ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

EMILLE COLOMBO DUTRA

ESTADO NUTRICIONAL E PRÁTICAS ALIMENTARES NA INFÂNCIA:

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E INTERLOCUÇÃO COM AS POLÍTICAS

PÚBLICAS

EMILLE COLOMBO DUTRA

ESTADO NUTRICIONAL E PRÁTICAS ALIMENTARES NA INFÂNCIA: DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E INTERLOCUÇÃO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

VITÓRIA 2016

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP) EMESCAM – Biblioteca Central

Dutra, Emille Colombo.

D978e Estado nutricional e práticas alimentares na infância:
determinantes sociais em saúde e interlocução com as políticas públicas. / Emille Colombo Dutra. - 2016.
106f.

Orientador (a): Prof.º Dr.º Valmin Ramos da Silva

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Aleitamento materno. 2. Estado nutricional. 3. Alimentação complementar. Silva, Valmin Ramos da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 612.3

EMILLE COLOMBO DUTRA

ESTADO NUTRICIONAL E PRÁTICAS ALIMENTARES NA INFÂNCIA: DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E INTERLOCUÇÃO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 19 de outubro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM Orientador

Profa. Dra. Patrícia Casagrande Dias de Almeida Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

Profa. Dra. Silvia Moreira Trugilho Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a todos que estiveram presentes em minha vida e nessa jornada, com paciência, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me iluminado, me dado sabedoria, proteção e força para vencer mais esta grande etapa.

Agradeço também aos meus pais e minha irmã por estarem sempre ao meu lado, me apoiando e ajudando a superar as dificuldades.

Sou grata ao meu marido pela paciência, carinho e atenção dedicada nesta fase.

Agradeço aos meus alunos que tiveram comigo em parte dessa jornada, sozinha nada conseguiria.

Agradeço ao meu professor e orientador Dr. Valmin Ramos da Silva pela dedicação, compreensão, apoio e principalmente pelos seus ensinamentos e experiências dividas neste trabalho.

Agradeço aos demais professores, ao coordenador e aos funcionários do Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM que sempre estiveram disponíveis para ajudar.

Agradeço à Secretaria de Educação do município de Colatina-ES pela disponibilidade dos dados e aos diretores das escolas participantes pela atenção empregada.

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana". (Carl Jung)

RESUMO

A obesidade infantil vem aumentando progressivamente nas últimas décadas, em todas as faixas etárias, sendo considerada uma epidemia global pela Organização Mundial de Saúde. O aleitamento materno exclusivo é uma alternativa comprovadamente importante no controle da epidemia mundial de obesidade. No entanto, apesar de todo o conhecimento adquirido observa-se que a atuação do marketing a serviço do capitalismo tem capilaridade em todas as atividades humanas, inviabilizando todas as ações que poderiam promover a alimentação saudável na infância e talvez assim, vislumbrar a possibilidade de controle da obesidade infantil. O objetivo é descrever o perfil nutricional de crianças menores de cinco anos de idade e sua relação com as condições de saúde fetal, tempo de aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, com foco nos determinantes sociais da saúde. Trata-se de um estudo de corte transversal, em amostra probabilística de crianças de dois a cinco anos de idade, de creches públicas de Colatina, ES, Brasil. Aplicada entrevista estruturada às famílias para identificar variáveis associadas às condições de gestação, parto e nascimento, idade de início da introdução de alimentos complementares e o término da amamentação. A estatística descritiva foi apresentada em média, mediana e desvio padrão e quando indicada, para a estatística inferencial foram utilizados testes compatíveis com as variáveis utilizadas e os tipos de amostras identificadas, sendo considerado como significativo o valor de p<0,05, com intervalo de confiança de 95%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM sob o parecer nº 1.162.086. Incluídos 247 mães, média de idade 25,9±6,0 anos, com ensino médio (66%), 9,0±3,0 consultas no pré-natal, intercorrências na gestação (42,5%), ganho médio de peso durante a gravidez 13,5±6,7Kg, idade gestacional de 39,0±1,6 semanas, consumo de álcool (5,7%), tabaco (7,3%) e medicamentos (11,3%) e 73,7% de parto cesárea. Das 247 crianças, 52,6% masculino, média de idade 3,0±0,6 anos. Avaliação nutricional (IMC/I): eutrofia (59,5%); risco de sobrepeso (22,7%), sobrepeso (10,1%) e obesidade (6,5%). Tempo médio de amamentação 10,5±8,9 meses. Não houve associação significante com variáveis relacionadas às condições de saúde fetal, tempo de aleitamento materno exclusivo e introdução inadequada da alimentação complementar. Aleitamento materno exclusivo observado em 17,8% e 87,0% em aleitamento materno aos 12 meses de idade. Em 82,2% foi oferecida alimentação inadequada antes dos seis meses de idade, incluindo mel de abelha e leite de vaca integral e/ou engrossado, contrariando as políticas de saúde estabelecidas. O excesso de peso foi observado em 39,3% das crianças não sendo encontrada associação com as condições da vida pré-natal, ao nascimento e de alimentação. No entanto, a baixa frequência de aleitamento materno e a inadequação da alimentação complementar podem contribuir para a origem da obesidade e como consequência as doenças crônicas degenerativas na vida adulta, contribuindo para restringir as condições de trabalho e obtenção de renda, com indução e/ou manutenção da pobreza.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Estado nutricional. Alimentação complementar.

ABSTRACT

Childhood obesity has been increasing progressively in the last decades in all age groups and the World Health Organization considers it. Exclusive breastfeeding is a alternative very important to control the global obesity epidemic. However, although the acquired knowledge, it is observed that the marketing in the service of capitalism has capillarity in all human activities, making difficult all the actions that could promote healthy eating in childhood, and maybe glimpse the possibility of control of childhood obesity. The objective of this paper is to describe the nutritional profile of children under five years and their relation to fetal health conditions, breast feeding time and the introduction of complementary feeding, focusing on the social health determinants. This is a cross-sectional study, in a probabilistic sample of children aged two to five years, from public day care centers in Colatina, ES, Brazil. It was applied an interview to the families to identify variables associated with the conditions of gestation, childbirth and birth, age of introduction of complementary foods and the end of breastfeeding. The descriptive statistics were presented in average, median and standard deviation and, when indicated, for the inferential statistics, compatible tests were used with the variables and the types of samples identified, being considered as significant the value of p <0.05, with confidence interval of 95%. The study was approve by the Research Ethics Committee of EMESCAM under process no. 1.162.086. The study included 247 mothers, with age about 25.9 ± 6.0 years, with high school (66%), 9.0 ± 3.0 prenatal appointments, intercurrences during pregnancy (42.5%), with weight gain during pregnancy 13.5 ± 6.7 kg, gestational age 39.0 ± 1.6 weeks, alcohol consumption (5.7%), tobacco (7.3%) medication (11.3%) and 73.7% cesarean delivery. Of 247 children, 52.6% male, average age 3.0 ± 0.6 years. Nutritional assessment (BMI/I): eutrophy (59.5%); risk of overweight (22.7%), overweight (10.1%) and obesity (6.5%). Average breastfeeding time 10.5 ± 8.9 months. There was no significant association with variables related to fetal health conditions, exclusive breastfeeding time and inadequate introduction of complementary feeding. Exclusive breastfeeding was observed in 17.8% and 87.0% in breastfeeding at 12 months of age. In 82.2% inadequate feeding was offered before six months of age, including honey and whole and/or thickened cow's milk, contradicting the health policies established. Overweight was observed in 39.3% of the

children, and no association was found with prenatal, birth and feeding conditions. However, the low frequency of breastfeeding and the inadequacy of complementary feeding may contribute to the origin of obesity and, as a consequence, chronic degenerative diseases in adult life, contributing to restricting working conditions and obtaining income, with induction and / or poverty reduction.

Keywords: Breast feeding. Nutritional status. Complementary feeding.

LISTA DE SIGLAS

AC Alimentação Complementar

AM Aleitamento Materno

AME Aleitamento Materno Exclusivo

BLH Banco de Leite Humano

CONSEA Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

DSS Determinantes Sociais de Saúde

EMESCAM Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

HAC Hospital Amigo da Criança

IHAC Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IMC Índice de Massa Corporal

MS Ministério da Saúde

NUPENSH Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde Humana

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PNAE Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAN Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNIAM Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PNSAN Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

QI Quociente de Inteligência

SAN Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS Sistema Único de Saúde

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dez Passos da Alimentação Saudável para crianças brasileiras	
menores de dois anos recomendados pelo Ministério da Saúde e	
OPAS/OMS	37
Quadro 2 – Textura, frequência e quantidade de alimentos a ser ofertada aos	
lactentes de acordo com a idade em meses	38
Quadro 3 – Frequência da oferta de alimento de acordo com a idade para	
crianças em aleitamento materno e para as crianças que não	
amamentam	39
Quadro 4 – Cuidados na manipulação da alimentação complementar	44
Quadro 5 – Princípios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição	51
Quadro 6 – Dez passos para o sucesso do aleitamento materno	56
Quadro 7 – Classificação de peso ao nascer e idade gestacional	62
Quadro 8 –Índices antropométricos e valores críticos para crianças de 0 a 5	
anos incompletos de acordo com a OMS 2006	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da idade de mães de crianças menores de cinco anos	
de idade, de centros de educação infantil e pré-escolas de	
Colatina-ES, (n=247)	65
Tabela 2 Hábitos de vida de mães de crianças menores de cinco anos de	
centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-	
ES, (n=247)	68
Tabela 3 - Distribuição de sexo e idade de crianças menores de cinco anos de	
centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-	
ES, (n=247)	71
Tabela 4 - Avaliação nutricional de acordo com o IMC/I de crianças menores	
de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na	
cidade de Colatina-ES, (n=247)	72
Tabela 5 - Distribuição da frequência em meses de crianças não amamentadas	
de creches municipais da cidade Colatina-ES, (n=114)	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Alimentos ofertados no primeiro mês de vida de crianças menores	
de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na	
cidade de Colatina-ES	77
Gráfico 2 - Alimentos ofertados no segundo e terceiro mês de vida de crianças	
menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-	
escolas na cidade de Colatina-ES	77
Gráfico 3 - Alimentos ofertados no quarto ao sexto mês de vida de crianças	
menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-	
escolas na cidade de Colatina-ES	78
Gráfico 4 - Alimentos ofertados entre seis e doze meses de vida de crianças	
menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-	
escolas na cidade de Colatina-ES	79

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 ALEITAMENTO MATERNO	21
2.1 PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	24
2.2 IMPACTO DO ALEITAMENTO MATERNO NA SAÚDE E MORTALIDADE	
INFANTIL	26
2.3 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E EM	
OUTROS PAÍSES	28
2.4 FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR NEGATIVAMENTE NO	
SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO	30
2.5 AVANÇOS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO NO BRASIL	32
2.6 BRAÇOS ESTRATÉGICOS DE ORGANIZAÇÃO DE POLÍTICA NACIONAL	
DE ALEITAMENTO MATERNO	34
2.7 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	36
2.7.1 Evolução da consistência e sabor da Alimentação Complementar	38
2.7.2 Variação dos alimentos oferecidos aos lactentes	40
2.7.3 Riscos da introdução inadequada da Alimentação Complementar	42
2.7.4 Práticas alimentares de lactentes	45
2.8 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS	47
2.9 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS A ALIMENTAÇÃO	
MATERNO-INFANTIL E DA CRIANÇA	49
2.9.1 Política Nacional de Alimentação e Nutrição	49
2.9.2 Política de Segurança Alimentar e Nutricional	51
2.9.3 Política Nacional de Alimentação Escolar	53
2.9.4 Políticas Públicas de Aleitamento Materno e Alimentação	
Complementar	54
3 OBJETIVOS	58
3.1 OBJETIVOS GERAIS	58
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
4.1 DESENHO DO ESTUDO E CASUISTICA	59

4.2 PONTOS DE CORTE	61
4.2.1 Dados Maternos e Gestacionais	61
4.2.2 Avaliação Antropométrica	62
4.3 ENTREVISTA ESTRUTURADA	63
4.4 REVISÃO DE LITERATURA	64
4.5 METODOLOGIA DE ANALISE DE DADOS	64
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	64
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1 RISCO MATERNO FETAL E CARACTERÍSTICAS DE NASCIMENTO DO	
LACTENTE	65
5.2 ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL	71
5.3 TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E DE	
ALEITAMENTO MATERNO	73
5.4 PRÁTICAS DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	83
APENDICES	94
APÊNDICE A	95
APÊNDICE B	96
APÊNDICE C	98
ANEXOS	102
ANEXO A	103

1 INTRODUÇÃO

Este estudo contempla principalmente as políticas de saúde da criança e do adolescente, materno-infantil, incentivo ao aleitamento materno e da segurança alimentar e nutricional, contextualizado nos determinantes sociais em saúde.

A atenção com a nutrição, desde a gestação até os dois primeiros anos de vida, é importante para que os recém-nascidos tenham um desenvolvimento saudável. Os dois primeiros anos de vida da criança são considerados uma fase muito importante, visto que o sistema imunológico, o trato gastrintestinal e o cérebro estão em fase de desenvolvimento. Nesta fase a curva de crescimento encontra-se muito acentuada, o que demanda necessidades nutricionais específicas para a idade (CORRÊA et al., 2009). Além disso, o organismo está desenvolvendo diversas ações metabólicas, o aprimoramento da densidade óssea e das capacidades cognitivas, mostrando influências positivas na saúde do adulto (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Os primeiros mil dias de vida são essenciais para toda a vida do indivíduo para a harmonização do processo saúde-doença. Os primeiros mil dias englobam desde a gestação (270 dias) até os dois anos de idade (730 dias). Os padrões de crescimento estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram a importância dos dois primeiros anos de vida na promoção do crescimento e do desenvolvimento humano. Estratégias para melhorar o estado nutricional e o crescimento das crianças devem incluir intervenções para aprimorar a nutrição das gestantes e lactantes; o início precoce da amamentação com aleitamento exclusivo por seis meses; a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno continuado junto com alimentação complementar adequada a partir de seis meses até dois anos ou mais; suplementação de micronutrientes, fortificação e suplementação alimentar, quando necessários (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2013).

O primeiro ano de vida é marcado por acelerado crescimento e desenvolvimento. Até os dois anos de vida da criança, o crescimento é reflexo das condições da história intrauterina e de fatores ambientais, dentre os quais se sobressai o estado nutricional. As alterações de crescimento fetal existentes nesse período têm como agente mais

provável o déficit nutricional pregresso ou atual. A alimentação desde o nascimento até os dois anos de idade, tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo, além do déficit de crescimento adquirido na infância ser difícil de reverter após os dois anos de idade (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

O aleitamento materno é um elemento importante da alimentação infantil, devendo ser exclusivo até os seis meses, tendo a capacidade de nutrir adequadamente neste período inicial da vida. A partir desse período, a alimentação deve ser complementada de forma adequada a fim de prevenir morbidades na infância (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Uma das políticas de saúde para a criança se expressa no Guia Alimentar para crianças menores de dois anos de idade do Ministério da Saúde (MS), que define como Aleitamento Materno Exclusivo (AME), quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos. O aleitamento materno predominante é definido quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou outras bebidas como sucos de frutas e chás. Quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano, denomina-se aleitamento materno (BRASIL, 2005).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS, citado por Bezerra et al. (2012), desde 2001 é recomendado o AME até os seis meses de idade. Isso é importante porque o leite materno exclusivo é fundamental para a saúde nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo, fornecendo água, fatores de proteção contra infecções, isento de contaminação e perfeitamente ajustado ao metabolismo da criança (BRASIL, 2005).

Victoria et al. (1987) evidenciaram que quanto maior a duração do AME, menor o risco de mortalidade por diarreia e outras infecções. A proteção que o aleitamento materno apresenta contra doenças é mais evidente nos primeiros seis meses de vida, e a iniciação de qualquer outro alimento nesse período pode diminuir essa proteção,

especialmente nos países em desenvolvimento, onde a contaminação da água e dos alimentos é considerada comum (BRASIL, 2005).

A alimentação complementar é definida como quaisquer alimentos que não o leite humano oferecido à criança amamentada a partir do sexto mês (MONTE; GIUGLIANI, 2004; BRASIL, 2005). A manutenção da amamentação combinada à oferta de alimentos complementares após os seis meses de idade, deve durar preferencialmente por dois anos ou mais. A partir dos seis meses de idade a criança alcança um estágio de desenvolvimento geral e neurológico que a capacita a receber outros alimentos diferentes do leite materno, sendo capaz de mastigar, deglutir, digerir e excretar, tendo que adequar o fornecimento de energia, proteínas, vitaminas e minerais para garantir o desenvolvimento adequado (BEZERRA et al., 2012; BRASIL, 2005).

A alimentação complementar ajustada deve incluir alimentos ricos em energia e micronutrientes, sem contaminação microbiológica, tóxicos ou químicos, sem exagero de sal ou condimentos, evitando-se alimentos industrializados, em quantidade apropriada, a partir de alimentos de fácil preparação, utilizados pela família e de custo aceitável. O planejamento da refeição de sal deve contemplar alimentos dos grupos de cereais ou tubérculos, alimento proteico de origem animal, leguminosas e hortaliças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Uma das recomendações do grupo de estudos dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) da OMS é que deve haver melhor planejamento da venda dos alimentos no varejo, para que seja possível regular o acesso a alimentos que não sejam saudáveis do ponto de vista de qualidade e de sanidade dos alimentos (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

De acordo com Monte e Giugliani (2004) devem ser introduzidos gradualmente os alimentos complementares, um de cada vez, dando um espaço de três a sete dias, com o objetivo de identificar prováveis reações alérgicas ao alimento. Segundo Ramos e Stein (2000), é necessário em média de oito a dez apresentações ao mesmo alimento para que o mesmo seja aceito e incorporado à dieta da criança.

O comportamento alimentar é estimulado pela interação que a criança tem com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatômico e fisiológico e por fatores emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais. A influência que mais define os hábitos alimentares é a relação da criança com os pais ou responsável pela sua alimentação, considerando o papel destes como os primeiros educadores nutricionais (VIEIRA, 2004).

A política de saúde (BRASIL, 2013a) explicada no manual *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos*, para que os profissionais da Atenção Básica de Saúde possam orientar as mães e cuidadores quanto à alimentação saudável das crianças brasileiras menores de dois anos, por ser uma fase de dúvidas, dificuldades, receios e ansiedades das mães e cuidadores. Os Dez passos para a alimentação saudável da criança menor de dois anos estão sendo implementados no Brasil desde 2002, com o objetivo de gerar práticas alimentares saudáveis para a criança. O seguimento adequado das condutas durante os primeiros mil dias de vida da criança vai garantir um ótimo crescimento e desenvolvimento infantil com reflexos na vida adulta, sendo um componente essencial para a segurança alimentar e nutricional do indivíduo, devendo ser apoiado pelos órgãos governamentais e articulado pela sociedade civil.

Existem poucos estudos, no Brasil, sobre a avaliação do estado nutricional em crianças menores de cinco anos de idade, indicando *déficit* de peso inferior a 5% e de altura, indicador de insulto nutricional crônico, inferior a 10%. As pesquisas sugerem que o consumo alimentar dessa população representa uma situação de *risco alimentar* e *nutricional*, exigindo intervenção por parte dos profissionais da saúde para a promoção da alimentação saudável (SALDIVA; SILVA; SALDIVA, 2010; SILVA et al. 2010).

Isso justifica o investimento na realização do presente estudo, com vistas a analisar o perfil nutricional de crianças menores de cinco anos de idade e sua relação com as condições de saúde fetal, tempo de aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, avaliando a interlocução com as políticas de saúde e, assim, poder contribuir com a disseminação de dados sobre as iniquidades em saúde

e os determinantes sociais e que possam contribuir para integrar informações ao processo de formulação das políticas de saúde.

2 ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é uma das maneiras mais eficientes de atender aos aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e melhorar o desenvolvimento de uma criança até os seus dois anos de idade e trazer reflexos positivos em toda a sua vida (SALIBA et al., 2008). O aleitamento materno trata-se de uma prática natural e eficiente, onde, estudos comprovam a sua importância para a prevenção de doenças e a redução de óbitos de crianças. O aleitamento materno é responsável por prevenir cerca de 6 milhões de mortes de crianças menores de 12 meses de idade por ano. Está também, associado a prevenção de obesidade na infância, juventude e fase adulta, morbidade e mortalidade de crianças por diarreias, desnutrição e infecções respiratórias (VIEIRA et al., 2009).

Existem evidências de que crianças amamentadas por períodos mais longos têm menor morbidade e mortalidade por doenças infecciosas, menos risco de má oclusão dental, maior inteligência e possivelmente menor risco de desenvolver sobrepeso e diabetes em longo prazo (VICTORIA et al., 2016).

Em conclusão, são diversas as ações positivas promovidas pelo aleitamento materno. Entre elas, o atendimento das necessidades nutricionais, a realização de melhor resposta imunológica do organismo da criança mediante o controle das infecções e outras morbidades, contribuindo para a promoção do desenvolvimento saudável da criança sendo a alimentação saudável um dos determinantes sociais que interferem positivamente no processo saúde-doença (BRASIL, 2005).

De acordo com a recomendação do MS, a criança deve receber o AME até os seis meses de idade. A introdução de alimentação complementar antes dos seis meses de idade acarreta em riscos de má absorção de nutrientes, tanto do leite materno quanto dos alimentos ingeridos, diarreias, distúrbios de crescimento e desnutrição, além de contribuir para redução da produção do leite materno e duração da amamentação (BRASIL, 2015).

O Guia alimentar para crianças menores de dois anos do MS adota as mesmas categorias de aleitamento materno definidas pela OMS.

Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos. Aleitamento materno predominante – quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás. Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano (BRASIL, 2005, p.16).

O leite materno é o alimento primordial para as crianças e até os seis meses de vida, o bebê deverá ingerir leite materno exclusivo, sem a adição de outro alimento. A ausência de outros alimentos na dieta da criança não acarretará malefícios a sua saúde e não possibilitará deficiências nutricionais ao indivíduo (CORINTIO, 2015). A oferta de alimentos complementares aos bebês com idade inferior a seis meses, pode promover má digestão dos alimentos e, nesse sentido ocasionar problemas a saúde da criança (BRASIL, 2005).

São inúmeros os benefícios atribuídos ao aleitamento materno. Sua composição possui os macros nutrientes e micronutrientes adequados para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê. O aleitamento materno funciona como medida preventiva para diarreia e desnutrição infantil e a falta desse alimento é responsável em grande parte pela mortalidade infantil (CAMPOS et al., 2015).

De acordo com o guia do UNICEF, para o lactente os benefícios da amamentação são inúmeros, pois o leite materno está pronto a todo momento e na temperatura adequada, e protegerá contra doenças e alergias, é de fácil digestão e ideal para seu organismo, contém todos os nutrientes necessários para seu desenvolvimento e é seguro sanitariamente, não possuindo riscos de contaminações (BRASIL, 2007ª), além de ampliar o vínculo afetivo mãe-bebê (BRASIL, 2015).

Além de ser essencial à saúde do filho, no período de lactação é possível identificar resultados positivos na vida da mãe. Com a amamentação, a mãe possui maior facilidade na redução de peso, além de conseguir prevenir doenças crônicas (CAMPOS et al., 2015). Os benefícios para a mãe podem ser imediatos ou em longo

prazo. Benefícios imediatos podem ser observados na recuperação do parto e involução uterina precoce, pela ação do hormônio ocitocina e recuperação do peso adquirido na gravidez. Também ocorrem menores taxas de acidentes ou malcuidados com o lactente por mães que amamentam. Em longo prazo, há evidencias de que a amamentação pode prevenir câncer de mama, colo do útero e ovários e até doenças cardiovasculares e osteoporose (ALMEIDA, 1999; CORINTIO, 2015). Na série do The Lancet de 2016, além de diminuir o risco de hemorragias e anemias, os benefícios à lactante se estendem à prevenção do câncer de mama, melhora o tempo intergestacional e redução dos riscos de diabetes e câncer de ovário (VICTORIA et al., 2016).

Segundo Vieira et al. (2009) ao amamentar, a mãe recupera-se do sentimento de separação de seu bebê que ocorre após o parto, responsável por causar depressão pós-parto em várias mulheres. A amamentação satisfaz o instinto maternal, proporcionando redução do estresse e mal humor, e sensação de bem-estar.

Apesar de todas as vantagens indicadas, existem evidencias de que as crianças das famílias mais ricas apresentaram maiores prevalências de aleitamento até os seis meses de idade, mas entre as crianças mais pobres e que são amamentadas até os seis meses existe tendência de amamentação por tempo mais prolongado. Em resumo, os dados sobre amamentação sugerem que esta prática está aumentando em nosso país, e que mães de nível socioeconômico mais alto tendem a amamentar mais frequentemente do que as mais pobres, pelo menos nos primeiros seis meses de vida de seus filhos. Verifica-se aqui que os que mais necessitam são os menos beneficiados, indicando a necessidade de ampliar as redes sociais e comunitárias propiciando maior apoio a melhoria da situação de saúde nesses grupos sociais mais desfavorecidos. É possível nesse caso, entender a questão como uma iniquidade em saúde, que por condição econômica, privilegia um grupo em detrimento de outro, além disso pode se considerar que essa é uma interferência negativa dos determinantes sociais em saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

O leite materno é essencial e indispensável para a vitalidade de um bebê, e deve ser ofertado a ele em até uma hora após seu nascimento. A composição do leite materno

consiste de água, proteínas, lipídeos, carboidratos, vitaminas, imunoglobulinas e hormônios em quantidades suficientes para a nutrição completa até os seis meses de idade, dispensando a necessidade da oferta de água e qualquer outra alimentação complementar (MOURA et al., 2015).

Victoria et al. (2016) em série apresentada no The Lancet, com análise de dados de aleitamento materno de 153 países, destaca que as crianças que são amamentadas por maior período têm melhor desenvolvimento intelectual, com um aumento médio de 3 pontos no quociente de inteligência (QI), o que pode aperfeiçoar o desempenho escolar. Além de proteger de infecções, diarreias e alergias, o bebê cresce com mais saúde, ganha peso mais rápido e fica menos tempo internado, como também diminui os riscos de hipertensão, colesterol elevado, diabetes e obesidade (ALMEIDA, 1999).

Portanto, fortalecer todas as redes de apoio social para aumentar a prevalência de aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida implica aumentar o acesso a alimentação de qualidade e até esta condição natural de alimentação parece estar associada a fatores socioeconômicos, quando se considera que mães com maior poder econômico amamentam mais que as mais pobres (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

2.1 PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Para Saldan et al. (2015), nas últimas décadas houve significativo aumento da prevalência do AME em lactentes de até seis meses de idade no Brasil. No período de 1975 a 2008, foram realizadas sete pesquisas nacionais que evidenciaram aumento de 3,1 para 41,0% na prevalência de AME em menores de seis meses. Em termos de duração da mediana do aleitamento materno, observou-se aumento de 2,5 meses para 11,3 meses. A amamentação na primeira hora de vida passou de 33,0% em 1996 para 42,9% em 2006, e, em 2008, alcançou o patamar de 67,7%. No entanto, os resultados desses estudos são muitas vezes baseados em metodologias inadequadas, pois são realizados por inquéritos contaminados por vieses de memória, pois não parece refletir a realidade atual.

De acordo com a II Pesquisa de prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal do MS, a taxa de AME até os seis meses de idade estava em torno de 41%, mas identificou crianças usando mamadeira (58,4%) e chupeta (42,6%) (BRASIL, 2009^a). Apesar disso, as pesquisas conduzidas pelo Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde Humana (NUPENSH) da EMESCAM, não confirmam esses percentuais, que indicou prevalência de 35,2% de AME entre lactentes de três a quatro meses, utilizando a técnica padrão-ouro para avaliação do AME, no município de Cachoeiro de Itapemirim/ES (SILVA et al., 2016).

Saldan et al. (2015), em estudo realizado em 2012 na cidade de Guarapuava-PR, relatou prevalência do AME até os seis meses de 36%, percentual considerado ruim, se comparado com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, onde o AME em menores de seis meses para o conjunto das capitais brasileiras foi de 41,0% em 2008, considerando as limitações metodológicas para a obtenção dos dados.

Apesar das limitações metodológicas, sem dúvida o Brasil é modelo mundial de políticas de aleitamento materno e se destacou como referência mundial em aleitamento materno em relação a países de renda alta como Estados Unidos, Reino Unido e China na série do The Lancet (2016) que analisou dados sobre o aleitamento materno em 153 países. Segundo a pesquisa, no Brasil, em 1974 as crianças eram amamentadas, em média, por dois meses e meio, e 32 anos depois este número aumentou para 14 meses. Em 1986, apenas 2% das crianças com até seis meses recebiam exclusivamente o leite materno e em 2008 essa taxa saltou para 41%. Vários países analisados apresentaram queda em ambos os números, como a China, que teve queda de 5%. Em países de baixa renda, a maior parte das crianças ainda são amamentadas até um ano, em comparação com menos de 20% em muitos países de alta renda e menos de 1% no Reino Unido (VICTORIA et al., 2016).

Vossenaar et al. (2014) observaram em pesquisa com mães de lactentes e crianças da Guatemala que a estimativa do AME foi rara, onde 14% das crianças receberam AME por cinco meses, e apenas 9% o recomendado de seis meses.

2.2 IMPACTO DO ALEITAMENTO MATERNO NA SAÚDE E MORTALIDADE INFANTIL

A série apresentada pelo The Lancet (2016) relatou que mortes de 823.000 crianças e 20.000 mães em cada ano poderiam ser evitadas pelo aleitamento materno universal, assim como a economia de US\$300 bilhões. Desde 2013 o mesmo jornal já havia mencionado em sua série sobre nutrição materno-infantil que 800.000 mortes de crianças poderiam ser prevenidas através do aleitamento materno (HANSEN, 2016; VICTORIA et al., 2016; ROLLINS et al., 2016). Esse estudo reforça o poder do aleitamento materno como um dos determinantes sociais em saúde.

Estudo conduzido por Oddy (2013), envolvendo 67 países, para avaliar a relação entre a amamentação do colostro na primeira hora de vida e a taxa de mortalidade neonatal por infecções, comprovou essa relação em todos os países. Isso ocorre porque o leite materno é composto por enzimas, hormônios, citocinas e agentes imunológicos que reduzem a resposta inflamatória e defendem o organismo. Caso o recém-nascido ainda não tenha recebido leite materno, ele não contém defesa contra esses agentes, aumentando o risco de óbito. O parto por cesariana dificulta a amamentação na primeira hora de vida e nesse caso é provável que as desigualdades sociais também tenham a sua importância, pois mulheres com maior poder aquisitivo têm maiores chances de optarem pelo parto cesariana. Isto porque os acessos para a utilização de serviços de saúde estão, em grande parte, relacionados a estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde, fazendo com que tais desigualdades sejam bastante permeáveis às políticas setoriais, incluindo serviços públicos e privados por planos de saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Balaban e Silva (2004) realizaram estudo bibliográfico a fim de encontrar a relação entre a obesidade e a amamentação exclusiva até os seis meses de vida. Embora ainda necessite mais estudos é provável que exista relação entre obesidade e desmame precoce e alimentação complementar inadequada. A obesidade é uma condição nutricional que atinge todas as camadas sociais, independente da condição socioeconômica e que indistintamente afeta a condição de saúde da população,

contribuindo para a ocorrência das doenças crônicas degenerativas como diabetes tipo 2, hipertensão arterial e distúrbios metabólicos como alteração no perfil lipídico e da glicose. As consequências se refletem em maior mortalidade da população, incluindo grupos cada vez mais jovens.

Apesar de todas as vantagens descritas para o leite materno, após os seis meses de idade, este alimento não supre mais todas as necessidades nutricionais do lactente, havendo a necessidade de introdução de alimentação complementar, que além de ajustar as necessidades nutricionais, incentiva a mastigação, as funções da língua, o desenvolvimento da musculatura facial, e do desenvolvimento do sistema gastrointestinal para atender a maior demanda de nutrientes (FREITAS et al., 2016).

A importância dessa fase se dá por marcar o início da implementação de hábitos alimentares saudáveis. A introdução de alimentos deve ocorrer em momentos corretos, em quantidade e principalmente qualidade adequadas, respeitando cada fase do desenvolvimento alimentar da criança (BRASIL, 2005). Mas, é de suma importância que a amamentação seja mantida após os seis meses de idade e até que mãe e bebê estejam confortáveis, levando em consideração que as recomendações sejam de aleitamento materno até os dois anos ou mais de idade associado à alimentação complementar (MONTEIRO, 2015). Mas, apesar disso, há pouco conhecimento das mães sobre os alimentos e as preparações que devem ser ofertadas quando iniciada a alimentação complementar. Mães adolescentes tendem a ofertar alimentos inadequados e de pior qualidade aos seus filhos do que mães não adolescentes (FUZETO; OLIVEIRA, 2010).

Intervir politicamente no empoderamento da organização comunitária e em redes de solidariedade para apoiar o aumento dos índices de amamentação, é uma forma de contribuição aos determinantes em saúde, gerar sociedades mais inclusivas e melhorar as condições de saúde. Incentivar o aleitamento materno é uma ação possível, em qualquer contexto socioeconômico e assim, começar a reduzir as iniquidades em saúde entre os grupos menos favorecidos.

2.3 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E EM OUTROS PAÍSES

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal do MS, a prevalência de AM de nove a doze meses de idade foi de 58,7%, sendo mais presente na região norte do país, com prevalência de 76,9% (BRASIL, 2009a). Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006), 95% das crianças brasileiras foram alimentadas pelo leite materno alguma vez, porém esse número cai drasticamente quando relacionado com um período maior de idade das crianças (BRASIL, 2009d). Isso representa grande vulnerabilidade nutricional para a saúde de crianças, em especial, em uma fase de grande desenvolvimento de suas potencialidades intelectuais, que sem dúvida irá interferir no processo de aprendizagem com possibilidade de limitação no seu desenvolvimento humano futuro e risco de manutenção do pertencimento a grupos mais pobres, que estão sujeitos a maior risco a sua saúde.

Ao avaliarem os fatores associados ao AME em crianças entre hospitais públicos amigos da criança em Teresina-Piauí, Ramos et al. (2010) encontraram que 19% tiveram AME e 16% aleitamento materno predominante aos 180 dias e 56% apresentaram aleitamento materno (AM) aos 361 dias de vida. Aos seis meses 65% das crianças já haviam consumido outros leites ou alimentos complementares.

As medianas do tempo do AME, aleitamento materno predominante e aleitamento materno foram respectivamente de 19, 79 e 179 dias na Cidade de Gameleira-PE e de 23, 91, e 169 dias na Cidade de São João do Tigre-PB. Mães com melhores condições socioeconômicas e com assistência pré-natal, apresentaram maior duração do aleitamento predominante em ambos os municípios do Nordeste do Brasil (OLIVEIRA et al., 2013), indicando a interferência do poder socioeconômico nesse benefício para a crianças.

Em estudo sobre os padrões alimentares de crianças na Guatemala, Vossenaar et al. (2014) verificaram que a proporção de crianças em aleitamento materno predominante, que permite que certos líquidos, tais como água, sucos e demais

fluidos, foi de 33% aos cinco meses e 23% aos seis meses. Segundo o autor, a adesão geral às orientações da OMS para a alimentação no primeiro semestre de infância foi muito menos do que o ideal e precisa de reforço. Embora a Guatemala venha piorando o seu IDH, quando em 1980 ocupava 89º posição passou em 2014 para 128º posição mundial (EL ÍNDICE..., 2016), ações políticas de baixo custo financeiro poderiam promover e estimular organizações comunitárias e redes de solidariedade a se envolverem na melhoria dos índices de amamentação, um importante determinante social de saúde na redução da mortalidade infantil naquele país que é de 23,51 por 1000 nascidos vivos (GUATEMALA ...2015).

Em estudo no norte e sul da Itália, Romero et al. (2006), verificaram a taxa de amamentação de 95%. O AME foi de 44% em um, 32% aos três, e 9% aos seis meses de idade. O aleitamento materno foi de 86% em um mês, 64% aos três meses, 35% em seis meses, e 5% em doze meses de idade. Em todos os casos não houve diferenças significativas entre as regiões.

Lange et al. (2013) em uma pesquisa longitudinal de crianças francesas verificaram que em 72% foi ofertado leite materno de forma exclusiva durante um período médio de 68 dias e que a idade do desmame foi de cinco meses.

A prevalência de aleitamento materno em países industrializados, de acordo com a pesquisa de Ibanez et al. (2012) apresentou a prevalência de iniciação do AME sendo a mais alta na Noruega, Dinamarca e Japão, com, respectivamente, 99, 98,7 e 98,3%. A prevalência de AME foi menor no Reino Unido, Estados Unidos e França, com, respectivamente, 70, 69,5 e 62,6%. Estes dados podem mascarar conflitos de interesses do capitalismo, pela indústria de alimentos, na obtenção de apoio científico para demonstrar o baixo poder da oferta de fórmulas industrializadas no processo de desmame precoce nos países em desenvolvimento.

2.4 FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR NEGATIVAMENTE NO SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Fein (2009), pontuou alguns fatores que podem estar relacionados à baixa prevalência do AME até os seis meses de idade, onde mães assistidas e orientadas por equipes de saúde amamentam seus bebês por mais tempo do que mães sem orientação e a menor idade materna, a primiparidade e o uso da chupeta pelos lactentes reduzem o índice de AME. Isto representa a tendência atual da situação de saúde no país que destaca as desigualdades em saúde segundo variáveis de estratificação socioeconômica, como renda, escolaridade, sexo, idade e local de moradia.

A idade, como a fase da adolescência, representa um dos determinantes em saúde que influencia no processo saúde-doença, desde a vida intrauterina, com reflexos para toda a vida. No processo etiológico da doença, ser adolescente tem efeito muito mais associado às questões sociais de vida da adolescência do que os efeitos biológicos da maternidade na adolescência. Lima (2011) realizou entrevista com onze mães adolescentes de lactentes entre sete e onze meses, e observou que há falta de informação existente sobre os alimentos, horários da alimentação e importância da amamentação exclusiva até os seis meses de idade. Quando questionadas sobre os alimentos que ofereciam aos seus filhos, grande parte relatou oferecer mingau, na mamadeira ou na seringa, iogurtes entre as refeições, a própria refeição que consomem, assim como biscoitos e demais componentes de lanches. Acreditavam que estavam ofertando alimentos seguros e nutritivos a seus filhos.

Campos et al. (2015) identificaram como fatores que contribuem para a redução das taxas de AME, a renda da mãe, enquanto a presença do pai da criança aumenta as taxas de AME até os seis meses de idade ou mais. Quando questionadas sobre os motivos de não amamentarem seus filhos como recomendado as respostas foram meu leite secou ou parei de amamentar pois precisava trabalhar/estudar. Mesmo que as mães valorizem o aleitamento materno, muitas não se percebem seguras a ponto de adotá-lo como único alimento durante o período que ele é recomendado. Ainda que a biologia materna esteja apta para a produção do leite, a amamentação pode não ocorrer, pois a amamentação apresenta aspectos plurais na sua prática; além da

questão biológica, existe a questão histórica, social e cultural, sendo biologicamente determinada e socioculturalmente condicionada (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007) e as questões socioculturais são solucionadas em curto prazo, pois dependem de aprendizado significante, conhecimento e informação.Um determinante social da saúde, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece, é o acesso à informação. O acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Por outro lado, a falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminui significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade. As iniquidades de informação são, portanto, especialmente graves, pois, ao reforçar a exclusão, têm o poder de gerar e ampliar outras iniquidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Outros motivos, além das questões culturais pelos quais as mulheres evitam ou interrompem a amamentação estão associados a razão médica, psicológica e até por inconveniência e desconforto físico, além de muitas mães sem suporte fazerem uso de fórmula, considerando o apelo do marketing capitalista da indústria que com o seu poder de convencimento insere no imaginário das pessoas a superioridade das fórmulas infantis em relação ao leite materno. Estas situações têm consequências catastróficas sobre as taxas de amamentação e a saúde das futuras gerações. O compromisso se faz necessário por parte dos governos e autoridades de saúde para estabelecer que cada mulher possa amamentar e receber todo o apoio que precisa para fazê-lo (VICTORIA et al., 2016; ROLLINS et al., 2016).

Outro artifício da indústria é o estimulo ao hábito cultural de usar chupeta e mamadeira que revelam forte associação com o aleitamento materno. Um estudo realizado no Estado do Piauí, Brasil, mostrou que as crianças que não usavam chupeta apresentaram uma prevalência de aleitamento materno de 89% e as que não usavam mamadeira, uma prevalência de 94% (RAMOS et al., 2008).

Confirmando as vantagens do aleitamento materno sobre a saúde infantil, Corona e Conde (2013) observaram maior velocidade de ganho de peso e maior desenvolvimento nas crianças amamentadas por maior tempo, ao analisaram a

influência do aleitamento materno sobre a composição corporal em 760 crianças menores de três anos, verificaram que o aleitamento materno predominante apresentou papel protetor sobre o acúmulo de gordura nas crianças pesquisadas. A menor quantidade de gordura corporal encontrada nas crianças amamentadas por mais tempo, trata-se da composição corporal apropriada para o adequado crescimento infantil. Estas descobertas lançam o possível papel preventivo do aleitamento materno sobre a obesidade. Relataram ainda melhora nos mecanismos da saciedade que facilitaram a auto regulação do consumo de energia.

Nos primeiros anos de vida, entre o nascimento até os cinco anos de idade, a criança precisa obter uma dieta rica em micro e macro nutrientes, para assim evitar deficiências nutricionais. Nesse sentido, o aleitamento materno seguido de forma correta garante ao bebê melhores condições de manter-se uma criança eutrófica. O aleitamento materno previne a desnutrição e possui nutrientes essenciais para o desenvolvimento da criança para conceder ao indivíduo melhor qualidade de vida evitando algumas doenças como a obesidade (BALABAN; SILVA, 2004).

O aleitamento materno proporciona saúde a curto e em longo prazo, destacando a prevenção da obesidade infantil tanto para famílias de baixa, média ou alta renda. O aleitamento materno é nutricional, imunológica, neurológica, endocrinológica, econômica e ecologicamente superior aos substitutos do leite materno, e não requer o controle da fabricação, transporte, armazenamento e mecanismos de alimentação de qualidade (MCFADDEN et al., 2016; ROLLINS et al., 2016), como precisa ser observado nos substitutos do leite humano.

2.5 AVANÇOS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO NO BRASIL

O Brasil tem a maior e mais complexa rede de Bancos de Leite Humano do mundo, coordenada desde a sua implantação pelo Doutor João Aprígio Guerra de Almeida. Recentemente, conta com 218 bancos de leite e 161 postos de coleta difundidos em todos os estados. Nos últimos quatro anos, o MS repassou R\$ 3,2 milhões para

manutenção do serviço no país. O modelo do Banco de Leite Humano (BLH) brasileiro é referência internacional (FRASÃO, 2016).

O Brasil se tornou destaque em relação às suas políticas públicas de aleitamento materno após análise da revista The Lancet (2016) na série que avaliou a amamentação em 153 países e destacou a regulamentação da lei da amamentação, que limita a comercialização de substitutos do leite materno e incentiva a licença maternidade de seis meses, os processos sistemáticos de certificação dos Hospitais Amigos da Criança e a rede de Bancos de Leite Humano em mais de 200 hospitais que garantem a amamentação a milhares de crianças todos os anos (VICTORIA et al., 2016; ROLLINS et al., 2016).

Moura et al. (2015) destacam os programas de incentivo à amamentação que se intensificam no Brasil, entre eles estão o Banco de Leite, responsável pela promoção do aleitamento e cumprimento das atividades de coleta do leite e o Hospital Amigo da Criança que promove, protege e apoia o aleitamento materno, mediante a adoção dos dez passos para o incentivo do aleitamento materno. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), tem se apresentado eficaz na ampliação da prática da amamentação em muitas regiões, cooperando com a redução da morbimortalidade infantil (FIGUEIREDO; MATTAR; ABRÃO 2012). Esses são exemplos de políticas que podem reduzir as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde e em grande parte se relacionam à estrutura e funcionamento dos sistemas e saúde.

A política brasileira está em consonância com as recomendações da Iniciativa Mundial da Amamentação que tem uma abordagem programática relacionada à intensificação das intervenções, incluindo planejamento de políticas de sistemas de saúde e nutrição, serviços comunitários e de apoio à mãe, promoção de mídia, proteção à maternidade, código internacional de comercialização de implementação de substitutos do leite materno, monitoramento e pesquisa, para melhores práticas de amamentação. O custo financeiro de um programa para implementar a Estratégia Global em 214 países é estimado em US \$ 17,5 bilhões (US \$ 130 por nascidos vivos), onde o maior custo recorrente é direitos de maternidade (HOLLA-BHAR et al., 2015). Apesar, disso, o Brasil é um dos poucos países em desenvolvimento que apresentou avanços nessas políticas.

2.6 BRAÇOS ESTRATÉGICOS DE ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO

A Rede Amamenta Brasil, criada em 2008, é uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do método de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, amparada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e atendendo as especificidades locais e regionais, com objetivo geral de colaborar para aumentar os índices de aleitamento materno no País (BRASIL, 2011).

Em 2012 foi lançada a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tem como alvo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com a finalidade de reforçar e impulsionar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável em crianças menores de dois anos na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo resultado da conexão da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), com compromisso de formação de recursos humanos na atenção básica (BRASIL, 2013c; PORTAL DA SAÚDE, 2016).

Desde 1985 o Instituto Fernandes Figueira (IFF) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) é responsável pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH), que tem a função de promoção do aleitamento materno e efetivação das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do leite produzido nos primeiros dias após o parto, do leite de transição e do leite humano maduro, para posterior distribuição sob prescrição do médico ou nutricionista (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016b; MAIA et al., 2006).

A IHAC, criada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF tem o objetivo de aumentar os índices de aleitamento materno, na atenção hospitalar, com a função de desempenhar o direito da mulher de aprender e exercitar a amamentação com sucesso por meio de mudanças nas rotinas nas maternidades para a execução do Dez Passos para o

Sucesso do Aleitamento Materno, citado no Quadro 7. O Método Canguru é um molde de proteção perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo peso, que além de gerar maior apego entre mãe e filho, influencia positivamente as taxas de aleitamento materno nessa população (BRASIL, 2010a).

A Proteção legal ao aleitamento materno se deu através da adoção do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno na sua totalidade, onde em 1988, o Brasil criou a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes. Em 2006 foi criada a Lei 11.625, que regulamenta a promoção comercial e dá orientações do uso apropriado de alimentos para crianças até três anos (BRASIL, 1992; BRASIL, 2006).

A Semana Mundial de Amamentação é a principal mobilização social de apoio ao aleitamento materno e é comemorada desde 1992 para promover as metas da Declaração de Innocenti, sendo uma condução para a promoção da amamentação. A semana Mundial de Amamentação ocorre em 120 países, celebrada de um a sete de agosto. No Brasil desde 1999, o MS coordena a semana, com apoio de Órgãos Internacionais, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Hospitais Amigos da Criança, Sociedades de Classe e ONGs (FIOCRUZ, 2016b).

Para o monitoramento das ações e práticas de amamentação no Brasil, foram feitos dois inquéritos nacionais, no dia da campanha de vacinação contra poliomielite, um 1999 e outro em 2008 que foi a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno e a cada 10 anos é realizada a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2009a; BRASIL 2009d).

Os cuidados na primeira infância são essenciais para o desenvolvimento saudável da criança e traz impactos socioeconômicos às sociedades. Relacionado ao ponto de vista das políticas públicas, a questão de como o investimento deve ser adotado para a promoção de um desenvolvimento infantil adequado é de suma importância, pois atua diminuindo as diferenças sociais e as consequências relacionadas à má alimentação, auxiliando em uma melhor avaliação do desenvolvimento infantil, que englobe os primeiros mil dias de vida da criança.

Em síntese, as políticas e programas descritos sobre as questões relacionadas ao incentivo ao aleitamento materno foram avaliados com foco nas redes sociais e setoriais que atuam sobre tradicionais paradigmas da assistência sobre os benefícios do aleitamento materno na saúde materno-infantil. Chama a atenção o histórico da assistência social que demarca a teoria do *capital humano* como norteadora dessa assistência, em paises de grandes desigualdades sociais e profundas iniquidades em saude. É importante destacar a redução no financiamento das políticas sociais em função do avanço da globalização, onde os arranjos organizacionais da assistência à saúde com hierarquização da condição humana, baixa atenção para condição social que não recebeu tratamento adequado (ESCODA, 2012).

2.7 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

O conceito de alimentação complementar é consideravelmente novo, e surgiu a partir dos anos 1990. Anteriormente, prevalecia o termo desmame, atualmente considerado inadequado por caracterizar a completa interrupção da amamentação. A alimentação complementar conceitua-se como o momento em que se introduz alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos à alimentação de lactentes, concomitante ao leite materno (EUCLYDES, 2014).

A introdução da alimentação complementar deverá ser iniciada somente a partir do sexto mês de vida do lactente, para que não haja redução da ingestão do leite materno e, consequentemente, não diminua a oferta de fatores de proteção (RIBEIRO, 2015). Após o sexto mês de vida, o leite materno já não é mais capaz de nutrir por completo o lactente, devendo ser iniciada a introdução de novos alimentos à rotina diária da criança (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

O MS elaborou um manual para que os profissionais da Atenção Básica possam orientar as mães e cuidadores quanto a alimentação saudável das crianças menores de dois anos de idade, objetivando a operacionalização dos Dez Passos da Alimentação Saudável para crianças brasileiras menores de dois anos, apresentado no Quadro 1

Apesar do reconhecimento internacional das políticas de saúde em favor do aleitamento materno e da alimentação complementar, essas políticas ainda não logram grande êxito no país. Nesse sentido, o desgaste do capital social, um importante mecanismo através do qual as iniquidades socioeconômicas impactam negativamente a situação de saúde, podem justificar o descrédito da população nessas políticas. As relações de confiança no Brasil são extremamente débeis, praticamente limitando-se à confiança em laços familiares e em torno de 15% em pessoas fora do ciclo familiar (ALMEIDA, 2007). Países com frágeis laços de coesão social resultantes dessas iniquidades são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social e são também onde há menor participação na definição de políticas públicas. Estudos mostram que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social e onde avaliam melhor a própria saúde (PATTUSSI; HARDY; SHEIHAM, 2006).

Quadro 1 – Dez Passos da Alimentação Saudável para crianças brasileiras menores de dois anos recomendados pelo Ministério da Saúde e OPAS/OMS

Passo 1	Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento
Passo 2	Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais
Passo 3	Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno
Passo 4	A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança
Passo 5	A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família
Passo 6	Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida
Passo 7	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições
Passo 8	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação
Passo 9	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados
Passo 10	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: Brasil, 2013a

Com o intuito de promover uma alimentação complementar adequada para essa fase da vida é essencial o cuidado na escolha dos alimentos, sua textura e a frequência com que são ofertados (BRASIL, 2009b). O Quadro 2 apresenta as orientações para a correta introdução da alimentação complementar de acordo com cada faixa etária, do sexto mês de vida aos dois anos de idade, exibindo as recomendações para o preparo da alimentação complementar dos lactentes, de acordo com cada etapa deste ciclo.

Quadro 2 - Textura, frequência e quantidade de alimentos a ser ofertada aos lactentes de acordo com a idade em meses

Idade	Textura	Frequência	Quantidade a cada refeição
A partir do 6º mês	Papa pastosa,	1 vez ao dia +	Iniciar com 2 a 3 colheres de
	alimentos bem	amamentação	sopa, aumentando
	amassados.	frequente	gradativamente.
A partir do 7º mês	Alimentos	2 vezes ao dia +	Aumentar gradativamente até
	amassados	amamentação	2/3 de uma xícara ou 150 ml.
		frequente	
9 a 11 meses	Alimentos bem	2 vezes ao dia +	¾ de uma xícara ou 175 ml.
	cortados ou	amamentação	
	amassados, se		
	necessário.		
12 a 24 meses	Alimentos bem	2 vezes ao dia +	1 xícara ou 250 ml.
	cortados ou	amamentação	
	amassados, se		
	necessário.		

Fonte: Brasil, 2010b, p.108

2.7.1 Evolução da consistência e sabor da Alimentação Complementar

A partir do sexto mês de vida recomenda-se a introdução de novos alimentos à rotina da criança, em consistência de papa, sendo a salgada composta pelos grupos básicos da pirâmide alimentar. Recomenda-se que as mesmas sejam preparadas com pouco tempero, somente cebola e pouco óleo. Devem ser ofertados de forma amassada e

separados para que o lactente possa identificar cada alimento presente (VITOLO, 2009).

O Guia alimentar para crianças menores de dois anos de idade orienta que a partir dos seis meses pode-se inserir alimentos complementares três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes se estiver desmamada, estimulando o consumo diário de frutas, verduras e legumes, pois são importantes fontes de vitaminas, cálcio, ferro e fibras (BRASIL, 2005). O Quadro 3 demonstra a frequência que devem ser oferecidos os alimentos para a criança que faz o aleitamento materno e para aquela que não é amamentada.

Quadro 3 – Frequência da oferta de alimento de acordo com a idade para crianças em aleitamento materno e para as crianças que não são amamentadas

Criança em aleitamento Materno

- Após completar 6 meses: duas papas de fruta e uma papa salgada;
- Após completar 7 meses: duas papas de fruta e duas papas salgada;
- Após completar 8 meses: duas papas de frutas e duas refeições salgadas. A partir dessa idade a criança já pode receber alimentos saudáveis preparados para a família desde que amassados, sem conter temperos fortes ou industrializados, excesso de sal e ou de óleo;
- Após completar 12 meses: duas frutas e duas refeições salgadas, além de uma refeição ao acordar.

Criança que não são amamentadas

- Iniciar a introdução de alimentos a partir do quarto mês: duas papas de frutas e duas papas salgadas, além de duas refeições contendo leite, respeitando a aceitação da criança;
- Ao completar 6 meses: duas papas de fruta e duas papas salgadas, além de duas refeições contendo leite;
- Após completar 8 meses: duas frutas, duas refeições salgadas, com alimentos da família, duas refeições contendo leite.

Fonte: Brasil, 2010b, p. 108

A princípio, as frutas devem ser oferecidas em forma de papa ou espremidas e, gradualmente, modifica-se sua consistência. Ressalta-se a importância de sua introdução para uma melhor absorção dos nutrientes da dieta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

No sétimo mês, a segunda papa salgada já pode ser introduzida, sempre respeitando os intervalos com o leite materno. Após o oitavo mês, os alimentos a serem oferecidos

aos lactentes, gradativamente podem ser preparados em conjunto a dieta dos demais membros da família, desde que contenham quantidades mínimas de sal, açúcar e gorduras, a fim de não prejudicar a percepção do sabor do alimento pela criança. Aos 12 meses de idade, o lactente poderá receber os mesmos alimentos da família (BRASIL, 2013a), observando sempre os conceitos de alimentação saudável.

É de fundamental importância a evolução da consistência da alimentação oferecida aos lactentes no decorrer de seu crescimento, iniciando de forma pastosa à consistência normal como dos demais membros da família, uma vez que o valor calórico ingerido dependerá dessa intervenção (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

2.7.2 Variação dos alimentos oferecidos aos lactentes

A partir do sexto mês de vida do lactente, as necessidades calóricas e nutricionais se intensificam e o leite materno já não as supre por completo. Portanto, faz-se necessário a introdução de novos alimentos, de forma diversificada, que ofereçam os nutrientes em quantidade e qualidade adequadas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Devido a isso, papas (salgadas e de frutas) oferecidas diariamente, evoluem de acordo com os meses de vida. As mesmas devem conter alimentos de todos os grupos, podendo ocorrer a troca entre os componentes do mesmo grupo. Uma alimentação diversificada proporcionará uma variedade maior de nutrientes para o lactente, privando-o de possíveis deficiências nutricionais (BRASIL, 2013a).

Segundo Euclydes (2014), a oferta de carne na alimentação complementar deve ser de duas porções por dia, sendo interessante a introdução de cortes magros de carne bovina, preferencialmente moída (para uma melhor deglutição do lactente) e de aves. Além disso, recomenda-se a inserção de uma porção de vísceras por semana, como, por exemplo, o fígado de galinha, para aumentar a oferta de ferro.

Segundo Hetherington et al. (2015), apesar do conhecimento dos benefícios para a saúde aos indivíduos que consomem dietas ricas em fontes vegetais, a ingestão de frutas e vegetais em crianças europeias são geralmente mais baixos do que o recomendado em toda a Europa. No Reino Unido somente 20% das crianças conseguem atender a recomendação da ingestão de vegetais e legumes diariamente. A maioria das crianças do Reino Unido com idade entre cinco a15 anos come apenas uma porção de legumes todos os dias e 7% das crianças não comem frutas ou vegetais (LAKSHMAN; ELKS; ONG, 2012).

Para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, a aprendizagem do sabor deve iniciar especialmente antes dos dois primeiros anos de vida, sendo um período em que novos alimentos são relativamente aceitos mais facilmente, estudos têm mostrado que as preferências alimentares que são desenvolvidas neste período de idade têm uma influência duradoura (LANGE et al., 2013).

É importante ressaltar que a alimentação constitui uma das atividades humanas mais importantes e uma das necessidades mais primitivas e campo de constante debate ideológico na luta pela obtenção dos alimentos, em quantidade e qualidade para satisfazer as necessidades nutricionais nas diferentes fases da vida da população. Independente de questões ideológicas é preciso aprimorar os processos políticos para melhor integração econômica, social, cultural e política no mundo globalizado em torno da equidade na obtenção de alimentação saudável para todos, incluindo a disseminação de conhecimento para as mães, sobre a melhor forma de alimentar os seus filhos.

De acordo com o volume de leite materno ingerido pelo lactente, o valor energético a ser ofertado pela alimentação complementar se modifica. Com o decorrer dos meses, a densidade energética da alimentação complementar eleva-se, pois, o aporte energético do leite humano já não é mais suficiente para suprir todas as necessidades do lactente que tem exigências nutricionais mais elevadas em virtude do rápido processo de crescimento e desenvolvimento, quando é exigido maior aporte de calorias, proteínas, micronutrientes como ferro, zinco e vitaminas que devem ser supridos integralmente com a alimentação complementar, devendo-se priorizar as fontes de proteína animal, em especial as vísceras e as carnes magras (ACCIOLY;

SAUNDERS; LACERDA, 2009). As consequências mais comuns da introdução precoce e inadequada da alimentação complementar são a anemia, a desnutrição e o excesso de peso (BRASIL, 2009b).

2.7.3 Riscos da introdução inadequada da alimentação complementar

A introdução inadequada dos alimentos de transição, seja ela precocemente ou de forma tardia, pode ocasionar sérios riscos à saúde do lactente (CASTRO et al., 2014). É essencial que ocorra o AME até o sexto mês de vida da criança e, somente após esse período, sejam introduzidos novos alimentos e líquidos, como água, chás e sucos, caracterizando a fase de alimentação complementar (BRASIL, 2013a).

O atraso na introdução da alimentação complementar após os seis meses de vida pode levar a ingestão inadequada de nutrientes, atraso no desenvolvimento do comportamento alimentar e de habilidades orais motoras como mastigação, deglutição e fala. A introdução tardia dos alimentos de transição pode se configurar como prática alimentar não saudável e a introdução de alimentação semissólida após a idade de dez meses está associada a risco aumentado de dificuldades de alimentação (SALEEN et al., 2014; EUCLYDES, 2014). Por outro lado, a introdução precoce da alimentação complementar na rotina da criança é uma prática frequente e pode incluir alimentos em quantidade e qualidade insuficientes de nutrientes (ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014).

A introdução precoce de líquidos é prática comum em nossa sociedade. A introdução muito antecipada de água, chás e fórmulas infantis industrializadas na rotina da criança prejudica a ingestão do volume adequado de leite materno pelo lactente (SCHAURICH; DELGADO, 2014). A oferta de água é recomendada somente a partir dos seis meses de vida, durante o intervalo das refeições (BRASIL, 2013a). A água de boa qualidade impede a ocorrência de diarreia nos lactentes (ISSAKA et al. 2015) e esta está incluída entre os determinantes sociais em saúde.

Dentre as alergias alimentares na primeira infância, a alergia à proteína do leite de vaca é uma das mais comuns. A mesma pode ocorrer em lactentes em AME e, também, naqueles nutridos por fórmulas lácteas (SALVADOR et al., 2014) e este é um dos riscos associados à introdução inadequada dos alimentos de transição e de fórmulas lácteas. As alergias são geralmente desencadeadas pela inserção precoce de alimentos potencialmente alergênicos, associados a prática comum do desmame antes de seis meses de vida do lactente (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

Em resposta à introdução incorreta dos alimentos de transição ou de fórmulas lácteas, o organismo do lactente desenvolve reações alérgicas. Tais alergias desencadeiam uma série de reações, dentre elas as complicações respiratórias, sendo a mais comum nessa faixa etária, o broncoespasmo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). A introdução precoce de sólidos foi associada ao aumento da incidência de doença respiratória de acordo com Issaka et al. (2015), na África Ocidental.

O manuseio incorreto dos alimentos de transição e dos cuidados dispensados à higienização dos utensílios, associados à imaturidade do sistema digestivo do lactente e a água de qualidade ruim, configuram-se como uma das principais causas de diarreia (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009). Além disso, a introdução precoce e inadequada da alimentação complementar, incluindo o leite de vaca, se associa ao desenvolvimento de obesidade e, consequentemente, das comorbidades a ela associadas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e síndrome metabólica (CARRAZZONI et al. 2015; RIBEIRO, 2015). Outros fatores que interferem no processo de iniciação da alimentação complementar estão a interferência da avó, a não aceitação dos alimentos e a conveniência em preparar alimentos mais práticos ao invés de papas mais elaboradas (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007).

O uso de fórmulas infantis precoce é cultural entre as famílias, desenvolvidas principalmente a partir da proteína do leite de vaca e da soja é indicado somente como complemento da alimentação do lactente, em casos de impossibilidade de aleitamento materno (EUCLYDES, 2014; MELO, 2014).

Embora a Constituição Federal de 1988 garanta a licença maternidade de quatro meses, sem prejuízo do emprego e do salário, o trabalho representa importante causa

de introdução precoce da alimentação complementar e do desmame antes dos seis meses de vida, indicando a necessidade de políticas públicas especiais para a mãe trabalhadora para incentivar o aleitamento materno até o sexto mês de vida do lactente (BRASIL, 1988; ISSAKA et al., 2015).

Maior escolaridade materna demonstrou ter impacto positivo direto no crescimento de crianças em populações que têm segurança alimentar e nutricional. Do mesmo modo, intervenções educativas maternas sobre a introdução de alimentos complementar resultaram na ocorrência de bebês mais pesados, mais altos e mais saudáveis no final da intervenção em comparação com mães que não receberam educação sobre a introdução da alimentação complementar (SALLEM et al., 2014).

Com a introdução dos alimentos de transição, o risco de infecções e contaminações por micro-organismos aumenta. Os fatores que levam a esse quadro, incluem a utilização de água não potável, a ingestão de alimentos mal higienizados e/ou malcozidos, práticas inadequadas de preparo da alimentação e do cuidado com os utensílios, dentre outros. É nessa fase que o lactente está mais propenso a episódios de diarreia, muitas vezes devido às más práticas de higiene (BRASIL, 2013a). No Quadro 4 estão listados os cuidados na manipulação da alimentação complementar (EUCLYDES, 2014).

Quadro 4 - Cuidados na manipulação da alimentação complementar

- 1. Utilizar água potável, tanto para o consumo como para o preparo dos alimentos.
- 2. Atentar-se para a correta higienização das mãos do cuidador e do lactente no momento da alimentação.
- 3. Cozinhar bem os alimentos oferecidos a criança, a fim de evitar algum tipo de agravo.
- 4. Sempre preparar os alimentos pouco tempo antes de serem servidos ao lactente e, após o término da refeição, os restos devem ser descartados.
- 5. Se houver sobra de alimento limpo, o mesmo deve ser acondicionado em temperatura adequada (resfriado ou congelado) e, ao serem utilizados, devem ser reaquecidos.
- 6. Evitar o uso de mamadeiras para administrar a alimentação complementar, pois a mesma é indicada como uma das principais fontes de contaminação.

Fonte: Euclydes, 2014

2.7.4 Práticas alimentares de lactentes

Geralmente, as práticas de alimentação infantil não são ideais. Um estudo feito por Blaney, Februhartanty e Sukotjo (2015) mostrou que a diversidade dietética, o consumo de alimentos ricos em ferro, a alimentação ativa e as práticas de higiene estavam entre as técnicas alimentares inadequadas entre as crianças da Indonésia, onde 37% das crianças menores de cinco anos são raquíticas, 12% desnutridas e 12% acima do peso. Verificaram, ainda, que 10% das crianças de seis a 23 meses com mães analfabetas foram beneficiadas com uma dieta mínima aceitável, em comparação com 50% das crianças com mães que possuem mais que um nível secundário de educação e 52% das crianças de famílias com maior renda receberam dieta adequada quando comparadas com famílias mais pobres, onde 23% das crianças tiveram alimentação adequada. Nesse sentido o nível de escolaridade atuou como um dos determinantes sociais em saúde com impacto negativo na saúde.

No contexto brasileiro é importante monitorar o consumo de produtos ultra processados na idade de introdução alimentar. Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal apresentaram consumo significativo de bolachas e salgadinhos (71,7%), de refrigerantes (11,6%) e de café (8,7%) entre crianças com idade entre nove e 11,9 meses (BRASIL, 2009a).

O mesmo estudo identificou a introdução precoce de água (13,8%), chás (15,3%) e outros leites (17,8%), já no primeiro mês de vida. Em relação aos marcadores de alimentação saudável, crianças entre três e seis meses já consumiam comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). Por outro lado, 26,8% das crianças entre seis e nove meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semissólidos na dieta da criança, não recebiam comida salgada. Nessa faixa etária, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9% verduras/legumes (BRASIL, 2009a).

Os resultados do estudo de Schincaglia et al. (2015) na região noroeste de Goiânia-GO, evidenciaram que a introdução precoce da alimentação complementar influenciou negativamente na duração do AME, sendo mais comum, no primeiro mês, o consumo de chás (32,6%) e água (19,1%). No quarto mês, foi acentuado o consumo de água

(54,1%) e chás (31,5%), acompanhado de outros leites (18,0%) e sucos (11,5%). No sexto mês, verificaram o consumo de todos os alimentos investigados, sendo os principais a água (77,5%), frutas (62,7%), sucos (57,2%) e comida de sal (55,1%).

Na análise dos dados referentes as práticas alimentares de lactentes menores de um ano, residentes no município de Volta Redonda/RJ, coletados na campanha nacional de multivacinação de 2006, os autores verificaram que as prevalências de AME aos 30 e 120 dias foram 49% e 27,4%, respectivamente. No primeiro ano de vida, a prevalência de AM foi de 75,6%. Os alimentos oferecidos aos menores de quatro meses foram água em 6,2%, chás para 9,7% e outros leites para 21,15 dos lactentes (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010).

Uma pesquisa longitudinal sobre o comportamento alimentar das crianças francesas realizada por Lange et al. (2013) relacionando as práticas de alimentação materna durante o primeiro ano e seu impacto na aceitação da alimentação complementar de lactentes, verificou que 72% das crianças foram alimentadas exclusivamente com leite materno durante um período médio de 68 dias e a idade no momento do início do desmame foi de cinco meses, onde as reações a novos alimentos foram positivas em 90% dos casos.

Lima et al. (2014, p. 970) concluíram no estudo *Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes*, que: "As representações que conduzem as práticas maternas na escolha, preparo e oferta dos alimentos seguem uma lógica particular, onde as adolescentes reinterpretam os discursos técnicos nos termos da sua cultura.", sendo necessárias políticas públicas de apoio à alimentação saudável, principalmente com o domínio das propagandas de alimentos não saudáveis propostos a crianças e adolescentes. Isso reflete uma cultura secular no Brasil, de pouca valorização não somente da criança, mas de sua alimentação.

A OMS desde 1991 tem publicações sobre o monitoramento da amamentação e em 1998 publicou informações sobre o monitoramento da alimentação complementar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A mais atual promoção de alimentação complementar saudável é a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil que promove a prática da amamentação e alimentação saudável na Atenção Básica. O tema vem sendo uma prioridade nas políticas públicas de alimentação e saúde desde o início do ano 2000 (BRASIL, 2013a), mostrando que o monitoramento das práticas alimentares após o sexto mês de vida é importante para o desenvolvimento geral da criança. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) realiza o monitoramento das práticas alimentares por meio de diferentes estratégias que se contemplam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através de registros de informações pelos profissionais da rede básica sobre o estado nutricional e o consumo alimentar dos usuários do SUS (BRASIL, 2016). Além disso, outra utilização de informação é através de inquéritos populacionais de base domiciliar como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (BRASIL, 2009d).

2.8 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

Nos últimos anos, houve uma intensa modificação dos hábitos alimentares da população, com excessivo aumento do consumo de alimentos ultra processados e diminuição dos níveis de atividade física. Esse tipo de comportamento pode dar-se pela ocorrência de intensas modificações sociais, econômicas e demográficas. Essa transição, chamada de transição nutricional, que ocorre desde meados do século XX até os dias atuais, tem participação direta na mudança da composição corporal da população, promovendo a médio e em longo prazo o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Segundo Batista Filho et al. (2008), o estado nutricional de uma criança, principalmente na faixa etária de zero a 5 anos de idade, está diretamente relacionado com os hábitos alimentares praticados pelos pais, pelos costumes da família e pela educação alimentar implantada dos pais para os filhos. Como a população está sofrendo com a tendência de praticar hábitos alimentares não saudáveis, estão ocorrendo mudanças na composição corporal dessas pessoas e consequentemente na saúde.

Diversos estudos apontam o estado nutricional de crianças na faixa etária de zero a 5 anos de idade, assim como suas causas e efeitos. Através da transição nutricional na qual a população está passando, simultaneamente passa a existir divergentes condições nutricionais, principalmente com as crianças, havendo assim percentuais tanto de desnutrição, quanto de sobrepeso e obesidade (MARINHO, 2008).

De acordo com pesquisa realizada e divulgada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher (PNDS), em relação à desnutrição, sua prevalência em crianças menores de 5 anos de idade foi de 7%, variando nas regiões do país, sendo que em comparação a pesquisas entre 1996 e 2006 houve diminuição de cerca de 50% no índice de desnutrição nessa faixa etária (BRASIL, 2009d).

No que diz sobre a transição nutricional e o sobrepeso, o Brasil está passando pelo processo de transição nutricional, apresentando a prevalência de excesso de peso em crianças entre uma das mais altas do mundo, com 33,5% (BERTOTTO et al., 2012). Em relação à obesidade e eutrofia, Santos (2015) em seu estudo demonstrou que as causas de obesidade infantil podem ser multifatoriais. O estudo contou com a participação de 253 crianças residentes no Recife (PE), onde 64 encontravam-se com sobrepeso e 169 crianças eutróficas, e dentre as crianças com sobrepeso, foi observado menor consumo de frutas por elas e seus pais, menor escolaridade de suas mães, maior renda familiar e comportamento sedentário da família, características estas principalmente dos pais, que refletem no comportamento alimentar de seus filhos.

Em pesquisa realizada por Biscegli et al. (2007) com 113 crianças, que frequentam creche, com idades entre zero a 60 meses, sendo analisados índices de desnutrição, sobrepeso e obesidade, assim como os fatores relacionados, 71,7% eram eutróficas, 11,5% foram classificadas com desnutrição aguda, 0,9% com desnutrição pregressa e 15,9% com obesidade, sendo que nesses casos, houveram correlações com mães que trabalham fora de suas casas e renda acima de 2 salários mínimos. Ao final do estudo, destacou a importância de trabalhos de educação nutricional em escolas e creches e também com os pais, para estimular a adoção de práticas alimentares mais saudáveis.

Grande parte dos estudos analisam o estado nutricional de escolares, como o de Nascimento, Muniz e Pinheiro (2010) que encontraram 3,2% de crianças com baixo peso e 2,3% baixa estatura. A prevalência de sobrepeso foi de 14,8% nos meninos e 14,7% nas meninas. Concluiu-se que a grande prevalência de sobrepeso e pequena de desnutrição se enquadram no atual processo de transição nutricional.

Portanto, nota-se que o cenário existente da transição nutricional é formado por dois lados bem distintos da má nutrição: obesidade pelo excesso de alimentos e desnutrição pela falta de alimentos e nutrientes, o que muda também a atenção e desafios para a saúde pública no Brasil, pois no passado o foco principal eram as doenças transmissíveis e hoje são as doenças crônicas não transmissíveis, que exigem tratamentos a médio e longo prazos, exigindo maiores investimentos (LAMOUNIER, 2009).

2.9 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS A ALIMENTAÇÃO MATERNO-INFANTIL E DA CRIANÇA

As políticas públicas brasileiras relacionadas a alimentação materno infantil tem destaque mundial devido a regulamentação da lei da amamentação, que limita a comercialização de substitutos do leite materno e incentiva a licença maternidade de seis meses, como também a ação de processos sistemáticos de certificação dos Hospitais Amigos da Criança e a Rede de Bancos de Leite Humano que garantem a amamentação a milhares de crianças todos os anos, além de possuir diversas políticas públicas que apoiam a alimentação e nutrição das crianças (VICTORIA et al., 2016; ROLLINS et al., 2016).

2.9.1 Política Nacional de Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada em 1999 e compõe o conjugado das políticas de governo voltadas à consolidação do direito

humano universal à alimentação e nutrição adequadas, com o propósito da garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, o acesso de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2007b).

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há 50 anos, os quais foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e incorporados à legislação nacional em 1992 (BRASIL, 2007b. p. 11. 48 p.).

A PNAN possui diretrizes programáticas que tem como condutor o Direito Humano à Alimentação e a Segurança Alimentar e Nutricional. Sendo elas, o estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos, a garantia da segurança e qualidade dos alimentos, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, a prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais, a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição (BRASIL, 2007b).

A PNAN tem por desígnios os direitos à Saúde e à Alimentação e é dirigida pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde que abrange a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular. O Quadro 5 apresenta os princípios complementares da PNAN (BRASIL, 2013b).

Quadro 5 – Princípios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Descrição
A alimentação revela as relações sociais, valores
histórias de indivíduos e grupos influenciando
na qualidade de vida. A política contribui para a
ralorização do ser humano relacionando a
condição biológica e produção de saúde.
A alimentação brasileira é a síntese do processo
nistórico cultural. A PNAN desenvolve ações com
pase no respeito à identidade e cultura alimentar
la população.
D programa orienta com informações para que o
ndivíduo desenvolva autonomia para as
escolhas e práticas alimentares adequadas.
A Política Nacional de Alimentação e Nutrição
nuxilia no conhecimento das determinações
socioeconômicas e culturais da alimentação e
nutrição dos indivíduos e coletividades,
contribuindo para a construção de uma
ilimentação adequada e saudável e colabora
com a mudança do modelo de produção e
consumo de alimentos que geram o atual perfil
pidemiológico.
Através da SAN dá direito aos indivíduos de
lecidir seu próprio princípio alimentar e de
produzir alimentos saudáveis e culturalmente
ijustados, acessíveis, sustentavelmente e
cologicamente. Além de garantir o acesso a
ilimentos de qualidade, em quantidade

Fonte: Brasil, 2013b, p. 84

2.9.2 Política de Segurança Alimentar e Nutricional

Os distúrbios nutricionais representandos pela dupla carga (desnutrição e obesidade) podem representar os reflexos de um modelo de desenvolvimento social que privilegia o capital em detrimento do bem-estar social, onde a questão social se manifesta na

questão alimentar e nutricional, tendo em vista a submissão da sociedade aos ditames do capital que por meio das redes sociais e das propagandas produz reflexos nos modos de comer, viver, adoecer e morrer das populações. Nesse sentido, as políticas públicas são fundamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada para toda a população brasileira, de forma equânime, de modo que o desenho, o planejamento e a gestão dessas políticas estejam fundamentadas na compreensão da determinação social da fome (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

A Constituição de 1988 instituiu a saúde como um direito, firmado mediante políticas sociais e econômicas, atribuiu a integração de um conjunto de políticas públicas praticadas por diferentes setores de governo, como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), foi instituída através de Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual se consolidou na realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994. A SAN consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 1990; CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) é um conjugado de ações delineadas para garantir a oferta e o acesso aos alimentos para toda a população, gerando a nutrição e a saúde. Desenvolve-se proferindo condições que permitam sua manutenção a longo prazo. Demanda o envolvimento tanto do governo quanto da sociedade civil organizada, em seus distintos setores ou áreas de ação, seja saúde, educação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, meio ambiente, ou outros, e em diferentes esferas, sendo elas produção, comercialização, controle de qualidade, acesso e consumo (BRASIL, 2006).

O avanço da PNSAN se dá por ações desenvolvidas por diferentes programas que promovem os princípios de, intersetoridade, através de ações articuladas e coordenadas aproveitando recursos existentes em cada setor da área, tornando a ação em conjunto mais eficiente; das ações conjuntas em Estado e Sociedade, modo a que cada parte cumpra suas atribuições específicas, utilizando os recursos existentes de forma mais eficiente e com mais qualidade; na equidade econômica, social, de gênero, étnica e racial; articulando orçamentos e gestão; e abrangendo e articulando ações estruturantes e medidas emergenciais (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

A abrangência da PNSAN opera sobre os campos da produção e disponibilidade de alimentos; do acesso ao alimento e do abastecimento; da alimentação e nutrição, que expressam componentes relacionados à disponibilidade, produção, comercialização e acesso ao alimento; e as práticas alimentares e a utilização biológica do alimento (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Para finalizar, no Relatório da 28º Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2012) consta que não há boa saúde sem boa nutrição, mas que apesar disso, muitas das políticas e programas mais eficazes para promover a boa nutrição encontram-se fora do setor da saúde, embora a carga da nutrição deficiente (desnutrição grave e obesidade) tem impacto direto no setor da saúde, como as consequências das carências de micronutrientes entre crianças e outros grupos etários, e, em contraste, obesidade. Insegurança alimentar e nutricional, água e saneamento inadequados, pobreza e lacunas no acesso a serviços de saúde e educação são todos fatores determinantes de distúrbios nutricionais, que põem em risco a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e outras metas de saúde globais e regionais.

2.9.3 Política Nacional de Alimentação Escolar

Implantado em 1955, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), contribui para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem, o rendimento escolar dos

estudantes e a formação de hábitos alimentares saudáveis, através da oferta da alimentação escolar e de atuações de educação alimentar e nutricional. Os alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas, filantrópicas e em entidades comunitárias (conveniadas com o poder público), são atendidos pelo Programa, por meio da transferência de recursos financeiros. O repasse financeiro é feito diretamente aos estados e municípios, com base no Censo Escolar realizado no ano anterior ao do atendimento. O PNAE é acompanhado e fiscalizado diretamente pela sociedade, por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), pelo FNDE, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público (BRASIL, 2013d).

2.9.4 Políticas Públicas de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

A problemática do desmame precoce que veio crescendo em todo o mundo desde a revolução industrial que fez com que a OMS e o UNICEF, no final de 1970, promovessem iniciativas de incentivo ao aleitamento materno de forma mundial. No qual o Brasil implementou e elaborou políticas relacionadas ao incentivo do aleitamento materno e da adequada introdução alimentar.

Em 1979 a Reunião Conjunta com a OMS e UNICEF, tendo o Brasil como participante visou promover o aleitamento materno e a melhora do estado nutricional do público infantil. Como resultado da Reunião Conjunta em 1980 a Assembleia Mundial de Saúde elaborou a Resolução 33.32 de maio de 1980. Já em 1981 a OMS e o UNICEF aprovaram o Código Internacional para o Comércio de Substitutos do Leite Materno (REA; TOMA, 2000; BRASIL 2009c).

Para elevar as taxas de aleitamento materno o Brasil implantou, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), vinculando estratégias aos motivos identificados como limitações à amamentação que englobavam campanhas de comunicação de massa e capacitação de profissionais. A partir disso resultou a proposta de adequar o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do

Leite Materno no Brasil. Desde então, a iniciativa é responsável por melhorar os indicadores relativos à oferta e distribuição de leite para recém-nascidos, sobretudo os que estão em UTI neonatal (ARAÚJO et al., 2003; PORTAL DA SAÚDE, 2016).

O Instituto Fernandes Figueira (IFF) em parceria com a FIOCRUZ criou o novo modelo do BLH o BLH-IFF/FIOCRUZ em 1985, existente desde 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, atual IFF, cujo objetivo era coletar e distribuir leite humano dispondo-se a atender casos de prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (MAIA et al., 2006; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016a).

O BLH-IFF/FIOCRUZ em 1988 elaborou o Projeto Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, que tem por missão a promoção da saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, a iniciativa privada e a sociedade. É uma ação pública e governamental brasileira oficializada pela Portaria 322, de 26 de maio de 1988, voltada para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e para a doação de leite humano para bebês prematuros e com baixo peso ao nascer. Parte integrante do SUS, considerada a maior e mais complexa do mundo pela OMS (BRASIL, 1993b; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016a).

O Banco de Leite Humano (BLH) é responsável pela promoção do aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, do leite de transição e do leite humano maduro, para futura distribuição. O BLH do IFF/FIOCRUZ é referência da Rede, tendo um campo de assistência responsável pela coleta, processamento e estocagem do leite materno. A qualidade do material é analisada pelo Laboratório de Controle de Qualidade do Leite Humano Ordenhado e dirigida pelo Núcleo de Gestão da Rede Brasileira de BLH (BRASIL, 2008b, p. 160; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016a).

Um importante marco na Política Pública de Saúde no Brasil foi a Constituição Federal em 1988 que vem assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado, auxiliando a implementação do SUS pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e dando direito a licença maternidade de 120 dias à gestante, onde consegue-se melhorar o incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 1988).

A IHAC foi idealizada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A finalidade é movimentar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para que isso aconteça, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, que pode ser visualizado no Quadro 6 (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007; BRASIL, 2010a; FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012).

Quadro 6 – Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

- 1. Ter uma política de aleitamento materno, escrita e que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde.
- 2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.
- 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
- 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
- 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos
- 6. Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
- 7. Praticar o alojamento conjunto permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
- 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- 10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Fonte: Brasil, 2010a, p.18

O Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País, ao assinar MS, em 1990, a Declaração de Innocenti, na Itália. Em março de 1992, o e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com a adesão do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), iniciaram as primeiras condutas (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010a; UNICEF, 2016).

Em 2004, a Portaria nº 756/04 vem para atualizar e adequar as diretrizes para o processo de habilitação dos Hospitais Amigos da Criança (HAC), integrantes do SUS. Lamounier et al. (2008), apresentaram em seu estudo sobre a IHAC que até maio de 2008, foram habilitados 337 hospitais, onde, 153 no Nordeste, 72 no Sudeste, 54 no Sul, 37 no Centro-oeste, 21 no Norte e 10 hospitais perderam o credenciamento. O MS em dezembro de 2004, avaliou que, para um estabelecimento de saúde ganhar o

título de IHAC, é necessário a realização dos critérios globais constituídos nos *Dez* passos para o sucesso do aleitamento materno.

Ainda em 1992, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), pela Resolução CNS 12 de outubro de 1992, por meio de um conjunto de normas que ajustam a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras. Seu objetivo é o de garantir o uso apropriado desses produtos de forma que não haja influência na prática do aleitamento materno, configurando-se como importante ferramenta para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que competem com a amamentação. Tem como um dos principais destaques, a advertência de não usar esses alimentos para a alimentação de lactente nos primeiros seis meses de vida, auxiliado somente por orientação médica ou nutricional (BRASIL, 1992; BRASIL, 2006).

Para favorecer o relacionamento mãe e filho e o desenvolvimento de programas educacionais de saúde, como também considerar a necessidade de diminuir o risco de infecção hospitalar e evitar as complicações maternas e do recém-nascido, o MS criou a Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993, contendo normas básicas para o funcionamento do alojamento conjunto, considerado um facilitador para a amamentação, pois mãe e bebê permanecem 24 horas no mesmo ambiente do hospitalar (BRASIL, 1993a).

Como alternativa neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer foi normalizado pela Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, do MS, o método mãecanguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Implica no contato pele a pele precoce entre a mãe e filho, de forma crescente e suficiente, permitindo, uma maior participação dos pais no cuidado do seu recémnascido, o que aumenta o vínculo mãe-filho e estimula o aleitamento materno (BRASIL, 2000a).

3 OBJETIVOS

O presente estudo tem em vista os seguintes objetivos apresentados a seguir, que visa contribuir para a realização da pesquisa.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil nutricional de crianças menores de cinco anos de idade e sua relação com as condições de saúde fetal, tempo de aleitamento materno e a introdução inadequada da alimentação complementar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as condições de risco da saúde fetal;

Realizar avaliação nutricional de crianças menores de cinco anos;

Avaliar o tempo de permanência de aleitamento materno;

Avaliar o protocolo de seguimento da alimentação complementar.

4 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, de corte transversal, incluindo crianças menores de cinco anos de idade, de ambos os sexos, no período de agosto a dezembro de 2015.

4.1 DESENHO DO ESTUDO E CASUÍSTICA

O estudo foi realizado em todos os Centros de Educação Infantil (CEIM) e Pré-Escolas Municipais (PEM) localizados na área urbana do município de Colatina, ES, Brasil, que atendiam crianças menores de cinco anos. Participaram da pesquisa 18 escolas, totalizando um universo de 643 crianças menores de cinco anos, matriculadas no primeiro semestre de 2015.

Para a coleta de dados foi solicitado autorização à Secretaria de Educação do Município (APÊNDICE A), como também a relação de escolas e o quantitativo de crianças na faixa etária entre e cinco anos de idade. A coleta dos dados teve início após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, parecer número 1.162.086 (ANEXO A), e mediante assinatura do TCLE pelos pais ou responsáveis pelas crianças (APÊNDICE B).

A amostra foi calculada com base no universo de 643 crianças menores de cinco anos matriculadas no primeiro semestre de 2015. Foi utilizada a equação:

$$n0=(z/E)^2.p.(1-p)=(1.96/0.05)^2.0.5(1-0.5)=385$$
, onde:

Z=1,96 (confiança de 95% - distribuição normal)

E= 0,05 (Margem de erro) p= 0,5 (proporção estimada)

Considerando o universo de crianças < cinco anos de idade matriculadas no primeiro semestre de 2015 que é de 643, utilizamos para o cálculo da amostra a equação:

n = n0/1 + n0/N = 385/1 + (385/643) = 240 (Amostra a ser estudada).

Colatina é uma cidade de 1.439 quilômetros quadrados, com cerca de 120 mil habitantes, sendo 80% na área urbana, local de realização da pesquisa (Figura 1). Localizada no centro do Estado do Espírito Santo (Figura 2), a cidade registra a maior potencialidade econômica da região Norte. Situada no Vale do Rio Doce, está a 135 quilômetros de Vitória, capital do Espírito Santo (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA, 2016).

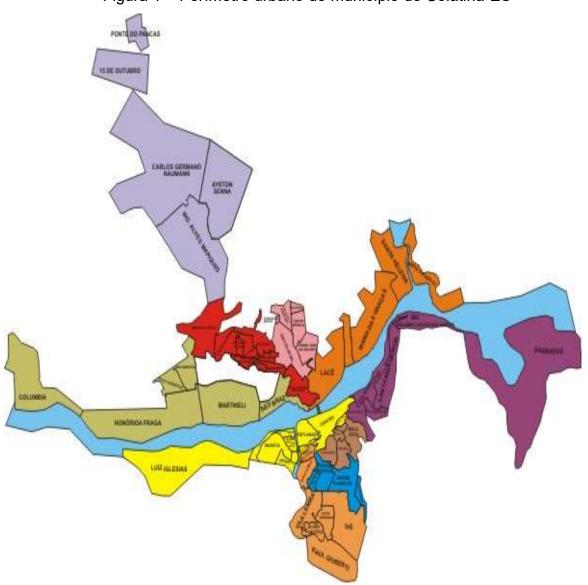


Figura 1 – Perímetro urbano do município de Colatina-ES

Fonte: Prefeitura Municipal De Colatina, 2016



Figura 2 – Localização do município de Colatina no Estado do Espírito Santo

Fonte: Prefeitura Municipal De Colatina, 2016

4.2 PONTOS DE CORTE

Para analisar os dados maternos, gestacionais e infantil, foram adotados os pontos de corte demostrados a seguir.

4.2.1 Dados Maternos e Gestacionais

O MS recomenda a idade materna entre 17 a 35 anos de idade. O peso materno abaixo de 45 kg e acima de 75 kg é considerado fator de risco gestacional, a adequação de ganho de peso pode variar de 6 a 16 kg como normalidade, dependendo do índice de massa corporal pré-gestacional, e o número de consultas pré-natal, considera-se a adequado entre sete ou mais consultas (BRASIL, 2000b).

Define-se como prematuro todo nascimento que ocorre com idade gestacional inferior a 37 semanas. A idade gestacional está definida no Quadro 7 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Quadro 7 – Classificação de peso ao nascer e idade gestacional

Classificação	Índice
1. Peso	
Tamanho excessivamente grande	>4000 g
Peso adequado	3000 a 3999 g
Peso insuficiente	2500 a 2999 g
Baixo peso	<2500 g
Muito baixo peso	<1000 a 2499 g
Extremo baixo peso	<1000 g
2. Idade Gestacional	
Idade gestacional <28 semanas	RN prematuro extremo
Idade gestacional entre 28 e 36 semanas	RN prematuro
Idade gestacional entre 37 e 41 semanas	RN a termo
Idade gestacional ≥ 42 semanas	RN pós termo
3. Relação Peso/Idade Gestacional*	
Pequeno para Idade gestacional – PIG	< P10
Adequado para Idade gestacional – AIG	Entre P10 e P90
Grande para Idade gestacional – GIG	> P90

^{*}Correlaciona idade gestacional e peso ao nascimento, com curvas de crescimento de referência

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2009)

4.2.2 Avaliação Antropométrica

Para determinar o perfil nutricional das crianças foram obtidas as medidas de peso e estatura, de acordo com as técnicas, padronizações e recomendações da OMS (WELLS; CHOMTHOS; FEWTRELL, 2007).

O peso das crianças foi aferido em balança TANITA® portátil, digital, com capacidade de 150 kg e divisão de 100g, com os indivíduos trajando roupas leves (uniformes escolares) e com os pés descalços. A estatura das crianças foi aferida em estadiômetro ALTURAEXATA® com extensão de 213 cm e subdivisões de 1mm, com o indivíduo em posição ereta com os calcanhares unidos, posicionando a cabeça no plano de Frankfurt, ambas as medidas foram aferidas seguindo a metodologia padronizada pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION,1995).

O diagnóstico do estado nutricional foi baseado nas orientações do MS que adota as recomendações da OMS, quanto ao uso de curvas de referência para avaliação do

estado nutricional de menores de cinco anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Dos dados referentes ao peso e a estatura em confronto com a idade e o sexo foi obtido Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I), expresso em Score-Z e classificado conforme mostra o Quadro 8. Os índices antropométricos foram obtidos no programa Anthro ®, versão 3.2.2, da OMS.

Quadro 8 – Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I) para crianças de zero a cinco anos incompletos de acordo com a OMS 2006

Valores Críticos	IMC para Idade	
<score-z -3<="" td=""><td>Magreza acentuada</td></score-z>	Magreza acentuada	
≥Score-Z -3 e <score-z -2<="" td=""><td>Magreza</td></score-z>	Magreza	
≥Score-Z -2 e <score-z -1<="" td=""><td colspan="2">Futrofia</td></score-z>	Futrofia	
≥Score-Z -1 e ≤Score-Z +1	Lutolla	
>Score-Z +1 e ≤Score-Z +2	Risco de sobrepeso	
>Score-Z +2 e ≤Score-Z +3	Sobrepeso	
>Score-Z +3	Obesidade	

Fonte: World Health Organization, 2006

4.3 ENTREVISTA ESTRUTURADA

Depois da orientação a respeito da pesquisa e da concordância formalizada pela assinatura do TCLE, os pais ou responsáveis responderam a um instrumento de avaliação contendo perguntas referentes às variáveis socioeconômicas, história gestacional, história familiar de doenças crônicas e variáveis relacionadas ao avaliado (idade gestacional, peso ao nascer, tempo de aleitamento materno, data de nascimento, hábitos alimentares e história de doenças anteriores), descritas no Apêndice 3. As entrevistas foram realizadas por pesquisadores devidamente capacitados acompanhados da pesquisadora principal.

4.4 REVISÃO DE LITERATURA

Para a revisão de literatura foi realizada consulta às bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs e Medline no período de 1995 a 2016. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol com o uso dos seguintes descritores: aleitamento materno, estado nutricional, alimentação complementar. Além disso, serão utilizados livros especializados e sites do MS e de Secretarias Estaduais de Saúde para o levantamento das leis, decretos e portarias federais e estaduais relacionadas ao tema.

4.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, foram adotadas estatísticas descritivas (média, mediana, desvio-padrão). Para estatísticas inferenciais foram realizados testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) para verificar o tipo de distribuição das variáveis analisadas e direcionar a escolha dos testes (paramétricos ou não paramétricos). Para estudos das comparações ou associações, quando indicado foram utilizados teste t para a comparação de médias, Mann-Whitney para comparação de medianas e o teste de qui-quadrado de Pearson para as comparações ou associações. O nível de rejeição para a hipótese de nulidade, para todos os testes aplicados, foi de 0,05.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/12 e suas complementares e foi iniciada depois da sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM (ANEXO A), no Protocolo CAEE-46949015.7.0000.5065. A demanda de crianças que apresentaram alteração no estado nutricional foi encaminhada para acompanhamento nutricional individualizado em um serviço de referência gratuito do município de Colatina-ES.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 247 crianças com dados de história de pré-natal, parto e nascimento, além da verificação do estado nutricional e práticas alimentares introdutórias, sendo os resultados apresentados a seguir, com foco nas condições de risco fetal e na caracterização materna e de nascimento do bebê, na avaliação do estado nutricional das crianças e na caracterização do tipo de aleitamento e alimentação complementar.

5.1 RISCO MATERNO FETAL E CARACTERÍSTICAS DE NASCIMENTO DO LACTENTE

Incluídos dados maternos de 247 participantes, com média de idade da amostra de 25,9±6,0 anos (mediana 26, variando de 15 a 44 anos), com frequência de idade apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da idade de mães de crianças menores de cinco anos de idade, de centros de educação infantil e pré-escolas de Colatina-ES, (n=247)

(11-2-11)		
Idade Materna	Frequência (n)	Porcentagem (%)
15 a >20 anos	44	17,8
20 a 35 anos	185	74,9
36 a 44 anos	18	7,3
Total	247	100,0

Fonte: Elaborada pela autora

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo que a aliou o perfil de risco gestacional e metabólico em mães com média de idade de 26±6,4 anos, em um serviço de pré-natal em maternidade pública do Nordeste e em outro estudo de base populacional no Sul do Brasil (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; SANTOS et al., 2012). Trevisan et al. (2002), em estudo de corte transversal em Caxias do Sul-RS, encontraram de média de idade materna de 24,7±6,4 anos (variância de 13 a 47 anos), também semelhante ao encontrado em nosso estudo.

A média de consultas no pré-natal foi de 9,0±3,0 consultas (mediana de 8, mínimo 4 e máximo 20), sendo que 47,7% (n=118) realizaram mais de 10 consultas. Este resultado é semelhante ao observado por Gonçalves, Cesar e Mendoza-Sassi (2009), no Rio Grande do Sul, onde a média de consultas foi de 7,4, e 75,3% das entrevistadas tiveram seis ou mais consultas. Vale lembrar que pacientes submetidos a excessivo número de consultas podem representar maior risco clínico.

Quanto ao número de consultas, Leal et al. (2004) verificaram que 61,5% das mães do Município do Rio de Janeiro-RJ fizeram sete ou mais consultas, número considerado adequado pelo MS (BRASIL, 2000b), portanto, a média de consultas encontrada neste estudo foi superior ao recomendado pelo MS.

Na avaliação da assistência ao parto e ao recém-nascido, destacaram a taxa de cesárea em toda a amostra estudada de 73,7% (n=182). Essa variável associada ao parto cesariana está de acordo com Santos et al. (2012), que apresentaram frequência de 73,3%. A idade gestacional foi de 38,9±1,60 semanas, variando de 31 a 42 semanas, sendo 6,1% (n=15) prematuros e 93,3% (n=232) a termo. A média do peso ao nascer foi de 3.200±500 gramas (mediana de 3.200 gramas, mínimo de 1.375 e máximo de 5.100 gramas), 9,7% (n=24) apresentaram baixo peso ao nascer (<2.500 gramas).

Estudo em Caxias do Sul-RS apresentou um número médio de consultas pré-natal de 6,2±5,3, sendo que 90,3% das pacientes pesquisadas confirmaram ter se submetido a seis ou mais consultas de pré-natal, 20,1% submeteram-se ao parto cesariana e o peso fetal médio de nascimento foi de 3.175±471, variando de 1.880 a 4.605 gramas (TREVISAN et al. 2002). Deste modo, verifica-se um número maior de consultas prénatal e maiores taxas no parto cesárea no presente estudo, para o peso fetal os resultados foram semelhantes e o baixo peso ao nascer mostrou resultados acima neste estudo.

Estudos de coorte realizados em Pelotas-Rio Grande do Sul, em 1982, 1993 e 2004, envolvendo todas as crianças nascidas na área urbana, encontraram um aumento da percentagem de cesarianas de 27,7% para 45,2% e o número médio de consultas pré-natal aumentou de 6,7 para 8,1 (CESAR et al., 2008), deste modo, o presente

estudo apresentou um número de cesárias e média de consultas pré-natais maior que o de Pelotas. Koffman e Bonadio (2005) em avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo relataram a média de consultas prénatal foi de 6,5±2,7. Em Juiz de Fora - MG, a cobertura pré-natal teve média de 6,4 consultas (COUTINHO et al., 2003).

Santos et al. (2012) relataram 4,4% de prematuridade e em um serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. No presente estudo verificou-se prematuridade de 6,1%. As crenças a respeito das vias de parto devem ser respeitadas, devendo o profissional de saúde esclarecer as dúvidas e anseios das gestantes.

A gestação e o parto são acontecimentos sociais envoltos por valores culturais, familiares e emocionais que abrangem crenças e mitos que influenciam na escolha da via do parto. A institucionalização do parto gera um aumento no número de cesarianas, que leva a um aumento dos problemas de saúde pública relacionados a consequências em desenvolver infecção puerperal, mortalidade e morbidade materna, prematuridade e mortalidade neonatal, gerando atraso e dificuldade de lactação, com maior tempo de hospitalização, aumentando os gastos para o sistema de saúde (ALMEIDA, 1999).

Orientações adequadas no pré-natal podem guiar melhor as gestantes, a fim de garantir a adequada idade gestacional e peso apropriado ao nascer dos lactentes. Nascimentos prematuros são provenientes de várias situações, gera aos familiares perspectivas e pretensões na sociedade, gera custo social e financeiro, demanda auxílio com estrutura técnica e equipamentos que muitas vezes não estão disponíveis a população. Leva-se então a maior mortalidade neonatal, infecções perinatais, hospitalização e déficit de crescimento e desenvolvimento infantil (ALMEIDA, 1999; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2006).

O ganho médio de peso das mães durante a gestação foi de 13,5±6,7 Kg, mediana 12,0 (mínimo 3,6 e máximo 48 quilos), 21,5% (n=53) aumentaram mais de 16kg durante a gestação. De acordo com o MS o peso pré-gestacional abaixo de 45kg e acima de 75kg é considerado fator de risco gestacional. Sendo a variação do peso

durante a gravidez muito grande e oscila entre 6 e 16 kg ao final da gestação, pois depende do IMC pré-gestacional. O aumento máximo se dá entre a 12ª e a 24ª semana de amenorreia (BRASIL, 2000b. A média de ganho de peso deste estudo está de acordo com as recomendações do MS e Santos et al. (2012) encontraram ganho excessivo de peso em 45,5% das mães avaliadas, portanto, pouco superior aos encontrados em nosso estudo.

Quanto aos hábitos de vida (Tabela 2), algumas mães relataram uso de agentes teratogênicos como álcool, tabaco e medicamentos, entre eles, anti-hipertensivo, corticoide, ansiolíticos, antibióticos, vitaminas e minerais. A Tabela 2 também apresenta o grau de escolaridade materno e a renda familiar, que apresentou média de R\$ 1.790,77±1.001,68 (mediana R\$ 1.576,00, variando de zero a R\$ 6.500,00).

Tabela 2 – Hábitos de vida de mães de crianças menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-ES (n=247)

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)	
Jso de agentes teratogênicos (n=247)			
Álcool	14	5,7	
Гарасо	18	7,3	
Medicamentos	28	11,3	
Sem uso	187	75,7	
Escolaridade materna (n=247)			
Ensino fundamental	42	17,0	
Ensino médio	163	66,0	
Ensino superior	25	10,1	
^o ós-graduação	17	6,9	
Renda Familiar (n=247)			
Até 1 salário mínimo	39	15,8	
>1 salário e ≤ 2 salários mínimos	92	37,2	
> 2 salários e ≤ 3 salários mínimos	43	17,4	
3 salários mínimos	73	29,6	

Fonte: Elaborada pela autora

A relação estratificação socioeconômica e a saúde apresenta a situação atual e tendências da situação de saúde no país, destacando as desigualdades de saúde segundo variáveis de estratificação socioeconômica, como renda, escolaridade, sexo e local de moradia (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA

SAÚDE, 2008), condição a qual os participantes de nossa pesquisa se encontram, considerando que menos de 30% ganham mais de três salários mínimos e têm baixa escolaridade. A renda média mensal das famílias estudadas por Trevisan et al. (2002) foi 2,4 salários mínimos, tendo-se constatado que 68,9% das famílias recebiam menos de um salário mínimo per capita. Esses dados reforçam as desigualdades sociais no Brasil, onde a maioria da população está sujeita aos efeitos das iniquidades sociais e os reflexos negativos em sua saúde.

O consumo de algumas drogas ilícitas (maconha, cocaína e opióides), de álcool e tabaco durante a gestação pode trazer muitos malefícios não somente para a gestante, mas também para o feto em desenvolvimento, com risco de malformação, parto prematuro, baixo peso ao nascer (SILVA; TOCCI, 2002). A condição de vida intrauterina reflete o local onde o feto vive e se desenvolve, preenchendo o conceito de determinantes sociais em saúde. E essa situação vivenciada pelo feto, vai refletir em toda a sua vida, contribuindo para piorar a sua qualidade de vida futura e em consequência contribuindo para a possibilidade de continuidade da pobreza na família, sendo ainda, um fator gerador de risco para as iniquidades em saúde (SILVA; TOCCI, 2002).

Os aspectos sociais relacionados a ingestão de álcool e tabaco estão ligados a fatores motivacionais principalmente a presença em festas e comemorações e ao estilo de vida inserido antes do período gestacional como imposição do papel social da mulher. Muitas gestantes mantém o uso de álcool e cigarro por não conhecerem os efeitos teratogênicos desse uso na gestação, havendo relato de consumo de álcool e fumo, respectivamente de 5,5 % e 7,4% (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009), tabagismo também relatado em 11,3% e ingestão de álcool em 16% e consumo de medicamentos em 96,6% (ROCHA et al., 2013).

Rocha et al. (2013), também relataram que os principais medicamentos foram as vitaminas seguidas dos analgésicos e antipiréticos, dos antibióticos, dos anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, anti-histamínicos, corticoides, antiácidos e antirreumáticos. Neste estudo os achados referentes a álcool, fumo e medicamentos foram menores e o tipo de medicamento consumido foi semelhante. Oliveira e Simões

(2007) evidenciaram que 10% das gestantes possuíam o hábito de consumir bebidas alcoólicas, resultado superior ao que ao encontrado neste estudo (5,7%).

Trevisan et al. (2002) ao analisarem o perfil da assistência pré-natal entre usuárias do SUS em uma cidade do sul do Brasil, constataram que 66,4% das mães possuíam ensino fundamental incompleto. E a taxa de analfabetismo materno foi 2,3%. Já Santos et al. (2012) verificaram que 51,8% das mães possuíam segundo grau completo (ensino médio) e superior incompleto de escolaridade. O grau de escolaridade do presente estudo se mostrou distinto ao estudo de Trevisan et al. (2002) e maior ao comparar ensino médio completo e superior. Também Leal et al. (2004) observaram que 8,8% das puérperas não tinham o ensino fundamental completo, e que apenas 7,8% completaram o nível superior, logo, dados de ensino superior mais próximos deste estudo. A escolaridade materna é um dos determinantes sociais em saúde e gerador das iniquidades sociais em saúde e que pode contribuir negativamente no processo de saúde-doença na população.

Intercorrências na gravidez foram relatadas por 105 (42,5%) das avaliadas, sendo os principais problemas (infecção urinária, hipertensão arterial, diabetes e obesidade), além de outros problemas associados (perda de líquido amniótico, depressão, gastrite, refluxo e anemia). Hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, excessivo ganho de peso na gestação e diabetes mellitus gestacional foram relatados pelas mães em estudo de Santos et al. (2012) nas gestações anteriores a pesquisa, totalizando 28,9% de intercorrências na gravidez. O diabetes mellitus gestacional indicado em 17,5% da gestação atual foi confirmado em 3,4% das mulheres do estudo. Intercorrências semelhantes foram identificadas nesta pesquisa. Já Leal et al. (2004) encontraram 10,1% de hipertensão arterial e 1,7% de diabetes mellitus em mães ao relacionarem os fatores associados à morbimortalidade perinatal. Essas condições refletem as questões de saúde no Brasil, fruto das iniquidades em saúde e também, da desvalorização cultural de sua própria saúde.

Assim, as iniquidades em saúde causam sofrimento desnecessário e são fruto de condições sociais adversas ou de políticas públicas que não estão dando certo. Essas iniquidades indicam a presença dos mesmos fatores que prejudicam o desenvolvimento, a sustentabilidade ambiental, o bem-estar das sociedades e a

capacidade dessas de oferecer condições iguais para todos. As iniquidades em saúde são um problema em todos os países e refletem não só as disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia, e raça, classe, sexo, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica. Essas diferenças produzem graves consequências e representam uma forma de impacto que se chama determinantes sociais da saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

5.2 ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL

Incluídas 247 crianças, 52,6% (n=130) do sexo masculino, com média de idade da amostra de 3,0±0,5 anos (mínimo de 1,7 e máximo 4,6 anos), conforme frequência apontada na Tabela 3.

Relatada a presença de doenças em 14,2% (n=35), sendo as mais comuns as alergias, as doenças das vias aéreas como asma, rinite, sinusite, bronquiolite, intolerância alimentar e malformações congênitas.

Tabela 3 – Distribuição de sexo e idade de crianças menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-ES, (n=247)

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)			
Sexo (n=247)					
Feminino	117	47,4			
Masculino	130	52,6			
Idade (n=247)					
>1 a ≤2 anos	5	2			
>2 a ≤3 anos	103	41,7			
>3 a ≤4 anos	126	51			
>4 a ≤5 anos	13	5,3			

Fonte: Elaborada pela autora

A avaliação nutricional dos pré-escolares, de acordo com o IMC/I, está apresentada na Tabela 4, indicou eutrofia em 59,9% (n=148) e excesso de peso em 39,3% (n=97).

Tabela 4 – Avaliação nutricional de acordo com o IMC/I de crianças menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-ES. (n=247)

Classificação	Frequência (n)	Porcentagem (%)			
Magreza acentuada	1	0,4			
Magreza	1	0,4			
Eutrofia	148	59,9			
Risco de sobrepeso	56	22,7			
Sobrepeso	25	10,1			
Obesidade	16	6,5			
Total	247	100,0			

Fonte: Elaborada pela autora

O excesso de peso (39,3%) não se associou ao tipo de parto (p=0,152), idade gestacional (p=0,279), presença de doença materna na gravidez (p=0,402), idade materna (p=0,935), tabagismo (p=0,284), álcool (p=0,580), número de consultas no pré-natal (p=0,272), ganho de peso na gravidez (p=0,507), escolaridade do pai (0,824) e da mãe (p=0,453), peso de nascimento (p=0,481), consumo precoce de leite integral (p=0,640) e leite engrossado (p=0,229).

A prevalência de excesso de peso entre crianças de dois a seis anos de idade, em escolas privadas em São Paulo foi encontrada em 35,4% (SIMON et al., 2009). Em pesquisa realizada por Biscegli et al. (2007) com 113 crianças, frequentadores de creche, com idades entre zero e 60 meses, destacaram que 71,7% eram eutróficas, 11,5% classificadas com desnutrição aguda, 0,9% com desnutrição pregressa e 15,9% com obesidade. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher-PNDS/2006, apresentou a prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade de 7%, variando nas regiões do país, comparando com as pesquisas entre 1996 e 2006 houve diminuição de cerca de 50% no índice de desnutrição nessa faixa etária, sendo indicada 0,8% de magreza acentuada (BRASIL, 2009d).

Santos (2015) avaliou 253 crianças residentes no Recife (PE) e verificou que 64 (25,3%) encontravam-se com sobrepeso e 169 (66,8%) eutróficas, e dentre as crianças com sobrepeso, foi observado menor consumo de frutas por elas e seus pais, menor escolaridade de suas mães, maior renda familiar e comportamento sedentário da família, características estas principalmente dos pais, que refletem no comportamento alimentar de seus filhos.

Simon et al. (2009) apresentaram dados da OMS onde expôs que a obesidade infantil tem crescido em torno de 10 a 40% na maioria dos países europeus, nos últimos dez anos, ocorrendo com mais frequência no primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos e na adolescência. Dados que podem ser constados ao verificar 39,3% de excesso de peso neste estudo.

Determinantes sociais que envolvem as características ambientais a qual estão expostas crianças têm papel relevante no desenvolvimento da obesidade, uma vez que podem influenciar hábitos de vida saudáveis ou não saudáveis, impostos inicialmente pelos pais ou responsáveis. Pode-se considerar que os fatores causadores da obesidade estão aprofundados na estrutura e funcionamento do capitalismo e apoiados pela mídia e marketing alimentar. Priorizar as políticas sociais para amenizar o aumento de casos de obesidade no mundo são as bases iniciais.

5.3 TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E DE ALEITAMENTO MATERNO

A duração média do tempo de amamentação relatado foi de 10,5±8,9 meses (mediana de 10,5 e duração máxima de 36 meses). Importante relatar que 46,2% (n=114) dos lactentes não estavam sendo amamentados, conforme a distribuição constante na Tabela 5. O AME foi relatado por 17,8% (n=44) das mães aos seis meses de idade do lactente, e 87,0% estavam em AM aos 12 meses de idade.

Tabela 5 – Distribuição da frequência em meses de crianças não amamentadas de creches municipais da cidade Colatina-ES, (n=114)

Idade (meses)	Frequência	Percentual (%)
<1	3	2,6
1	11	9,7
2	21	18,4
3	19	16,7
4	25	21,9
5	10	8,8
6	25	21,9
TOTAL	114	100,0

Fonte: Elaborada pela autora

Não houve diferença entre a presença de AME e sexo (p=0,779), tipo de parto (p=0,874) e idade gestacional (p=0,479), este último explicado pelo pequeno número de prematuros.

De acordo com a II Pesquisa de prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal do MS, a taxa de AME até os seis meses de idade estavam em torno de 41%. E a taxa de prevalência de AM entre 9 a 12 meses de idade foi de 58,7%, sendo mais presente na região norte do país, com prevalência de 76,9% (BRASIL, 2009a). Dados da taxa de AME da presente pesquisa foram bem mais baixos (17,8%) do que a média nacional (41%).

Saldan et al. (2015), em Guarapuava-PR (2012) relataram prevalência de 36%, portanto muito superior ao encontrado em nosso estudo. Segundo a pesquisa divulgada no The Lancet-2016, no Brasil, em 1974 as crianças eram amamentadas, em média, por dois meses e meio, e 32 anos depois este número aumentou para 14 meses. Em 1986, apenas 2% das crianças com até seis meses recebiam exclusivamente o leite materno e em 2008 essa taxa saltou para 41% (VICTORIA et al., 2016).

Em pesquisa com mães de lactentes e crianças guatemaltecas, Vossenaar et al. (2014) observaram que a estimativa do AME foi de 14% em crianças por cinco meses, e apenas 9% o recomendado de seis meses. Assim, encontrado neste estudo resultado maior de AME quando comparado a pesquisa da Guatemala. Lange et al.

(2013) em pesquisa longitudinal de crianças francesas verificaram que em 72% foi ofertado leite materno de forma exclusiva durante um período médio de 68 dias e que a idade do desmame foi de cinco meses. Romero et al. (2006), no norte da Itália, relataram taxa de amamentação de 95%, AME de 44% e 32% aos três, e 9% aos seis meses de idade. O aleitamento materno foi de 86% em um mês, 64% aos três meses, 35% em seis meses, e 5% em doze meses de idade.

Para Almeida (1999, p. 16) a amamentação "É uma categoria híbrida, constituída por atributos definidos tanto pela natureza quanto pela cultura, ou seja, tanto pelas questões biológicas quanto pelas dimensões socioculturais". Além disso, os diferentes contextos sociais e culturais podem influenciar a prática do AME e seus determinantes.

A idade materna parece ser protetora para o AME, pois tanto mães adolescentes o interrompem mais precocemente quanto aquelas com 35 anos ou mais. O baixo número de consultas pré-natais como fator de risco para o AME pode representar mulheres que tenham menos cuidado com sua saúde, refletindo no baixo acesso a fontes de informação sobre aleitamento materno. A orientação sobre aleitamento materno que as mulheres recebem nos serviços de atenção primária em saúde, se associam a maior prevalência do AME. Ainda, mães que trabalham fora podem ter melhores condições para manter o AME durante o período da licença maternidade. A desvantagem está relacionada ao período da licença que não condiz com a recomendação de AME até os seis meses de idade (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

Apesar disso, existem limitações das nutrizes em conservar o aleitamento exclusivo, após o regresso ao trabalho, principalmente quando este não oferece as condições para a manutenção da lactação do bebê, favorecendo assim, o desmame precoce. Segundo o artigo 9º do Estatuto da Criança e do Adolescente, é dever do governo, das instituições e dos empregadores garantir condições propícias ao aleitamento materno. O fato da mulher moderna ter um cotidiano mais ansioso e sobrecarregado, e possivelmente, também em virtude da ausência de um suporte cultural dos antepassados, se dá como fator de contribuição para o desmame precoce (ALMEIDA, 1999).

Para reduzir as diferenças quanto ao gênero no trabalho, as políticas de licença maternidade precisam amparar as mulheres com apoio para combinar seus papeis produtivos e reprodutivos incluindo a amamentação, através da licença maternidade paga, as pausas remuneradas para amamentar, flexibilidade nos horários de trabalho e salas de apoio a amamentação no local de trabalho (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

No foco onde a amamentação tem a função da redução da pobreza, a segurança alimentar inclui um componente invisível como proteção do futuro, através da nutrição pela amamentação, onde o leite materno é considerado uma forma acessível de nutrição com a função de reduzir os efeitos da pobreza, pois não existe um custo para o orçamento familiar. O AME propicia a criança atingir níveis mais elevados de escolaridade pois contribui para o desenvolvimento cognitivo e mental, levando à um futuro melhor (CAMPOS et al., 2015).

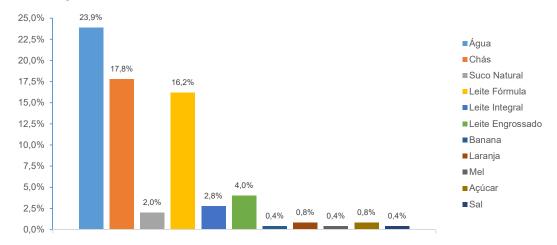
As baixas taxas de AME podem estar ligadas a vários fatores, como as práticas inadequadas das políticas governamentais, a falta de informação e aconselhamento, a falta de apoio da comunidade e as práticas abusivas de propagandas e comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos e chupetas. Promover atitudes favoráveis e positivas para a amamentação é visto como uma atitude eficaz para ampliar as informações sobre os benefícios do aleitamento materno e reduzir as iniquidades sociais em saúde melhor (ALMEIDA, 1999; CAMPOS et al., 2015).

5.4 PRÁTICAS DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

De acordo com a análise da prática de alimentação complementar, constatou-se a ingestão de leite não humano e alguns alimentos líquidos e sólidos, já no primeiro mês de vida do lactente, apresentado no Gráfico 1. Destaca-se um total de 16,2% de crianças em uso de fórmula infantil, 2,8% de leite integral e 4,0% consumindo leite integral engrossado, além da ingestão de outros alimentos e líquidos que não

deveriam estar presentes na alimentação infantil antes dos seis meses de vida da criança.

Gráfico 1 – Alimentos ofertados no primeiro mês de vida de crianças menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-ES

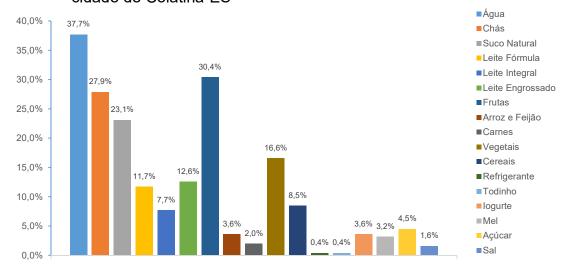


As cores e os percentuais seguem a sequência da legenda

Fonte: Elaborada pela autora

No segundo e terceiro mês de vida, além de leite não humano e outros líquidos, foram ofertados aos lactentes alimentos sólidos como frutas, carnes, vegetais, arroz, feijão e outros alimentos expostos do Gráfico 2.

Gráfico 2 – Alimentos ofertados no segundo e terceiro mês de vida de crianças menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-ES

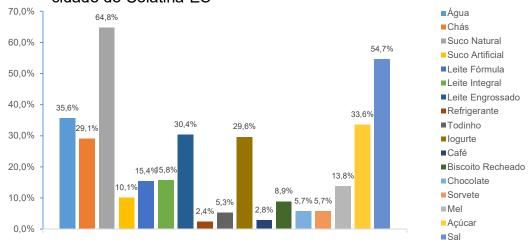


As cores e os percentuais seguem a sequência da legenda

Fonte: Elaborado pela autora

Entre quatro a seis meses de idade os alimentos oferecidos que se destacam, exibidos no Gráfico 3, foram sucos naturais e artificiais, leite não humano, mel, açúcar e sal, além de alimentos ultraprocessados.

Gráfico 3 – Alimentos ofertados no quarto ao sexto mês de vida de crianças menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-ES



As cores e os percentuais seguem a sequência da legenda

Fonte: Elaborado pela autora

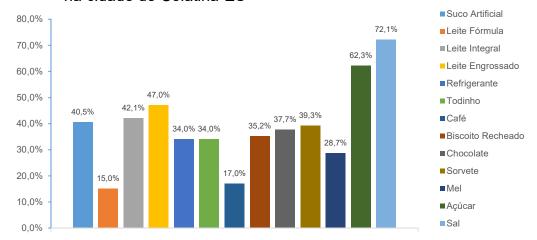
Ao avaliarmos as recomendações do MS, constantes no Guia alimentar para crianças menores de 2 anos, verifica-se que a introdução de alimentos complementares ao aleitamento materno deve ocorrer aos seis meses de vida da criança e não deve ser recomendada antes dos quatro meses de idade, uma vez que os malefícios excedem muito mais que qualquer benefício (BRASIL, 2005). Averiguou-se que 82,2% das crianças não tiveram AME até o sexto mês de vida, dados que mostram o não seguimento das recomendações do MS e que podem contribuir para a ocorrência de obesidade e alergias alimentares.

Questões capitalistas que envolvem o marketing alimentar precoce influenciam a cultura social a respeito da substituição do leite materno por fórmulas infantis, que sugerem uma composição nutricional equivalente ao leite humano e outros alimentos industrializados. A falta de conhecimento a respeito dessa informação e da composição inadequada dos alimentos que supostamente substituem o leite materno,

acaba influenciando a compra desses produtos pelos responsáveis e utilização com as crianças (CASTRO et al., 2014).

Entre os seis e 12 meses de vida chama a atenção a ingestão de suco artificial, leite de vaca integral, leite de vaca engrossado, refrigerante, todinho, mel, além dos demais alimentos apresentados no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Alimentos ofertados entre seis e doze meses de vida de crianças menores de cinco anos de centros de educação infantil e pré-escolas na cidade de Colatina-ES



As cores e os percentuais seguem a sequência da legenda

Fonte: Elaborado pela autora

Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal apresentaram consumo significativo de bolachas e salgadinhos (71,7%), de refrigerantes (11,6%) e de café (8,7%) entre crianças com idade entre nove e 11,9 meses. Como também identificou a introdução precoce de agua (13,8%), chás (15,3%) e outros leites (17,8%), já no primeiro mês de vida. Em relação aos marcadores de alimentação saudável, crianças entre três e seis meses já consumiam comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%) (BRASIL, 2009a).

Este estudo indicou a introdução precoce de água, chás e outros tipos de leite já no primeiro mês de vida. Os resultados do estudo de Schincaglia et al. (2015) na região noroeste de Goiânia-GO evidenciaram que no primeiro mês, o consumo de chás (32,6%) e água (19,1%) foi o mais comum. No quarto mês, foi acentuado o consumo

de água (54,1%) e chás (31,5%), acompanhado de outros leites (18,0%) e sucos (11,5%). No sexto mês, verificaram o consumo de todos os alimentos investigados, sendo os principais a água (77,5%), frutas (62,7%), sucos (57,2%) e comida de sal (55,1%). Resultados deste estudo mostram introdução precoce maior do consumo de água e menor de chá no primeiro mês, já no terceiro ao sexto mês uma maior introdução de outros tipos de leites e quantidade semelhante na introdução de sucos, quando comparados aos resultados de Schincaglia et al. (2015).

Na análise dos dados referentes as práticas alimentares de lactentes menores de um ano, residentes no município de Volta Redonda/RJ, coletados na campanha nacional de multivacinação de 2006, os autores verificaram que os alimentos oferecidos a lactentes menores de quatro meses de idade foram água em 6,2%, chás para 9,7% e outros leites para 21,1% dos lactentes (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010).

Nota-se um menor consumo de alimentos in natura ou minimante processados no grupo de crianças diagnosticadas com excesso de peso. Para a promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional o MS publicou o Guia alimentar para a população brasileira com diretrizes que integram a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que propõem que alimentos in natura ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, sejam a base da alimentação, em contrapartida os alimentos processados e ultra processados devem ser evitados ao máximo (BRASIL, 2014).

Segundo Batista Filho et al. (2008), o estado nutricional de uma criança, principalmente na faixa etária de zero a cinco anos de idade, está diretamente relacionada com os hábitos alimentares praticados pelos pais, pelos costumes da família e pela educação alimentar implantada dos pais para os filhos. Como a população está sofrendo com a tendência de praticar hábitos alimentares não saudáveis, estão ocorrendo mudanças na composição corporal dessas pessoas e consequentemente na saúde. Deste modo, o excesso de peso pode estar relacionado com a densidade energética ofertada à criança que pode ultrapassar suas necessidades nutricionais diárias.

Para o enfrentamento desse panorama, é necessário a ampliação de ações intersetoriais que reflitam positivamente sobre os determinantes sociais em saúde e nutrição no Brasil. Nessa conjuntura, as políticas de saúde que envolvam a alimentação da criança têm papel significativo na promoção da alimentação adequada e saudável, com perspectiva na promoção da saúde.

Finalmente, o acesso à alimentação de qualidade está claramente influenciado por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais e constitui-se num dos mais importantes determinantes sociais da saúde. Importante lembrar que o Brasil vem passando por um processo de transição nutricional, nas últimas décadas, que consiste na substituição de um padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos por uma alimentação mais rica em gorduras (especialmente hidrogenadas) e açúcares, além da crescente ingestão de ingredientes químicos. O processo de transição nutricional, marcado pela sobreposição de padrões (desnutrição e obesidade) e pelas desigualdades de acordo com a estratificação socioeconômica (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008), que contribui para gerar as desigualdades em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de excesso de peso entre crianças menores de cinco anos foi de 39,3%. A prevalência de AME foi de 17,8% e de AM aos 12 meses foi de 87%. Em 82,2% foi oferecida alimentação inadequada, antes dos seis meses, incluindo mel e leite de vaca integral e/ou engrossado, que somente deveriam ser oferecidos a partir dos 12 meses de idade. Não houve associação entre o estado nutricional e as condições de saúde fetal, tempo de aleitamento materno e alimentação complementar.

A obesidade infantil atinge precocemente as crianças, sendo considerada um problema de saúde pública, que leva a agravos na saúde atual e futura desses indivíduos. A prevenção é a melhor forma de reduzir a incidência de doenças crônico degenerativas na vida adulta e os custos públicos com tratamentos. É discutida as ações de prevenção de obesidade infantil como indispensáveis nos programas das políticas públicas nacionais, partindo da melhor atuação prática das políticas existentes que apoiam o aleitamento materno e alimentação complementar. Além da prática aliada de programas públicos de reeducação alimentar aplicados em escolas, ambulatórios, serviços públicos de saúde, com a função de controlar os problemas de inadequação alimentar em idades mais precoces e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ALLEO, L. G.; SOUZA, S. B. de; SZARFARC, S. C. Práticas alimentares no primeiro ano de Vida. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 195-200, 2014.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALMEIDA, A. C. Cabeça dos brasileiros. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- ARAÚJO, M. et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 3, n. 2, p. 195-204, abr./jun., 2003.
- ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington-USA, v. 22, n. 2, p. 91-9, 2007.
- ARAÚJO, R. M. A; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev Nutr**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-8, jul./ago., 2007.
- BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **J Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 7-16, maio, 2004.
- BERTOTTO, M. L. et al. Associação entre ganho de peso no primeiro ano de vida com excesso de peso e adiposidade abdominal na idade pré-escolar. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 507-12, 2012.
- BEZERRA, V. L. V. A. et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 173-9, 2012.
- BISCEGLI, T. S. et al. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creches. **Revista Paul Pediatr**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 337-42, 2007.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-8, 2006.
- BLANEY, S.; FEBRUHARTANTY, J.; SUKOTJO, S. Feeding practices among Indonesian children above six months of age: a literature review on their magnitude and quality (part 1). **Asia Pac J Clin Nutr**, Australia, v. 24, n. 1, p. 16-27, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 20 set 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 2000a. Seção 1, n. 129-E, p. 15.

BRASIL. Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 set 1993a. Seção 1, p.13.066-13.067.

BRASIL. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS): Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário da União**, 06 set.2013c. nº 173, Seção 1, pág. 64.

BRASIL. Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento a alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. **Diário Oficial da União**, 18 jun. 2013d. Seção 1.

BRASIL. Resolução CNS/MS nº 31, de 12 de outubro de 1992. Aprova a Norma Brasileira para Comercialização de e Alimentos para Lactentes Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 out 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal : manual técnico. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000b.	
Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.	
Dez passos para uma alimentação saudável : guia alimentar par crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde, 2013a.	а
. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF:	

Ministério da Saúde, 2005.

Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasilia, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2014.
Iniciativa hospital amigo da criança. Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde, 2010a.
Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado-histórico e implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.
Normas gerais para bancos de leite humano . 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993b.
Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Centro Brasileiro de Análise e Desigualdade, 2009d.
Política nacional de alimentação e nutrição . 2. ed. rev. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2007b.
Política nacional de alimentação e nutrição . Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013b.
Promovendo o aleitamento materno . 2. ed. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2007a.
Rede amamenta Brasil : os primeiros passos (2007–2010). Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde, 2011.
Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde, 2015.
Saúde da criança : nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde, 2009b.
Il Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.
Uso dos formulários e registro das informações no novo sistema informatizado da vigilância alimentar e nutricional-SISVAN WEB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=sisvan >. Acesso em: 19 mar. 2016.
DOCCOLINI C. C. CADVALLIO M. L. OLIVEIDA M. L. C. Estarras associadas as

BOCCOLINI, C. S; CARVALHO, M. L; OLIVEIRA, M. I. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015.

CAMPOS, F. K. L. et al. Prevalência e fatores determinantes relacionados ao aleitamento materno exclusivo. **Rev Interdisciplinar, Centro Universitário Uninovafapi**, Piauí, v. 8, n. 2, p. 109-18, abr./maio/jun. 2015.

- CARRAZZONI, D. S. et al. Prevalência de fatores na primeira infância relacionados à gênese da obesidade em crianças atendidas em um ambulatório de nutrição. **Rev Bras Obes Nutr Emagr**, São Paulo, v. 9. n. 50. p. 74-81. mar./abr. 2015.
- CASTRO, M. T. et al. Introdução de alimentos e excesso de peso em pré-escolares de uma comunidade vulnerável da cidade do Rio de Janeiro Associação da introdução de alimentos e excesso de peso. **Demetra: Alimen Nutr Saúde,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 645-60, 2014.
- CESAR, J. A. et al. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 427-36, 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional**: textos de referência da II conferência nacional de segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: CONSEA, 2004.
- CORINTIO, M. N. **Manual de aleitamento materno**. 3. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.
- CORONA, L. P.; CONDE, W. L. O efeito do aleitamento materno na composição corporal de menores de três anos em São Paulo, Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 276-81, maio, 2013.
- CORRÊA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev Paul Pediatr**., São Paulo, v. 27, n. 3, p. 258-64, 2009.
- COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora, MG. **Rev Bras Gineco Obstet**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-24, dez. 2003.
- CRUZ, M. C. C.; ALMEIDA, J. A. G.; ENGSTROM, E. M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev Nutr**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 201-10, mar./abr., 2010.
- DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev Nutr**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-86, maio/jun. 2010.
- LEAL, M. C. et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. Sup 1, p. S20-S33, 2004.
- ESCODA, M. S. Q. Iniquidades em saúde no Brasil sob as lentes da sociedade civil. **Physis Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1595-602, 2012.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação saudável. Viçosa: UFV, 2014.

El ÍNDICE de desarrollo se reduce em Guatemala. Disponível em: http://www.datosmacro.com/idh/guatemala. Acesso em: 19 set. 2016.

FEIN, S. B. Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 181-2, 2009.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. de V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-63, 2012.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-91, 2003.

BATISTA FILHO, M. et al. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Sup 2, p. S247-S257, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Banco de leite Humano**. Disponível em: http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/banco-de-leite-humano-0>. Acesso em: 28 mar. 2016a.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Rede brasileira de bancos de leite humano: semana mundial de aleitamento materno**. Disponível em: < http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377>. Acesso em: 14 mai. 2016b.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Jaaneiro, v. 31, n. 7, p. 335-41, jul. 2009.

FREITAS, G. F. et al. Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde. **Rev Port Saúde Pública**, Lisboa, v. 34, n. 1, p. 48-51, 2016.

UNICEF. **Improving child nutrition**: the achievable imperative for global progress. New York: United Nations Children's Fund, 2013.

UNICEF. **Declaração de Innocenti**: sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Disponível em: < https://www.unicef.org/brazil/pt/activities 10000.htm>. Acesso em: 03 abr. 2016.

FUZETO, K. L. R.; OLIVEIRA, A. C. L. Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. **Cad Esc Saúde**, Curitiba, v. 3, p. 1-16, 2010.

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-16, 2011.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-16, nov. 2009.

HANSEN, K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 416, Jan. 2016.

HOLLA-BHAR, R. et al. Investing in breastfeeding: the world breastfeeding costing initiative. **Int Breastfeeding J**, London, v. 10, n. 8, p.1-12, 2015.

HETHERINGTON, M. M. et al. A step-by-step introduction to vegetables at the beginning of complementary feeding. The effects of early and repeated exposure. **Appetite**, England, v. 84, p. 280-90, Jan. 2015.

IBANEZ, G. et al. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. **Revue D'épidémiologie et de Santé Publique**, Paris, v. 60, n. 4, p. 305-20, 2012.

Guatemala taxa de mortalidade infantil, 2015. Disponível em: http://www.indexmundi.com/pt/guatemala/taxa_de_mortalidade_infantil.html. Acesso em: 19 set. 2016.

ISSAKA, A. I. et al. Factors Associated with Early Introduction of Formula and/or Solid, Semi-Solid or Soft Foods in Seven Francophone West African Countries. **Nutrients**, Switzerland, v. 7, n. 2, p. 948-69, Já. 2015. 2015

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 5, n .1, p. 23-32, dez. 2005.

LAKSHMAN, R.; ELKS, C. E.; ONG, K. K. Childhood obesity. **Circulation**, Dallas, v. 126, n. 14, p. 1770-9, Oct. 2012.

LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 161-9, 2008.

LAMOUNIER, J. A. Transição epidemiológica nutricional em crianças e adolescentes argentinos de áreas carentes. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 124-6, 2009.

- LANGE, C. et al. Maternal feeding practices during the first year and their impact on infants' acceptance of complementary food. **Food Qual Prefer**, Barking, v. 29, n. 2, p. 89-98, 2013.
- LIMA, A. P. E. **Práticas alimentares no primeiro ano de vida na percepção de mães adolescentes**. 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado Centro de Ciências da Saúde) Programa de Pós-Graduação em saúde da criança e do adolescente. Universidade Federal de Pernambuco, 2011.
- LIMA, A. P. E. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 965-71, nov./dez. 2014.
- MAIA, P. R. S. et al. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev. Bras. Saúde Matern Infant**, Recife, v. 6, n. 3, p. 285-92, jul./set. 2006.
- MARINHO, C. L. Estado nutricional de crianças de 0 a 10 anos acompanhadas pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) na 1ª coordenadoria regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. 2008. 48 f. Monografia (Bacharel em Nutrição) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- MCFADDEN, A. et al. Spotlight on infant formula: coordinated global action needed. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 413-5, Jan. 2016.
- MELO, C. S.; GONÇALVES, R. M. Aleitamento materno versus aleitamento artificial. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n. Especial, p. 7-14, 2014.
- MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004.
- MONTEIRO, J. G. A. **Prevalência e duração do aleitamento materno em crianças dos dois aos cinco anos de idade:** associação com o índice de massa corporal.2015. 76f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde) Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015.
- MOURA, E. R. B. B. et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev Inter**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 94-116, jun. 2015.
- NASCIMENTO, E.; MUNIZ, G. S.; PINHEIRO, I. L. Evidencias da transição nutricional em grupo de escolares entre 7 e 10 anos de idade na cidade de Camaragibe, PE. **Rev Bras Ciên Saúde**, Pernambuco, v.14, n. 2, p. 29-36, 2010.
- ODDY, W. H. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. **J Pediatriia**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 109–11, 2013.

- OLIVEIRA, M. G. O. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 178-89, mar.2013.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Bioética: rumo a integração da ética na saúde**: documento conceitual. Disponível em: < http://www file:///C:/Users/val900000/ Downloads/CSP28-INF-3-p.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.
- PATTUSSI, M. P.; HARDY, R.; SHEIHAM, A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol**, Denmark, v. 34, n. 5, p. 344-50, 2006.
- PINHEIRO, A. R. Z.; CARVALHO, M. F. C. C. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 121-30, 2010.
- FRASÃO, G. Rede de alimentação e nutrição do Sistema Único de Saúde: Brasil segue sendo referência mundial em aleitamento, afirma the Lancet. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21939-brasil-segue-sendo-referencia-mundial-em-aleitamento-afirma-the-lancet. Acesso em: 26 mar. 2016.
- PORTAL DA SAÚDE. **Estratégia amamenta e alimenta Brasil**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>. Acesso em 14 maio, 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA. **Geografia**. Disponível em: http://www.colatina.es.gov.br/acidade/index.php?pagina=geografia>. Acesso em 20 jul. 2016.
- RAMOS, C. V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1753-1762, 2008.
- RAMOS, C. V. et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos hospitais amigos da criança de Teresina-Piauí. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília DF, v. 19, n. 2, p. 115-24, 2010.
- RAMOS, M.; STEIN L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 229-237, 2000.
- REA, M. F.; TOMA, T. S. Proteção do leite materno e ética. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 388-95, 2000.
- RIBEIRO, J. V. **Manual instrucional de atendimento ambulatorial em nutrição pediátrica (Fase I)**. 2015. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília DF, 2015.

- ROCHA, R.S. et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013.
- ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 491-504, Jan. 2016.
- ROMERO, S. Q. et al. A rapid ethnographic study of breastfeeding in the North and South of Italy. **Int Breastfee J**, England, v. 1, n. 14, p. 1-8, 2006.
- SALDAN, P. C. et al. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. **Rev Nutr**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 409-20, jul./ago. 2015.
- SALDIVA, S. R. D. M.; Silva L. L. F. F.; SALDIVA P. H. N. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. **Rev Nutr**. Campinas, v. 23, n. 2, p. 221-229, 2010.
- SALEEM, A. F. et al. Impact of Maternal Education about Complementary Feeding on Their Infants' Nutritional Outcomes in Low- and Middle-income Households: A Community-based Randomized Interventional Study in Karachi, Pakistan. **J Health Popul Nutr**, Bangladesh v. 32, n. 4, p. 623-33, Dec. 2014.
- SALIBA, N. A. et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de ida, de no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 8, n. 4, p. 481-90, out./dez. 2008.
- SALVADOR, M. et al. Alergia a proteínas de leite de vaca em idade pediátrica abordagem diagnóstica e terapêutica. **Revista SPDV**, Portugal, v. 71, n. 1, 2014.
- SANTOS, C. S.; LIMA, L. S.; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em serviço de puericultura do Recife, Brasil. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 373-80, out./dez., 2007.
- SANTOS, D. R. L. **Excesso de peso em pré-escolares**: o papel do consumo alimentar. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) Programa de Pós-graduação em Nutrição. Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2015.
- SANTOS, E. M. F. et al. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de prénatal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 102-6, mar. 2012.
- SCHAURICH, G. F.; DELGADO, S. E. Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 a 24 meses. **Revista CEFAC**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 5, p. 1579-88, set./out. 2014.

- SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília DF, v. 24, n. 3, p. 465-74, jul./set. 2015.
- SILVA, J. P. et al. Autodeclaração materna da amamentação exclusiva *versus* amamentação exclusiva avaliada por técnica padrão-ouro com isótopo inativo. CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 7., 2016, Vitória. **Resumos**... Vitória, 2016. p. 279.
- SILVA, J. V. L. et al. Consumo alimentar de crianças e adolescentes residentes em uma área de invasão em Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 83-93, 2010.
- SILVA, T. P.; TOCCI, H. A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Rev Enf**, **UNISA**, São Paulo, v. 3, p. 50-56. 2002.
- SIMON, V. G. N. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 211-8, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente**: manual de orientação. São Paulo: Departamento de Nutrologia, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3. ed. Rio de Janeiro: Departamento de Nutrologia, 2012.
- TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Gineco Obstet**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-9, 2002.
- VICTORA C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**; London, v. 2, n. 8554, p. 319-22, 1987.
- VICTORA C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p.475-90, Jan. 2016.
- VIEIRA, G. O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 411-6, 2004.
- VIEIRA, R. W. et al. Do aleitamento materno a alimentação complementar: atuação do profissional nutricionista. **Saúde Amb Rev**, Duque de Caxias, v. 4, n. 2, p. 1-8, jul./dez. 2009.
- VITOLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

VOSSENAAR, M. et al. Feeding patterns before 6 months of age: the relative validity of recall from interviews of mothers of Guatemalan infants and toddlers. **Asia Pac J Clin Nutr**, Australia, v. 23, n. 4, p. 634-640, 2014.

WELLS J. C. K.; CHOMTHOS S.; FEWTRELL M. S. Programming of body composition by early growth and nutrition. **Proc Nutr Soc**, London, v. 66,v. 3, p. 423-34, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Division of child health and development indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva: World Health Organization, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO; 1995.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO child growth standards**: length/height-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta de Anuência



27.165.729/0001-74

MUNICÍPIO DE COLATINA
PREFEITURA MUNICIPAL

AVENIDA ANGELO GIUBERTI, N.º 34
ESPLANADA - CEP 29702-902

Colatina - ES

CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretária Municipal de Educação de Colatina (ES) CONCORDA que o projeto intitulado "FATORES QUE INTERFEREM NO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE TRÊS ANOS EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO" seja realizado na rede municipal de ensino, em Colatina-ES. O estudo somente poderá ser iniciado depois da aprovação pelo CEP/EMESCAM.

Vitória, 03 de junho de 2015.

Secretária Municipal de Educação de Colatina (ES)

Mª Auxifiadora T. de Oliveira Sacretária Municipal de Educação Dec. Nº 12.980/09

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O seu (sua) filho (a) menor acima identificado está sendo convidado (a) a participar do estudo "Fatores que interferem no estado nutricional de crianças menores de três anos em um município do norte do Espírito Santo". O estudo será realizado pela Nutricionista Emille Colombo Dutra, Mestranda da EMESCAM, e tem como objetivo avaliar os fatores que interferem nas alterações do estado nutricional de crianças menores de três anos. A sua participação consiste em permitir a verificação das medidas de peso, estatura, circunferências e dobras cutâneas corporais de seu (sua) filho (a). Além disso, você responderá a algumas perguntas referentes aos dados de gestação, do parto e do nascimento do seu (sua) filho (a) e também, sobre a alimentação dele, desde o nascimento até esta data. O estudo representa riscos mínimos e se referem ao incômodo da pesagem e tomada das medidas corporais, além do tempo para responder às nossas perguntas. Para diminuir os incômodos a criança será avaliada com as roupas por ela permitida (uniforme escolar) e as perguntas que você julgar constrangedoras não precisará ser respondido, além do tempo para responder às perguntas ter a duração de no máximo, 30 minutos. Havendo qualquer distúrbio da nutrição o seu filho será encaminhado para tratamento no ambulatório do Centro Universitário do Espírito Santo, denominado UNESC SAÚDE, situado na Avenida Fioravante Rossi, 2930, Bairro Martinelli, Colatina-ES, telefone (27) 3723-3073. Você não é obrigado a permitir que seu filho participe do estudo e caso você não permita, ele não perderá nenhum dos seus direitos na escola que frequenta. Você poderá desistir do estudo a qualquer momento sem dar nenhuma justificativa. Você não receberá e não pagará nada para participar desta pesquisa. Informamos ainda, que caso você permita a participação do seu filho no estudo, as informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo, tendo em vista que o nome ou qualquer outra forma de identificação do seu filho não aparecerão quando os resultados forem divulgados em revistas e congressos ou qualquer outro meio de divulgação. Caso necessite de qualquer informação ou tenha qualquer dúvida poderá fazer contato com a pesquisadora (Emille Colombo Dutra) pelo telefone: 27-37233029 e 27-37233079 ou no Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, endereço: Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luzia, Vitória-ES, CEP 29045-402, Telefone 27-33343586.

Depois do Termo assinado pela pesquisadora e por você, ambos ficarão com uma via do documento.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Depois de lido e ter recebido todos os es	sclarecimentos sobre	re o estudo que terá a participação d
menor acima identificado, declaro que es	stou de acordo em pe	permitir a participação.
Em de	de	
Assinatura do responsável		
Identidade		
Emille Colombo Dutra - CRN- 06100029)-ES - Telefone: 27-3	 37233029 e 27-37233079
Comitê de Ética em Pesquisa da EMES	CAM – 27-33343586.	3.
Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190	0, Santa Luzia, Vitória	ia-ES.

APÊNDICE C - Entrevista Estruturada

1. Escola: _____

"Fatores que interferem no estado nutricional de crianças menores de três anos em um município do norte do Espírito Santo"

2. Identificação da criança:		
Nome da criança:		
Sexo: () Masculino () Feminino		
Data de nascimento:// Data da aval	iação:/	
Peso de nascimento:Kg Comprimento	cm Perímetro Cefálico_	cm
Parto: Normal () — Cesariana ()		
Idade GestacionalSemanas		
A criança tem alguma doença? Sim () – Não ()		
Qual?		
3. Dados da gestação e condição materna		
Idade da mãe ao nascimento da criança:		
Hábitos de vida	Sim	Não
Consumo de Tabaco		
Consumo de Álcool		
Consumo de medicamentos (Quais?)		
Fez pré-natal? Quantas consultas?		
Problemas durante a gravidez		
Hipertensão arterial (pressão alta)		
Diabetes		
Obesidade		
Desnutrição		
Infecção urinária		
Sífilis ou outra doença infecciosa		
Outros problemas (Quais?)		

Qual o peso da gestante?			
Antes da gestação:Kg	_	Final da gestação:	Kg

4. Grau de escolaridade dos pais ou responsáveis principais

Nível de escolaridade	Pai	Mãe
Sem escolaridade		
Ensino fundamental completo ou incompleto		
Ensino médio completo ou incompleto		
Superior completo ou incompleto		
Pós-graduação completo ou incompleto		

5. Qual é a média de renda total familiar? R\$_	
---	--

6. Marque a idade de início de consumo dos alimentos abaixo, pela criança.

Alimento	IDADE (MESES)												
	<1	2	3	4	5	6	8	10	12	18	24	30	36
Água													
Chás													
Suco natural													
Banana													
Suco artificial													
Leite (fórmula)													
Leite integral													
Leite engrossado													
Refrigerante													
Todinho													
logurte													
Café													
Uva													
Maçã													
Pêra													
Mamão													

Laranja							
Arroz							
Feijão							
Carne de Boi							
Carne de Frango							
Carne de porco							
Ovo (clara)							
Ovo (inteiro)							
Macarrão							
Polenta							
Pão							
Biscoito de sal							
Biscoito maisena							
Biscoito recheado							
Batata/Inhame							
Mandioca/aipim							
Cenoura							
Abóbora							
Beterraba							
Tomate							
Folhas em geral							
Couve flor							
Brócolis							
Chocolate							
Bolo							
Sorvete/Picolé							
Mel							
Açúcar							
Sal							
Parou amamentar							

7. Dados Antropométricos

Nome da Criança:	
Data:/	

Dados Antropométricos	Valores
Peso (kg)	
Altura (m)	
Circunferência da Cintura (cm)	
Circunferência do Pescoço (cm)	
Perímetro Cefálico (cm)	
Dobra Cutânea Tricipital (mm)	
Dobra Cutânea Subescapular (mm)	

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores que interferem no estado nutricional de crianças menores de três anos em um

município do norte do Espírito Santo

Pesquisador: Emille Colombo Dutra

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 46949015.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.162.086 Data da Relatoria: 28/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, de corte transversal, no qual serão eleitos para o estudo, crianças menores de três anos, de ambos os sexos, no período de agosto a dezembro de 2015.

Embora os 1000 dias de vida englobem crianças com dois anos de vida, o período foi estendido até os 3 anos, para aumentar a possibilidade de diagnosticar insultos posteriores aos 2 anos de vida. O estudo será realizado nos Centros de Educação Infantil (CEIM) e em Pré-Escolas (PEM) localizados na área urbana, do município de Colatina-ES que abriga crianças até 3 anos de idade. A coleta dos dados se iniciará após os pais ou responsáveis pelas crianças serem convidados a participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA. Para determinar o perfil nutricional serão obtidas as medidas de peso, estatura, dobras cutâneas e circunferências, de acordo com as técnicas, padronizações e recomendações da Organização Mundial de Saúde (WELLS; CHOMTHOS; FEWTRELL, 2007). ENTREVISTA ESTRUTURADA. Depois da assinatura do TCLE, os pais ou responsáveis responderão a um instrumento de avaliação contendo perguntas abertas e fechadas referentes às variáveis socioeconômicas, história gestacional, história familiar de doenças crônicas e variáveis relacionadas ao avaliado (idade gestacional, peso ao nascer, tempo de aleitamento materno, data

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402

UF: ES Município: VITORIA

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -

Continuação do Parecer: 1.162.086

de nascimento, hábitos alimentares e história de doenças anteriores), descritas no anexo 2. As entrevistas serão realizadas por pesquisadores devidamente calibrados. Para a coleta de dados foi solicitado à Secretaria de Educação do Município, a relação de escolas e o quantitativo de crianças na faixa etária entre os dois e três anos de idade. Número da amostra 240.

Critério de Inclusão: Crianças saudáveis, na faixa etária entre 24 e 36 meses de idade cujos pais ou responsáveis concordarem em participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão: Crianças portadoras de doenças agudas ou crônicas, em uso de anti-inflamatórios, estatinas e corticosteroides, além daqueles cujos responsáveis não concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o perfil nutricional de crianças menores de 3 anos de idade e sua relação com as condições de saúde fetal, tempo de aleitamento materno e a introdução adequada da alimentação complementar.

Objetivo Secundário: Identificar as condições de risco da saúde fetal; realizar avaliação nutricional de crianças menores de 3 anos; avaliar o tempo de permanência de aleitamento materno; avaliar o protocolo de seguimento da alimentação complementar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

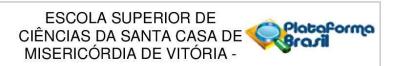
Riscos: Os riscos são mínimos e para as crianças se restringem ao incômodo de obtenção de peso e estatura, sendo essas mantidas com roupas para evitar constrangimento. Para os responsáveis os riscos também são mínimos e se restringem a responderem a perguntas contidas no questionário. Para reduzir o risco dos responsáveis, os mesmos serão orientados a não responderem as questões que possam trazer qualquer constrangimento, além de se reduzir o tempo da entrevista ao mínimo possível, em torno de 30 minutos.

Benefícios: Os pacientes nos quais forem encontradas qualquer alteração no estado nutricional, serão encaminhados para o ambulatório do UNESC - Centro Universitário do Espírito Santo,

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402

UF: ES Município: VITORIA



Continuação do Parecer: 1.162.086

denominado UNESC-SAÚDE, localizado no município de Colatina-ES, que tem atendimento gratuito em todas as áreas da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante e importante para fomentar a discussão sobre os riscos nutricionais da população pesquisada. Esclarecer a população envolvida no projeto e educar. Avaliar e encaminhar para tratamento de acordo com as necessidades e com os resultados obtidos durante a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - adequada Carta de anuência - adequada TCLE - rodapé desconfigurado.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi aprovado pelo CEP: projeto aprovado. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402

UF: ES Município: VITORIA

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -

Continuação do Parecer: 1.162.086

VITORIA, 28 de Julho de 2015

Assinado por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402

UF: ES Município: VITORIA