zona Sul de São Paulo, em 1993 e 1994, que as mulheres com mais de 8 anos de escolaridade tendiam a amamentar exclusivamente 3 vezes mais do que as com menos de 8 anos de estudo, com conseqüente introdução adequada de alimentos complementares, tendo como parâmetro o período de introdução.

Está amplamente comprovado na literatura que o grau de escolaridade da mãe é um fator de proteção para a saúde de seu filho. Por este motivo, quanto menor o grau de escolaridade da mãe, maior o risco para a introdução inadequada de alimentos de seus filhos, conforme se evidencia neste estudo. O baixo grau de escolaridade das mães, provavelmente funcionado como indicador indireto do nível socioeconômico, está associado a uma maior chance de a criança não receber alimentos apropriados para suprir as suas necessidades nutricionais.

O Gráfico 11 revela que, das 124 mães entrevistadas, 84,7% não estavam trabalhando fora; 12,1% estavam trabalhando fora e 3,2% estavam sob licença maternidade.

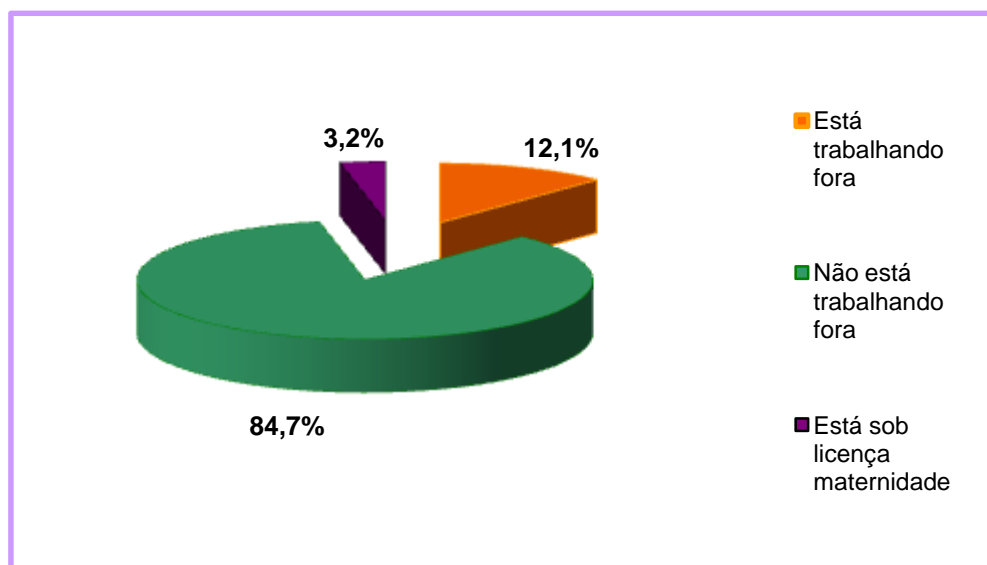


Gráfico 11 - Distribuição percentual da condição de trabalho das mães das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA, 2008.

Vargas (2004, p.30) refere que a produção das refeições e o cuidado com a saúde da criança, ainda são uma atribuição feminina, em muitos casos passada de geração em geração, entrelaçando-se a dimensão econômica com a afetiva e com a de ritual de socialização, sendo a família responsável pela transmissão da cultura alimentar. Em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2001), foi observado que o fato de a mãe não trabalhar fora favorecia o aleitamento materno exclusivo. Sabendo que se o aleitamento materno exclusivo for realizado até os seis meses de idade, a introdução de alimentos complementares será adequada, em relação ao período de introdução.

Na presente análise, pode-se ressaltar que o percentual das mães jovens-adultas, que tinham cursado o Ensino Fundamental, e não estavam trabalhando fora, é superior a outras variáveis. No entanto, avalia-se que a alimentação não adequada das crianças estudadas pode, sim, estar associada à baixa escolaridade das mães, visto que a baixa idade não influenciou a prática dessa atitude. Destarte, outro fator que podemos unir à prática da má-alimentação é a baixa renda, pois grande parte das mães não possuía emprego que proporcionasse um salário fixo, dificultando, assim, a compra de certos alimentos que possuem altos preços e que seriam essenciais para uma nutrição correta.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa buscou associar as Práticas Alimentares em crianças menores de um ano de idade relatadas na literatura e compará-las com os resultados deste estudo. Assim sendo, consideram-se os pontos abaixo:

- Das 133 crianças menores de um ano de idade que compareceram com seus respectivos acompanhantes ao Centro de Saúde José Bonifácio Pereira, durante a 2ª Etapa da Campanha de Vacinação contra Pólio, analisa-se que, em relação as características demográficas das mesmas, a maioria das crianças, ou seja, 51.1% era do sexo feminino e 66,2% tinham a faixa etária entre 0 a 6 meses. Observa-se que a maioria das crianças incluídas nesta pesquisa encontram-se na faixa etária entre 0 a 6 meses. Sendo assim, os pais necessitarão de orientação dos profissionais de saúde sobre a melhor dieta para os seus filhos, que é a amamentação exclusiva até os seis meses de idade.

- Quanto aos alimentos mais oferecidos as crianças menores de um ano residentes no município de Viana – MA, pode-se apreender que 86,5% tomaram leite de peito nas 24 horas antecedentes a pesquisa; 75,9% tomaram água; 75,2% não tomaram chá; 60,9% não ingeriram outro leite; 66,9% tomaram mingau doce ou salgado; 66,1% não comeram fruta; 78,2% não comeram comida de panela; 69,0% não comeram algum tipo de carne de boi, frango, peixe ou miúdos e nem feijão em caldo ou grão; 55,1% não ingeriram legumes e/ou verduras; 50,4% não receberam algum alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante; 73,7% não comeram biscoito ou salgadinho; 64,0% não tomaram suco natural de fruta; 86,5% não ingeriram suco industrializado ou de caixinha; 97,8% não tomaram refrigerante e 94,7% não tomaram café. Há uma desarmonia na alimentação das crianças estudadas; percebe-se que certos alimentos como mingau, água, estão sendo oferecidos a estas crianças antes do recomendado pelo Ministério da Saúde – partindo do pressuposto de que a maioria das entrevistadas tem entre 0 a 6 meses. Neste caso, reafirma-se o supracitado: as mães destas crianças precisam de orientações sobre a melhor dieta a ser ofertada as suas crianças.

- Em relação ao acompanhamento rotineiro do peso e crescimento da criança, pode-se conferir que dos 55 menores de um ano que compareceram ao Centro de Saúde José Bonifácio Pacífico Serra no período da 2ª etapa da campanha de vacinação contra Pólio e que estavam com a nova Caderneta de Saúde da Criança, 60,0% não tinham registro de peso no gráfico de crescimento e 74,6% não tinham registro de altura no gráfico de crescimento. Os

- cuidados com as crianças no primeiro ano de vida são fundamentais para que a fase adulta seja livre de graves morbidades. Nesta pesquisa, observa-se que a maioria das Cadernetas de Saúde das crianças estudadas não possuía registros de altura e peso. A partir daí, surge um questionamento: de que forma os profissionais que assistem estas crianças estão observando o crescimento e desenvolvimento das mesmas com a ausência do registro no principal documento de acompanhamento?

- No que concerne a conjuntura sócio-cultural das mães das crianças menores de um ano de vida residentes em Viana – MA, observa-se que, quanto a faixa etária, das 124 mães entrevistadas, 68,5% eram maiores de 20 anos; em relação a escolaridade, 56,5% tinham apenas o Ensino Fundamental; tratando-se da condição de trabalho, 84,7% relataram não estarem trabalhando fora. Pode-se analisar que fatores socioculturais mostraram-se determinantes na situação do aleitamento materno. Ressalta-se que a instrução e conscientização maternas são importantes, pois, refletem sobre as práticas que podem prejudicar a amamentação.

REFERÊNCIAS

AUDI, C. A. F.; CORRÊA, A. M. S.; LATORRE, M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999.

BENZEERY, E. H.; ACIOLY, E. Nutrição Materno-Infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.1, jan./mar, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica à Saúde da Criança: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI**. Brasília, DF, 2001.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, 2002.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2005.

BRUNKEN, G. S. et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no Centro-Oeste Brasileiro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, 2006.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente – base científica para uma alimentação adequada**, Viçosa – MG: Suprema, 1997.

_____. _____. M. P. Crescimento e desenvolvimento do lactente. In: _____. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**. 2. ed., Viçosa, MG: Suprema, 2000.

FILHO, M. B.; MIGLIOLI, T. C. **Alimentação e Nutrição no Nordeste**. Recife, 2006, Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira.

FRANÇA, G.V.A et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 7 de set. 2008.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, 1995.

MARCONDES, E.; LIMA, I. N. de. **Dietas em Pediatria Clínica**. 2. ed. São Paulo: SARVIER, 1980.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 Primeiros Meses de Vida e seus Determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, 2006.

MONTE, C. M. G. ; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 80, n. 3, 2004.

MONTEIRO C.A. **O panorama da nutrição infantil nos anos 90**. Brasília, DF: UNICEF, 1997.

MORLEY, D. **Pediatria no mundo em desenvolvimento**. São Paulo: Paulinas, 1980.

NETO, C.M. **Aleitamento materno**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2006.

NETTO, H.C. **Obstetícia básica**. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, F.L.C.; ESCRIVÃO, M.A.M.S. Prevenção na infância e adolescência das doenças do adulto. In: **Temas de nutrição em pediatria**. Rio de Janeiro: Departamento de Nutrição, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001.

PERNETTA, César. **Alimentação da criança**, 7. ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociencx, 1982.

ROMANI, S.A.M.; LIRA, P.I.C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, jan./mar, 2004.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S.de. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, jan./mar, 2004.

SALDIVA, S. R. et al; Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, 2007.

SIGULEM, D.M.; TADDEI, J.A.A.C. **Nutrição e alimentação nos dois primeiros anos de vida**. Compacta Nutrição, São Paulo, v. 5, n.1, 2004.

TOJO, R. et al, **Hábitos dietéticos de crianças em idade pré-escolar e escolar : riscos para a saúde e estratégias de intervenção**. In: 37º Seminário Nestlé Nutrition – A Alimentação da Idade Pré-Escolar até a Adolescência. Madrid - Espanha, 9-11 de maio, 1995.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

VIEIRA, G. O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.89, n.5, 2004.

WALLON, H. **As origens do caráter na criança**: os prelúdios do sentimento de personalidade. São Paulo: DIFEL, 1971.

WHO. Relactación: Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Gineva: *World Health Organization* – WHO, 1998.

ZABOROWSKI, E. L., **Da desnutrição em crianças as crianças desnutridas**: a dinâmica permanente do provisório. 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO

1. Data: ____/____/____
2. Entrevistador: _____
3. Município: _____
4. UF: _____
5. Local de Vacinação: _____
6. Área: () urbana () rural
7. Data de Nascimento da Criança: ____/____/____
8. Sexo da Criança: () masculino () feminino
9. Qual o seu Parentesco com esta criança?
() mãe () pai () Outro ou nenhum parentesco
10. A criança mora nesta cidade? () sim () não

A (O) SRA. (SR.) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ?

11. A criança tomou leite de peito?
() Sim () Não (passe para a questão 13) () Não sabe (passe para a questão 13)
12. Quantas vezes?
_____ vezes () Não sabe
13. Tomou água?
() Sim () Não () Não sabe
14. Tomou chá?
() Sim () Não () Não sabe
15. Tomou outro leite?
() Sim () Não (passe para a questão 17) () Não sabe (passe para a questão 17)
16. A criança recebeu outro leite:
() Só durante o dia? () Só à noite?
() De dia e de noite? () Não sabe

17. Tomou mingau doce ou salgado?
 Sim Não Não sabe
18. Comeu fruta em pedaço ou amassada?
 Sim Não Não sabe
19. Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?
 Sim Não (passe para a questão 26) Não sabe (passe para a questão 26)
20. A comida oferecida foi:
 Igual à da família? Preparada só para a criança?
 Industrializada (de potinho)? Não sabe
21. Essa comida foi:
 Em pedaços? Amassada?
 Passada na peneira? Liquidificada?
 Não sabe
22. A comida tinha algum tipo de carne de boi, frango, peixe, miúdos?
 Sim Não Não sabe
23. A comida tinha feijão, em caldo ou grão?
 Sim Não Não sabe
24. A comida tinha legumes e/ou verduras?
 Sim Não Não sabe
25. Tomou suco de fruta natural ou água de coco?
 Sim Não Não sabe

DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA:

26. Tomou suco industrializado ou água de coco em caixinha?
 Sim Não Não sabe
27. Tomou refrigerante?
 Sim Não Não sabe
29. Tomou café?
 Sim Não Não sabe

30. Recebeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?
() Sim () Não () Não sabe
31. Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho?
() Sim () Não () Não sabe
32. Tomou ou comeu outros alimentos?
() Sim () Não () Não sabe
33. Usou mamadeira ou chuquinha?
() Sim () Não () Não sabe
34. Usou chupeta?
() Sim () Não () Não sabe

SOBRE A CADERNETA DA CRIANÇA

35. O (A) Sr. (a) está com a caderneta de saúde da criança em mãos? (Considerar apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde – capa azul ou rosa).
() Sim () Não (passe para a questão 43)
36. Na Caderneta tem pelo menos dois registros de peso no gráfico de crescimento?
PARA MENINA (pág. 46 e 47) () Sim () Não
PARA MENINO (pág. 56 e 57) () Sim () Não
37. Na Caderneta tem pelo menos dois registros de altura no gráfico de crescimento?
PARA MENINA (pág. 48 e 49) () Sim () Não
PARA MENINO (pág. 58 e 59) () Sim () Não
38. Qual o peso da criança ao nascer?
_____ g () Não sabe

FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA

39. Qual é a idade da Sra.?
_____ anos (completos)
40. A Sra. sabe ler e escrever?
() Sim () Não

41. Qual a última série que cursou com aprovação?
- Sem escolaridade
 - Ensino fundamental 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8°
 - Ensino médio 1° 2° 3°
 - Superior Incompleto Completo
42. Sobre o trabalho, neste momento a Sra.:
- Está trabalhando fora
 - Não está trabalhando fora
 - Está sob Licença Maternidade

(Adaptado a partir do questionário da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, elaborado pelo Ministério da Saúde).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora:

Profa. Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm
End.: Rua “L”, Qda 22, casa 08, Parque Atenas, São Luís.
e-mail: hel.ribeiro@bol.com.

Pesquisadores:

Alcione Costa da Silva
End.: Rua 22, Qda. 09, casa 17 - Araçagy II – Cohatrac - Fone: 3238-5432

Kézia Santos Dias

End.: Rua 37, casa 04 – Coheb - Fone: 3271-5775

Suênia Macelle Braga de Lima

End.: Rua Perdizes, Cond. Versalhes, Bloco B, Apto. 304 – Renascença II - Fone: 3227-9278

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Fone:2109-8708

**PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DE CRIANÇAS RESIDENTES
NO MUNICÍPIO DE VIANA – MA**

Prezado (a) Sr (a), estamos realizando uma pesquisa nacional sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a (o) Sra. (Sr.) que irão favorecer o conhecimento sobre quais os tipos de alimentos que as crianças menores de um ano, residentes em Viana, mais consomem. As questões irão abordar: quais os alimentos que a criança ingeriu nas 24 horas antecedentes a pesquisa; a criança tomou leite de peito, água, chás, sucos ou outros tipos de líquidos; como e onde foi realizado o parto; qual a idade e profissão da mãe e outras questões. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não serão divulgados seu nome e o nome da criança. Não terá nenhum problema se a (o) Sra. (Sr.) quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A (O) Sra. (Sr.) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

VIANA, ____/ ____/ ____

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Centro de Saúde José Bonifacio Pacífico Serra
Av. Jorge Abraão Duailibe, S/N - Viana – MA

CEP: 65.215-000

ANEXO